



OBSAN BERICHT
06/2021

Verhütung: Fokus Migration und Lebensstil

Sonja Merten, Sibil Tschudin



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

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 zu finden.

Herausgeber

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Autorinnen

Sonja Merten (Swiss Tropical and Public Health Institute),
Sibil Tschudin (Universitätsspital Basel)

Dank

Die Autorinnen danken Elisabeth Zemp, Anna Späth und Cornelia Schneider für die Erläuterung zur Herangehensweise des letzten Verhütungsberichts (Obsan Dossier 59).

Projektleitung Obsan

Monika Diebold

Reihe und Nummer

Obsan Bericht 06/2021

Zitierweise

Merten, S. & Tschudin, S. (2021).

Verhütung: Fokus Migration und Lebensstil (Obsan Bericht 06/2021).

Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Auskünfte/ Informationen

www.obsan.ch

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, CH-2010 Neuchâtel,
obsan@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 45

Layout

Obsan

Grafiken

Obsan

Titelbild

[iStock.com/Matjaz Slanic](https://www.iStock.com/MatjazSlanic)

Titelseite

Sektion DIAM, Prepress/Print

Online

www.obsan.ch → Publikationen

Print

www.obsan.ch → Publikationen

Bundesamt für Statistik, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, Tel. 058 463 60 60
Druck in der Schweiz

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2021

Wiedergabe unter Angabe der Quelle
für nichtkommerzielle Nutzung gestattet

BFS-Nummer

873-2106

ISBN

978-2-940670-21-5



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

Verhütung: Fokus Migration und Lebensstil

Autorinnen Sonja Merten, Sibil Tschudin

Herausgeber Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan)

Neuchâtel 2021

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungen	3	4	Diskussion	27
Zusammenfassung	4	5	Literatur	28
Résumé	6	6	Tabellenanhang	29
1	Einleitung	8		
2	Methoden und Daten	9		
2.1	Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)	9		
2.2	Studienpopulation	9		
2.3	Indikatoren	9		
2.4	Statistische Analyse	10		
3	Resultate	11		
3.1	Übersicht über die Verwendung von Verhütungsmitteln	11		
3.2	Prävalenzberechnungen nach Migrationsstatus und Nationalität	12		
3.2.1	Die Verwendung einzelner Verhütungsmethoden nach Nationalität	12		
3.2.2	Die Verwendung einzelner Verhütungsmethoden nach Nationalität	13		
3.2.3	Verhütungsmethoden nach Migrationsstatus	15		
3.3	Prävalenzberechnungen nach sozioökonomischen Faktoren	15		
3.3.1	Intersektionalität: Segmentierung der Bevölkerung in Untergruppen	20		
3.4	Verhütung insgesamt und hormonelle Verhütung nach Lebensstilfaktoren und Nutzung von Komplementärmedizin	22		
3.4.1	Sport, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum	22		
3.4.2	Komplementärmedizin und Verhütung	24		
3.4.3	Assoziationen von Gesundheitsverhalten mit hormoneller Verhütung unter Berücksichtigung von Alter und sozioökonomischen Faktoren	25		

Abkürzungen

AFR	Afrika
AMR	Nord- und Südamerikanische Region
AUT	Österreich
BFS	Bundesamt für Statistik
CHE	Schweiz
CI	Confidence Interval - Vertrauensintervall
DEU	Deutschland
EMR	Östliche Mittelmeerregion
ESP	Spanien
EUR	Europäische Region
FRA	Frankreich
ITA	Italien
OR	Odds Ratio
POP	Progestagen-only pill
PRT	Portugal
SE-EUR	Südosteuropa
SGB	Schweizerische Gesundheitsbefragung
SEAR	Südostasiatische Region
Swiss TPH	Swiss Tropical and Public Health Institute
WHO	World Health Organization
WPR	Westpazifische Region

Zusammenfassung

Der vorliegende Bericht untersucht sozioökonomische, migrati-onsspezifische und Lebensstil-bezogene Einflussfaktoren in Bezug auf den Gebrauch von Verhütungsmitteln in der Schweiz. Die Analyse wurde anhand der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) 2017 durchgeführt und ergänzt damit die bereits vorliegenden Analysen zur Verhütung der SGB 2017 (Barrense-Dias 2021). Dabei wird angenommen, dass sich die transnationale Migration nicht einheitlich auf die Migrantinnen und Migranten auswirkt, sondern dass deren Auswirkungen von sozio-ökonomischen Faktoren und den Migrationserfahrungen, die sich je nach Migrationskontext stark unterscheiden, abhängen. Im Weiteren wurde untersucht, inwiefern individuelle Lebensstilfaktoren wie Ernährung, Bewegung, Rauchen, Alkoholkonsum und die Inanspruchnahme von Komplementärmedizin mit Verhütung allgemein und mit der Verwendung von spezifischen Verhütungsmitteln zusammenhängen.

Methode

Seit 1992 führt das Bundesamt für Statistik die fünfjährige Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) durch. Dabei wird eine repräsentative Stichprobe der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren mittels telefonischen Interviews und einem anschliessenden schriftlichen Fragebogen zu verschiedenen Gesundheitsthemen befragt. Die Erhebung umfasst auch Fragen zur Empfängnisverhütung und zu den einzelnen Verhütungsmethoden sowie detaillierte Angaben zu Bildungsstand und Beruf, Einkommen, Migrationsstatus, Herkunftsland und Herkunftsland der Eltern und zum individuellen Gesundheitsverhalten.

In dieser Auswertung der SGB-Daten von 2017 werden nur Personen berücksichtigt, die angaben, in den letzten 12 Monaten sexuell aktiv gewesen zu sein und die zum Zeitpunkt der Befragung nicht schwanger waren. Frauen nach einer Gebärmutterentfernung wurden ausgeschlossen. Insgesamt umfasst die vorliegende Analyse 3769 sexuell aktive Männer und 4129 Frauen (Total 7898 Personen). Diese wurden anhand ihres Herkunftslandes kategorisiert, wobei die eigene sowie die Nationalität der Eltern der befragten Person berücksichtigt wurde. Die Nationalitäten wurden gemäss der Anzahl Personen in der Schweiz entweder als einzelnes Herkunftsland betrachtet oder als Gruppe von Ländern zusammengefasst, falls nur wenige Personen aus einem einzelnen Land an der Befragung teilgenommen hatten.

Für die vorliegende Auswertung wurden die Verhütungsmethoden unterteilt in kombinierte hormonelle Methoden mit Oestrogen- und Gestagenanteil (Pille, Hormonpflaster, Hormonring), rein

gestagenhaltige hormonelle Methoden (Hormonspritze, Hormonstäbchen sowie Hormonspirale), die Kupferspirale, operative Methoden (Unterbindung beim Mann oder bei der Frau), Präservative und natürliche Methoden. Weitere, selten verwendete Methoden wie das Diaphragma wurden als «andere Methoden» zusammengefasst.

Alle Analysen wurden mit einer Gewichtung durchgeführt unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Zivilstand, Haushaltgrösse, Wohnregion und Nationalität. Neben der Berechnung der Bevölkerungsanteile der Personen, die verschiedene Verhütungsmethoden anwandten, erlaubten multivariable logistische Regressionsmodelle eine Schätzung des Einflusses sozio-kultureller Variablen auf die Verhütung. Im Weiteren wurde die Studienpopulation anhand von Migrationsstatus, Ausbildung, Versicherungsstatus und Einkommen mittels einer *latent class* Analyse in verschiedene Bevölkerungssegmente eingeteilt, um Unterschiede in den verschiedenen Segmenten zu eruieren.

Resultate

Insgesamt verhüteten 78% der in den letzten 12 Monaten sexuell aktiven Männer und Frauen zwischen 15 und 49 Jahren. Am häufigsten wurde das Präservativ eingesetzt (35%), wobei nur 12% der Befragten ausschliesslich Präservative verwendeten. Kombinierte hormonelle Methoden wurden von 30% der befragten Personen erwähnt. Rein gestagenhaltige hormonelle Methoden wurden von 9% der Personen angegeben, die Kupferspirale von 4% und die Unterbindung entweder vom Mann oder von der Frau von 8% der Befragten. Natürliche Methoden verwendeten 3% der befragten Männer und Frauen.

Die Verwendung von Verhütungsmethoden unterscheidet sich in der Schweiz zwischen den Bevölkerungsgruppen je nach Herkunftsland in der ersten und zweiten Generation. Personen mit Schweizer Hintergrund gaben am häufigsten an, eine Methode zur Empfängnisverhütung zu verwenden (84% der Frauen und 82% der Männer). Personen mit Wurzeln in Portugal, Spanien sowie Nord- und Südamerika wiesen ähnlich hohe Raten auf, während Personen aus allen anderen Ländergruppen signifikant weniger häufig verhüteten. Am tiefsten waren die Anteile derjenigen, die eine Verhütungsmethode benutzten, bei Personen mit Wurzeln in Südosteuropa (68% der Frauen und 62% der Männer) und der östlichen Mittelmeerregion und Afrika (67% der Frauen und 55% der Männer). Kombinierte hormonelle Verhütungsmittel wurden am häufigsten von Personen aus Portugal oder Spanien verwendet – der Anteil lag mit 46% signifikant über den Angaben von

Personen mit Schweizer Hintergrund (31% der Frauen und 32% der Männer). Personen mit Bürgerrecht in einem der Nachbarländer der Schweiz verwendeten kombinierte hormonelle Verhütungsmittel etwa gleich häufig wie Personen mit Schweizer Hintergrund. Hingegen gaben Personen aus den übrigen Ländern Europas sehr viel seltener an, kombinierte hormonelle Methoden zu verwenden. Am seltensten benutzten Personen aus Südosteuropa (22% der Frauen und 24% der Männer) sowie solche aus Afrika und der östlichen Mittelmeerregion (22% der Frauen und 20% der Männern) diese Methoden. Auch bei den anderen Verhütungsmitteln fanden sich Unterschiede je nach Herkunftsregion.

Neben der Herkunftsregion spielt auch der Migrationsstatus eine Rolle. Insgesamt verhüteten bereits bei Geburt eingebürgerte Frauen, deren Eltern eine andere Nationalität aufweisen, etwa gleich häufig wie Schweizerinnen mit Schweizer Eltern. Im Vergleich zu Frauen, die zwar Eltern mit Migrationshintergrund haben, aber selber bereits bei Geburt das Schweizer Bürgerrecht erhielten, verhüteten Frauen, die bei der Geburt in der Schweiz eine andere Nationalität hatten, signifikant seltener (Odds Ratio 0,55; 95%-Vertrauensintervall [0,40; 0,76]). Ausländische Frauen der ersten Migrationsgeneration verhüteten im Vergleich mit bei Geburt eingebürgerten Frauen ebenfalls weniger oft (Odds Ratio 0,58; 95%-Vertrauensintervall [0,47; 0,71]).

Auch sozioökonomische Faktoren wirken sich auf das Gesundheitsverhalten aus. Männer mit Abschluss auf Sekundarstufe II oder ohne nachobligatorische Bildung verhüteten im Vergleich zu solchen mit tertiärem Abschluss insgesamt weniger oft (Sekundarstufe II verglichen mit tertiärer Bildung: Odds Ratio 0,68; 95%-Vertrauensintervall [0,55; 0,83], sowie keine nachobligatorische Bildung verglichen mit tertiärer Bildung: Odds Ratio 0,51; 95%-Vertrauensintervall [0,37; 0,70]). Bei den befragten Frauen zeigte sich dieser Unterschied nicht. Ebenfalls kein Unterschied nach Bildungsstand fand sich bei der Verwendung von kombinierten hormonellen Methoden wie der Pille. Hingegen wirkte sich ein tieferes Einkommen auf die Wahl des Verhütungsmittels aus: Frauen mit geringerem Einkommen gaben insgesamt seltener an, kombinierte hormonelle Methoden zu verwenden (Odds Ratio 0,89; 95%-Vertrauensintervall [0,83; 0,95]). Bei den übrigen Methoden zeigten sich je nach Bildungsstand und Einkommen nicht einfach zu interpretierende Unterschiede. So wurden Präservative einerseits von Personen mit tertiärer Bildung häufiger verwendet, andererseits von Personen mit tiefem Einkommen. Die Unterbindung war ebenfalls am seltensten bei Personen mit tertiärer Bildung, aber auch tiefer bei Personen ohne nachobligatorische Schulbildung im Vergleich zu solchen mit einem mittleren Bildungsstand sowie tiefer bei Personen mit Migrationshintergrund.

Auch individuelle Lebensstilfaktoren hängen mit der Wahl des Verhütungsmittels zusammen: Frauen, die in der Woche mehr als 150 Minuten Sport betrieben, verhüteten insgesamt häufiger, nutzten aber seltener kombinierte hormonelle Verhütungsmittel. Vegetarierinnen verhüteten insgesamt seltener. Wer täglich fünf oder mehr Portionen Gemüse und Obst ass, Fleisch und Süssgetränke mied und nicht rauchte, verwendete signifikant seltener kombinierte hormonelle Verhütungsmittel. Frauen, die täglich

fünf oder mehr Portionen Gemüse und Obst assen und auf Süssgetränke verzichteten, nannten dafür häufiger die Unterbindung als Verhütungsmethode. Die Unterbindung, wie auch die Hormonspirale wurden häufiger von Frauen mit riskantem Alkoholkonsum als Verhütungsmethode angegeben. Kein Unterschied in Bezug auf die Lebensstilfaktoren fand sich bei der Verwendung der Kupferspirale sowie von natürlichen Methoden, dem Präservativ und den übrigen Methoden.

Diskussion

In der Schweiz existieren Unterschiede in der Verwendung von Verhütungsmitteln zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen, die mit dem Einkommen, der Bildung, dem Migrationsstatus und auch dem persönlichen Lebensstil zusammenhängen. Bereits frühere Studien in der Schweiz haben darauf hingewiesen, dass Zugangsbarrieren eine wichtige Rolle für die geringere Verwendung von Verhütungsmitteln in Teilen der Migrationsbevölkerung spielen. In der vorliegenden Analyse zeigte sich nun, dass sich dieses Phänomen auch in der zweiten Generation der Migrationsbevölkerung beobachten lässt, und dies, obwohl Sprachbarrieren kaum mehr ein Problem darstellen.

In den höheren Bildungs- und Einkommensschichten widerspiegelte sich unabhängig vom Herkunftsland der Trend von kombinierten hormonellen Verhütungsmethoden zu den Spiralen, ein Trend, der auch in anderen Ländern Europas zu beobachten ist. Die Gründe für die Zurückhaltung bei der Nutzung kombinierter hormoneller Verhütungsmittel sind vielfältig. Insbesondere Personen, die einen gesundheitsbewussten Lebensstil pflegen, sich also zum Beispiel bewusst ernähren, regelmässig Sport treiben sowie Komplementärmedizin nutzen, sind eher zurückhaltend bei der Wahl hormoneller Verhütungsmittel. Insgesamt sind die Gründe für eine Zurückhaltung jedoch multifaktoriell und komplex, so dass weiterführende Informationen zu der Motivationslage der Frauen, die hormonelle Verhütungsmittel aus nicht-medizinischen Gründen ablehnen, erforderlich sind.

Abschliessend kann gesagt werden, dass Anstrengungen, Verhütungsmittel für alle Personen in der Schweiz besser zugänglich zu machen, nach wie vor nötig sind, um die gesundheitlichen Risiken, die mit einer ungeplanten Schwangerschaft einhergehen können, zu vermeiden. Im Weiteren braucht es nach wie vor verlässliche, evidenzbasierte Informationen und Beratung zu den verschiedenen Verhütungsmitteln, damit jede Person, die verhüten möchte, gut informiert ihre Wahl treffen kann.

Résumé

Le présent rapport analyse l'influence des facteurs socioéconomiques, du parcours migratoire et du style de vie sur le recours aux moyens de contraception en Suisse. Il se fonde sur les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2017 et complète les analyses faites sur le sujet dans le cadre de cette même enquête (Barrense-Dias 2021). Il part d'un constat: en matière de pratiques contraceptives, les effets de la migration transnationale sur les individus ne sont pas homogènes, mais dépendent, au contraire, de facteurs socioéconomiques et des parcours de migration, qui varient beaucoup en fonction du contexte dans lequel se fait la migration. Il aborde par ailleurs la question de savoir dans quelle mesure des facteurs individuels liés au style de vie tels que l'alimentation, l'exercice physique, le tabagisme, la consommation d'alcool et le recours à la médecine complémentaire influencent le contrôle de la fécondité et le choix du moyen contraceptif.

Méthodologie

Depuis 1992, l'Office fédéral de la statistique (OFS) publie l'ESS tous les cinq ans. À cet effet, il sonde un échantillon représentatif de la population résidente âgée de 15 ans et plus, sur divers sujets en lien avec la santé. Les données sont récoltées au moyen d'un entretien téléphonique assisté par ordinateur, suivi d'un questionnaire écrit. L'ESS comprend notamment des questions sur le contrôle de la fécondité et sur l'utilisation des divers moyens contraceptifs ainsi que des données détaillées sur le niveau de formation et la profession, le revenu, le statut migratoire, le pays d'origine et celui des parents ainsi que sur les comportements ayant une incidence sur la santé.

Pour cette analyse, seules ont été retenues les données de l'ESS 2017 se rapportant aux personnes ayant déclaré avoir été actives sexuellement durant les douze mois précédant l'enquête et ne pas être enceintes. Les femmes ayant subi une ablation de l'utérus ont été exclues. La présente analyse se fonde sur un total de 7898 personnes sexuellement actives, dont 3769 hommes et 4129 femmes, qui ont été classées en fonction de leur pays d'origine, en tenant compte tant de leur nationalité que de celle de leurs parents. Les nationalités ont été prises en compte par pays ou, lorsque seules quelques personnes d'une origine ont participé à l'enquête, par groupe de pays.

Pour la présente analyse, les moyens contraceptifs ont été divisés en méthodes hormonales combinées, alliant des œs-

trogènes à un progestatif (pilule, patch contraceptif, anneau vaginal), méthodes hormonales purement progestatives (injection, implant sous-cutané et stérilet hormonal), stérilet en cuivre, méthodes chirurgicales (stérilisation de l'homme ou de la femme), préservatifs et méthodes naturelles. Les autres méthodes, moins utilisées, telles que le diaphragme, ont été regroupées sous «autres méthodes».

Toutes les analyses ont été réalisées après pondération en fonction de l'âge, du sexe, de l'état civil, de la taille du ménage, de la région de domicile et de la nationalité. Après avoir calculé les parts de la population utilisant les différentes méthodes contraceptives, on a estimé l'influence des variables socio-culturelles sur le contrôle de fécondité à l'aide d'une à une régression logistique. La population étudiée a ensuite été divisée en plusieurs segments à l'aide d'une analyse de structure latente, en fonction du statut migratoire, du niveau de formation, du type d'assurance-maladie et du revenu, afin de déceler les différences entre ces segments.

Résultats

Dans l'ensemble, 78% des hommes et des femmes de 15 à 49 ans sexuellement actifs ont eu recours à la contraception. Le préservatif est la méthode la plus fréquemment utilisée (35%), mais 12% seulement des personnes interrogées en font leur unique moyen de contrôler leur fécondité; 30% recourent à des méthodes hormonales combinées; 9% à des méthodes hormonales purement progestatives, le stérilet en cuivre est utilisé par 4% des personnes interrogées, et la stérilisation de l'homme ou de la femme par 8% d'entre elles; enfin, 3% de cette population recourt à des méthodes de contraception naturelles.

En Suisse, les pratiques contraceptives varient d'un groupe de population à l'autre, en fonction du pays d'origine des migrants de première et de deuxième génération. Ce sont les personnes d'origine suisse qui indiquent le plus souvent contrôler leur fécondité, tous types de moyens contraceptifs confondus (84% des femmes et 82% des hommes). Les personnes originaires du Portugal, d'Espagne ainsi que d'Amérique du Sud et du Nord affichent des taux semblables, tandis que celles de tous les autres groupes de pays prennent nettement moins souvent des mesures pour éviter les grossesses. Les prévalences les plus faibles sont enregistrées par les personnes originaires d'Europe du Sud-Est (68% des femmes et 62% des

hommes) et celles provenant de la région de l'Est de la Méditerranée et d'Afrique (67% des femmes et 55% des hommes). Pour ce qui est du choix du moyen contraceptif, les personnes provenant du Portugal et d'Espagne sont celles qui ont le plus recours aux méthodes hormonales combinées, avec une prévalence de 46%, nettement supérieure à celle des personnes d'origine suisse (31% des femmes et 32% des hommes). Les citoyens des pays limitrophes de la Suisse utilisent ces contraceptifs œstroprogestatifs plus ou moins aussi fréquemment que les personnes d'origine suisse. Les personnes provenant des autres pays d'Europe, en revanche, déclarent bien plus rarement les utiliser, et c'est par les personnes d'Europe du Sud-Est (22% des femmes et 24% des hommes) ainsi que de l'Est de la Méditerranée et d'Afrique (22% des femmes et 20% des hommes) que ces contraceptifs hormonaux combinés sont le moins utilisés. On observe aussi des variations en fonction des régions d'origine pour les autres moyens contraceptifs.

Le statut migratoire joue également un rôle dans les pratiques contraceptives. Dans l'ensemble, les femmes déjà citoyennes suisses à la naissance, dont les parents sont d'une autre nationalité, ont plus ou moins autant recours aux contraceptifs que les Suissesses de parents suisses. Les femmes nées en Suisse, mais ayant une autre nationalité à la naissance contrôlent nettement moins souvent leur fécondité que celles également issues de la migration, mais déjà citoyennes suisses à la naissance (rapport de cote: 0,55; intervalle de confiance à 95%: [0,40; 0,76]). Les migrantes de première génération le font elles aussi moins souvent que les femmes de parents migrants, mais Suissesses à la naissance (rapport de cote: 0,58; intervalle de confiance à 95%: [0,47; 0,71]).

Les facteurs socioéconomiques influencent également les pratiques contraceptives. Les hommes sans formation postobligatoire et ceux ayant une formation du degré secondaire II ont moins recours à la contraception que ceux ayant une formation tertiaire (degré secondaire II par rapport au degré tertiaire: rapport de cote: 0,68; intervalle de confiance à 95%: [0,55; 0,83]; sans formation postobligatoire par rapport à formation de degré tertiaire: rapport de cote: 0,51; intervalle de confiance à 95%: [0,37; 0,70]). Ces écarts n'apparaissent pas chez les femmes. On ne trouve pas non plus de variation en fonction du niveau de formation pour ce qui est de l'utilisation de méthodes hormonales combinées comme la pilule. Le revenu, en revanche, influe sur le choix du moyen contraceptif: dans l'ensemble, les femmes ayant un bas revenu indiquent plus rarement que les autres recourir aux méthodes hormonales combinées (rapport de cote: 0,89; intervalle de confiance à 95%: [0,83; 0,95]). Pour ce qui est des autres méthodes, on observe des écarts en fonction du niveau de formation et du revenu, mais il est difficile d'interpréter ces variations. Ainsi, ce sont les personnes ayant une formation de degré tertiaire et celles ayant un bas revenu qui utilisent le plus les préservatifs. Autre exemple, le recours à la stérilisation est au plus bas chez les personnes diplômées de degré tertiaire, plus faible chez les personnes sans formation postobligatoire que chez celles ayant un niveau de formation moyen, et moins fréquent chez les personnes issues de la migration que chez les autres.

Différents facteurs individuels liés au style de vie influencent également les pratiques contraceptives. Les femmes faisant plus de 150 minutes de sport par semaine ont dans l'ensemble plus souvent recours à la contraception que les autres, mais optent plus rarement pour des méthodes hormonales combinées. Les végétariennes ont moins tendance à contrôler leur fécondité. Les personnes qui mangent chaque jour cinq portions au moins de fruits et légumes, évitent viande et boissons sucrées et ne fument pas prennent nettement plus rarement des contraceptifs hormonaux combinés. Les femmes qui mangent chaque jour cinq portions au moins de fruits et légumes et évitent les boissons sucrées mentionnent plus souvent que les autres la stérilisation comme moyen de contraception. Les femmes présentant une consommation d'alcool à risque recourent particulièrement fréquemment à la stérilisation et au stérilet hormonal. En revanche, en ce qui concerne le stérilet en cuivre, les méthodes naturelles, le préservatif et les autres méthodes, on ne relève pas de différences en fonction de facteurs liés au style de vie.

Conclusion

En Suisse, on observe des différences entre groupes de population dans la pratique contraceptive, en fonction du revenu, du niveau de formation, du statut migratoire ainsi que du style de vie individuel. Des études antérieures avaient déjà montré que pour certains groupes de migrants, les obstacles à la pratique contraceptive limitent considérablement cette dernière. La présente analyse a de plus permis de conclure que ce désavantage peut persister auprès des migrants de seconde génération, et cela, même si pour cette génération-là la langue ne présente pratiquement plus un problème.

Dans les strates supérieures en matière de formation et de revenu, on constate, indépendamment du pays d'origine, une tendance à délaissier les méthodes hormonales combinées au profit des stérilets, tendance attestée dans d'autres pays européens également. Plusieurs raisons expliquent cette réticence envers les méthodes hormonales combinées, particulièrement marquée chez les personnes soucieuses de vivre sainement et qui, par exemple, accordent de l'importance à leur alimentation, pratiquent régulièrement une activité sportive ou se tournent vers les médecines complémentaires. Dans l'ensemble, les raisons de cette réticence sont toutefois multifactorielles et complexes. Pour tirer des conclusions sur le sujet, il faudrait mieux connaître les motivations des femmes qui, pour des raisons non médicales, décident de se passer de ce type de contraceptifs.

Pour conclure, on peut affirmer que la Suisse doit poursuivre ses efforts pour faciliter l'accès de toutes les personnes aux moyens contraceptifs, si l'on veut éviter les risques que les grossesses non désirées constituent pour la santé. Il lui faut en outre continuer à fournir à la population des informations et des conseils fiables et étayés scientifiquement afin que chaque personne souhaitant contrôler sa fécondité puisse choisir en toute connaissance de cause le moyen contraceptif le plus adapté.

1 Einleitung

Gemäss der letzten Publikation des 'European Parliamentary Forum for Sexual & Reproductive Rights' 2020¹ hat die Schweiz gemeinsam mit Finnland und Frankreich die zweithöchste Verhütungsrates Europas und eine der tiefsten Schwangerschaftsrates bei Adolescenten in Europa. Es wurde jedoch auch festgestellt, dass gewisse Lücken in der Gesundheitsversorgung bestehen. Besonders vulnerable Bevölkerungsgruppen haben oft keinen Zugang zur ganzen Palette der zur Verfügung stehenden Verhütungsmittel. Dies mag unter anderem darin begründet sein, dass zurzeit die Verhütungsmittel auch nicht für speziell vulnerable Personengruppen wie *Armutsbetroffene, Sozialhilfebeziehende, Flüchtlinge oder Jugendliche* Teil des Leistungskatalogs der Krankenkassen sind. In einigen Kantonen ist eine Rückerstattung zwar für spezielle Personengruppen wie Personen im Asylverfahren möglich, deckt aber nicht die Kosten für alle Verhütungsmittel und Personen ab, die sich auf Grund ihrer Einkommensverhältnisse die Verhütungsmittel nicht leisten können (Cignacco 2017). *So müssen auch bei Sozialhilfeempfängerinnen die Kosten für Verhütungsmittel grundsätzlich nicht von der Sozialhilfe übernommen werden.* Die Tatsache, dass hormonelle Verhütungsmittel in der Schweiz verschreibungspflichtig sind, erleichtert den Zugang besonders für Jugendliche ebenfalls nicht. Hinzu kommt, dass vielerorts kostenlose Dolmetschdienste fehlen, welche auch sprachunkundigen Migrantinnen und Migranten die komplexen Informationen zur Verhütung vermitteln könnten (Siebner 2017, Ikhilior 2017). Die Folge davon war in der Vergangenheit unter anderem eine erhöhte Rate an Schwangerschaftsabbrüchen bei Migrantinnen (Kurth 2010).

In den letzten Jahren stieg der Anteil der Frauen, die eine Verhütungsmethode verwendeten, in der Schweiz jedoch kontinuierlich an. Gleichzeitig veränderte sich das Angebot an Verhütungsmitteln stetig durch neue Produkte, die auf den Markt gelangten. Diese Entwicklung erlaubt es den Frauen immer mehr, aus zahlreichen Methoden die für sie geeignetste auszuwählen. Es ist jedoch unklar, wieweit sich dies auf die gesamte Bevölkerung auswirkt, ob also zum Beispiel auch bei einkommensschwachen Personen oder Personen mit Migrationshintergrund ein grösserer Anteil verhütet. Ein Vergleich der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung (SGB) zwischen 1992–2012 und 2017 zeigte auf, wie sich die Wahl der Verhütungsmittel über die Jahre veränderte (Späth 2017, Barrense-Dias 2021). Im Jahr 2017 gaben mehr als drei Viertel der 15-49-jährigen Frauen (78%) und 61% der

15-74-jährigen Männer an, eine Methode zur Empfängnisverhütung zu verwenden (Barrense-Dias 2021). Über die Jahre zeigte sich aber eine Verschiebung von der Pille hin zur Hormonspirale, eine Abnahme der Unterbindungen insbesondere beim Mann sowie ein Rückgang der Verwendung von Präservativen.

Eine zunehmende Zurückhaltung bei der Verwendung der Pille wird zurzeit in vielen westlichen Ländern beobachtet (Le Guen 2021). Ein wichtiger Grund dafür ist die Angst vor Nebenwirkungen und Komplikationen. Die Pille wie auch andere kombinierte hormonelle Methoden (Hormonpflaster, Hormonring) werden je nach Konzentration des Östrogen- und Art des Gestagenanteils mit einem erhöhten Risiko für venöse Thrombosen und Thromboembolien in Verbindung gebracht, wobei das Risiko bei Frauen im gebärfähigen Alter insgesamt als gering eingeschätzt wird (Leitlinienprogramm DGGG, OEGGG, SGGG 2020). Eine Zunahme der medialen Präsenz von Informationen zur Gesundheit von unterschiedlicher Qualität auf der einen Seite, sowie soziale Unterschiede im Zugang zu Informationen, Dienstleistungen und Produkten auf der anderen Seite können sich auf die individuelle Präferenz und die Erhältlichkeit von Verhütungsmitteln auswirken. Auch der individuelle Umgang mit der eigenen Gesundheit trägt zur Entscheidung bei, welche Verhütungsmethode eingesetzt wird (Le Guen 2021). Dabei spielt auch die Bildung eine Rolle. Insgesamt sind die komplexen Zusammenhänge zwischen den verschiedenen sozioökonomischen, soziodemographischen und Lebensstil-Faktoren in der Schweiz in Bezug auf die Nutzung von Verhütungsmethoden aber noch wenig beschrieben.

Die vorliegende Analyse der SGB-Daten 2017 ergänzt in diesem Sinn die bereits vorliegenden Analysen der SGB-Daten 2017 (Barrense-Dias 2021) mit einer vertieften Untersuchung der sozioökonomischen, migrationspezifischen und Lebensstil-bezogenen Einflussfaktoren auf den Gebrauch von Verhütungsmitteln.

¹ (<https://www.epfweb.org/node/754>, eingesehen am 29.8.2021)

2 Methoden und Daten

2.1 Die Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB)

Im Jahr 2017 wurde eine repräsentative Stichprobe der Bevölkerung in der Schweiz zu verschiedenen Aspekten ihrer Gesundheit befragt. Solche Erhebungen werden jeweils in einem Abstand von fünf Jahren durchgeführt, wobei eine telefonische Befragung mit einer schriftlichen oder online Befragung kombiniert wird. Dabei werden Männer und Frauen ab 15 Jahren auch zur Empfängnisverhütung befragt. Es werden auch ausführliche soziodemographische Angaben erhoben. Die vorliegende Analyse greift auf diese Daten der SGB 2017 zurück.

2.2 Studienpopulation

Insgesamt wurden im Jahr 2017 10 463 Männer und 11 671 Frauen in die Schweizerische Gesundheitsbefragung eingeschlossen. Davon waren 5256 Männer und 5869 Frauen zwischen 15 und 49 Jahren alt, entsprachen also der Zielgruppe für diesen Bericht. Sexuell noch nie aktive Personen sowie jene, die in den 12 Monaten vor der Befragung nicht sexuell aktiv gewesen waren, wie auch schwangere Frauen und Frauen nach Gebärmutterentfernung wurden für die vorliegende Analyse ausgeschlossen. Die verbleibenden 3769 Männer und 4129 Frauen, insgesamt 7898 Personen, sind die Basis für den vorliegenden Bericht.

Alle Personen wurden anhand ihres Herkunftslandes kategorisiert, wobei sowohl die eigene wie auch die Nationalität der Eltern der befragten Person berücksichtigt wurde. Eine Person wurde also zum Beispiel als mit «Herkunftsland Italien» kategorisiert, wenn sie selber aus Italien eingewandert war, oder wenn mindestens ein Elternteil italienischer Herkunft war. Dabei wurde zwischen eingewanderten Personen der ersten und der zweiten oder dritten Generation unterschieden. Falls beide Eltern eine andere als die Schweizer Nationalität aufwiesen, wurde die Nationalität der Mutter für die Kategorisierung verwendet.

Die Herkunftsländer wurden entweder als einzelnes Land oder als Gruppe von Ländern in einer Kategorie zusammengefasst, falls aus einzelnen Ländern nur wenige Personen an der Befragung teilgenommen hatten. Dabei wurden nur zwei an die

Schweiz angrenzende Länder als einzelne Herkunftsländer beibehalten (Italien und Frankreich), hingegen wurden Deutschland und Österreich zusammengefasst. Im Weiteren wurden Spanien und Portugal zusammengefasst, sowie alle Länder Südosteuropas (Albanien, Bosnien und Herzegowina, Griechenland, Kroatien, Kosovo, Mazedonien, Montenegro, Slowenien, Serbien, Türkei, Zypern). Übrige europäische Länder («Europa, andere») umfassten Personen aus Nord- und Osteuropa sowie den Niederlanden, Belgien, Luxemburg und Dänemark. Aussereuropäische Personen wurden anhand ihrer Herkunftsregion, wie sie von der WHO verwendet wird, unterschieden. Diese Kategorisierung umfasst die Region Nord- und Südamerika (AMR), Südostasien und Westliche Pazifikregion (SEAR EMR), sowie Afrika und Mittlere und östliche Mittelmeerregion (AFR, EMR).

2.3 Indikatoren

In der telefonischen Befragung wurden alle Teilnehmenden gefragt, ob sie in den letzten sieben Tagen Medikamente eingenommen hatten (TMEKO01). Falls dies mit Ja beantwortet wurde, wurde erhoben, ob die Pille zur Empfängnisverhütung (TMEKO49) oder als Hormonersatzpräparat (TMEKO26) verwendet wurde. Bei Frauen, welche letztere Frage positiv beantworteten, wurde die Pilleneinnahme nicht als Verhütungsmittel gewertet². In der schriftlichen Befragung wurden nochmals alle Personen gefragt, ob sie selber oder ihr Partner/ihre Partnerin ein Verhütungsmittel verwenden würden (SFAPL01). Falls hier die Einnahme der Pille angegeben wurde (SFAPL22a), wurde angenommen, dass die Pille zur Verhütung eingesetzt wurde.

Im Weiteren wurden Informationen zu folgenden Verhütungsmitteln erhoben: Hormonpflaster, Hormonring, Hormonspritze (Dreimonatsspritze), Hormonstäbchen (Hormonimplantat), Hormonspirale, Kupferspirale, Unterbindung beim Mann oder bei der Frau sowie natürliche Methoden und andere Methoden. Bei der Pille wurde nicht unterschieden zwischen der Pille als kombinierter hormoneller Methode, welche Östrogen- und Gestagenanteile beinhaltet, und der rein gestagenhaltigen Minipille (Progestogen-Only Pill POP). Letztere wird zum Beispiel während der ersten sechs Monate nach der Geburt verschrieben oder bei Frauen, die

² 103 Frauen unter 49 Jahren, die im Durchschnitt 44 Jahre alt waren, verwendeten Hormonersatzpräparate. Sie wurden im Studienkollektiv der 15-49-jährigen Frauen belassen.

mit einer Pille verhüten möchten, aber bei denen Östrogen kontraindiziert ist. Der Anteil der Minipille (POP) in der Schweiz ist jedoch unklar. In den USA zeigte eine Studie aus 2014, dass weniger als ein halbes Prozent der Frauen eine Minipille einsetzte. In der Schweiz dürfte der Prozentsatz nicht viel höher sein, was eine generelle Zuordnung der «Pille» in der vorliegenden Analyse zu den kombinierten hormonellen Methoden rechtfertigt. Die übrigen rein gestagenhaltigen hormonellen Methoden beinhalten die Hormonspritze, die Hormonstäbchen und die Hormonspiralen. Die Hormonspirale wurde in dieser Analyse separat von der Kupferspirale betrachtet und zu den «rein gestagenhaltigen» hormonellen Methoden gezählt.

Einflussfaktoren auf die Verwendung von Verhütungsmitteln, die in dieser Analyse berücksichtigt wurden, umfassen Alter, Sprachregion des Wohnorts, Bildungsstand, Versicherungsstatus und Einkommen, sowie Herkunftsland, Herkunftsland der Eltern und Nationalität. Zudem wurden Angaben zu Ernährung, Bewegung, Alkoholkonsum und Rauchen sowie zur Inanspruchnahme von Komplementärmedizin für die Analyse berücksichtigt.

2.4 Statistische Analyse

Alle Analysen wurden mit STATA V.15, StataCorp LLC durchgeführt. Die Daten wurden zuerst deskriptiv ausgewertet. Es wurden gewichtete Prozentzahlen mit 95%-Vertrauensintervallen für die Verwendung einzelner Verhütungsmittel insgesamt und pro Untergruppe berechnet. Die Berechnungen wurden entsprechend der Stichprobe des schriftlichen Fragebogens gewichtet (Verwendung des `svy` Befehls von STATA). Mittels gewichteter logistischer Regressionsanalysen wurden anschliessend Assoziationen einzelner Einflussvariablen mit der Verwendung einzelner Verhütungsmethoden berechnet. Dabei wurde für soziodemographische Variablen korrigiert (multivariable Regressionsmodelle). Die Resultate werden im Bericht als Odds Ratios und 95%-Vertrauensintervalle entweder numerisch als Tabelle oder grafisch als Forrest Plot dargestellt.

Im Weiteren wurde mittels *latent class* Analyse eine Segmentierung der Bevölkerung nach soziodemographischen Faktoren durchgeführt. Dabei wurde jede Person einer von sechs Bevölkerungsgruppen zugeordnet, der sie mit grösster Wahrscheinlichkeit angehört. Die Gruppen wurden mittels folgender Variablen gebildet: Migrationsstatus (NATION3), Ausbildungsstand (AUSBILD3), Versicherungsstatus (SSOSI19) und Einkommensquintile anhand des Nettoeinkommens des Haushalts (TSODE40). Die Latent Class Analyse wurde unter Verwendung des Befehls *gsem* durchgeführt. Die Anzahl Klassen wurde anhand eines Vergleichs des Bayesian Information Criterion (BIC) gewählt (tiefster BIC bei 6 Klassen).

3 Resultate

3.1 Übersicht über die Verwendung von Verhütungsmitteln

In der SGB 2017 beantworteten insgesamt 78% der in den letzten 12 Monaten sexuell aktiven Männer und Frauen zwischen 15 und 49 Jahren die Frage, ob sie eine Methode zur Empfängnisverhütung verwenden, mit ja.³ Am häufigsten wurde das Präservativ erwähnt (35%), gefolgt von der Pille (27%) (T 3.1). 23% verwendeten das Präservativ zusätzlich zu einem anderen Verhütungsmittel. Bei den hormonellen Methoden wurden am häufigsten kombinierte Methoden erwähnt, die sowohl Östrogen als auch Gestagen

enthalten (Pille, Hormonpflaster oder Hormonring, insgesamt 30%). Rein gestagenhaltige hormonelle Methoden, denen die Hormonspritze (Depotspritze), das Hormonstäbchen (Hormonimplantat) sowie die Hormonspirale zugerechnet wurden, verwendeten insgesamt 9% der befragten Personen.

Rund ein Prozent der befragten Personen gaben an, die Pille danach (Gestagen oder Progesteronantagonist) in den letzten 12 Monaten eingesetzt zu haben. Operative Methoden wurden in 8% erwähnt, gefolgt von der Kupferspirale (4%) und natürlichen Methoden (3.3%). Andere Methoden wurden selten angegeben.

T 3.1 Gebrauch von Verhütungsmitteln in der Schweiz, SGB 2017, Angaben von in den letzten 12 Monaten sexuell aktiven Frauen und Männern, 15-49-jährig³

			Kurz wirksam	Lang wirksam	Permanent	Hohe Sicherheit	
Kombinierte hormonelle Verhütungsmittel	Pille	27,0%		x			+
	Hormonpflaster	0,6%		x			+
	Hormonring	3,0%		x			+
Rein gestagenhaltige hormonelle Verhütungsmittel	Hormonspritze	0,8%		x			+
	Hormonstäbchen	0,6%			x		+
	Hormonspirale	7,5%			x		+
	Kupferspirale	4,0%			x		+
Barriere-Methoden	Diaphragma	0,1%		x			
	Kondom (f)	0,2%		x			
	Kondom (m)	34,9%		x			
Operative Methoden	Unterbindung Frau	2,1%				x	+
	Unterbindung Mann	6,0%				x	+
Anderes	Natürliche Methoden	3,3%					
	Andere Methoden	2,5%					
	Pille danach*	1,0%					

*Die «Pille danach» wird als Notfallkontrazeption eingesetzt.

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

³ Schwangere und Frauen nach Gebärmutterentfernungen wurden in die Analyse nicht eingeschlossen.

3.2 Prävalenzberechnungen nach Migrationsstatus und Nationalität

In der vorliegenden Analyse wurde untersucht, ob sich die Verwendung von Verhütungsmitteln aufgrund von Migrationsstatus und Herkunftsland, Dauer der Akkulturation und sozioökonomischem Status unterscheidet. Es ist klar, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung einer geflüchteten Person ohne Kenntnisse der Landessprache nicht mit jenem einer in der Schweiz wohnhaften Fachkraft aus einem Nachbarland verglichen werden kann. Im Folgenden wird dem Einfluss dieser Unterschiede auf die Verwendung von Verhütungsmitteln nachgegangen. Folgende Länder oder Ländergruppen wurden zusammengefasst: Deutschland und Österreich (N=654), Spanien und Portugal (N=461), alle Länder Südosteuropas (N=726), übrige europäische Länder (N=437), Nord- und Südamerika (N=233), Südostasien und westliche Pazifikregion (N=135), sowie Afrika und Mittlere und östliche Mittelmeerregion (N=166). Italien (N=826) und Frankreich (N=319) sowie die Schweiz (N=3941) wurden einzeln belassen.

3.2.1 Die Verwendung einzelner Verhütungsmethoden nach Nationalität

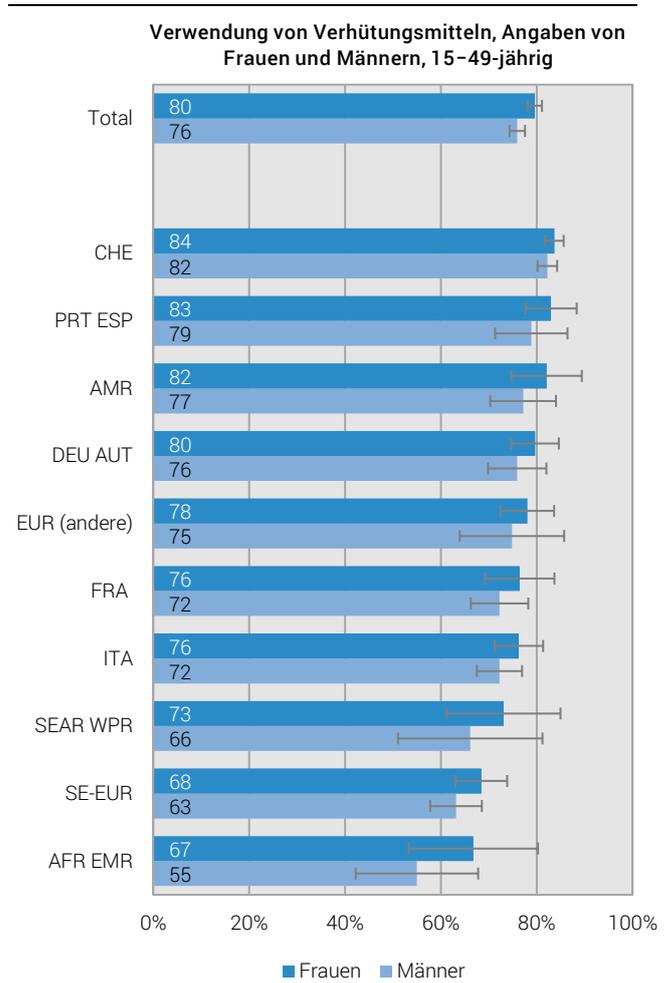
Verhütung insgesamt

Die Häufigkeit, mit der Verhütungsmittel angewendet werden, unterscheidet sich in der Schweiz zwischen den Bevölkerungsgruppen je nach Herkunftsland in der ersten und zweiten Generation. Personen mit Schweizer Hintergrund gaben am häufigsten an, zu verhüten (84% nach Angaben von Frauen und 82% nach Angaben der Männer). Personen mit Wurzeln in Portugal, Spanien sowie Nord- und Südamerika wiesen ähnlich hohe Raten auf, wenn man die Angaben von Männern und Frauen gemeinsam berücksichtigt, während Personen aus allen anderen Ländergruppen signifikant weniger häufig verhüteten. Am tiefsten waren die Anteile bei Personen mit Wurzeln in Südosteuropa, der östlichen Mittelmeerregion und Afrika. (G 3.1 und Anhang Tabelle 6.1).

Sichere Verhütung

Mit Ausnahme von Personen aus Frankreich, Portugal und Spanien wiesen Personen aus allen anderen Regionen insgesamt einen geringeren Anteil an sicheren Verhütungsmitteln auf (G 3.2). Am tiefsten lag der Anteil ebenfalls bei Migrantinnen und Migranten aus der Region Südosteuropa sowie bei Personen aus Afrika und der östlichen Mittelmeerregion.

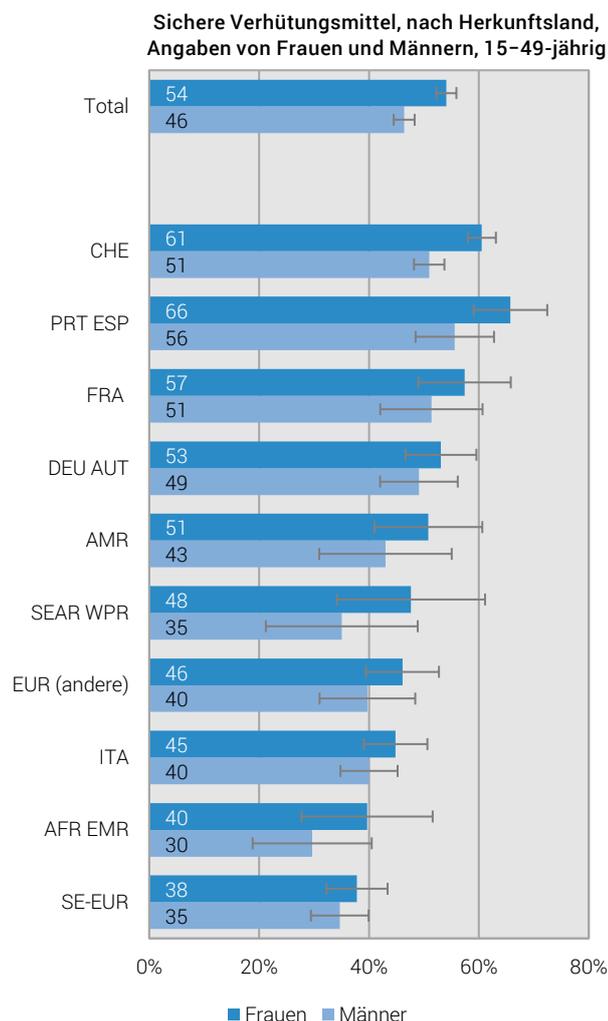
G 3.1 Verhütung, alle Methoden, CH und Migrantinnen/Migranten 1. und 2. Generation nach Herkunftsland



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017 © Obsan 2021

Legende: CHE – Schweiz; FRA – Frankreich; ITA – Italien; DEU AUT – Deutschland, Österreich; SE-EUR – Südosteuropa; EUR (andere) – Europa, andere; AMR – Nord- und Südamerika; SEAR WPR – Südostasien und Westliche Pazifikregion; AFR EMR – Afrika und östliche Mittelmeerregion

G 3.2 Sicherheit der verwendeten Verhütungsmittel, nach Herkunftsland/-region



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017
© Obsan 2021

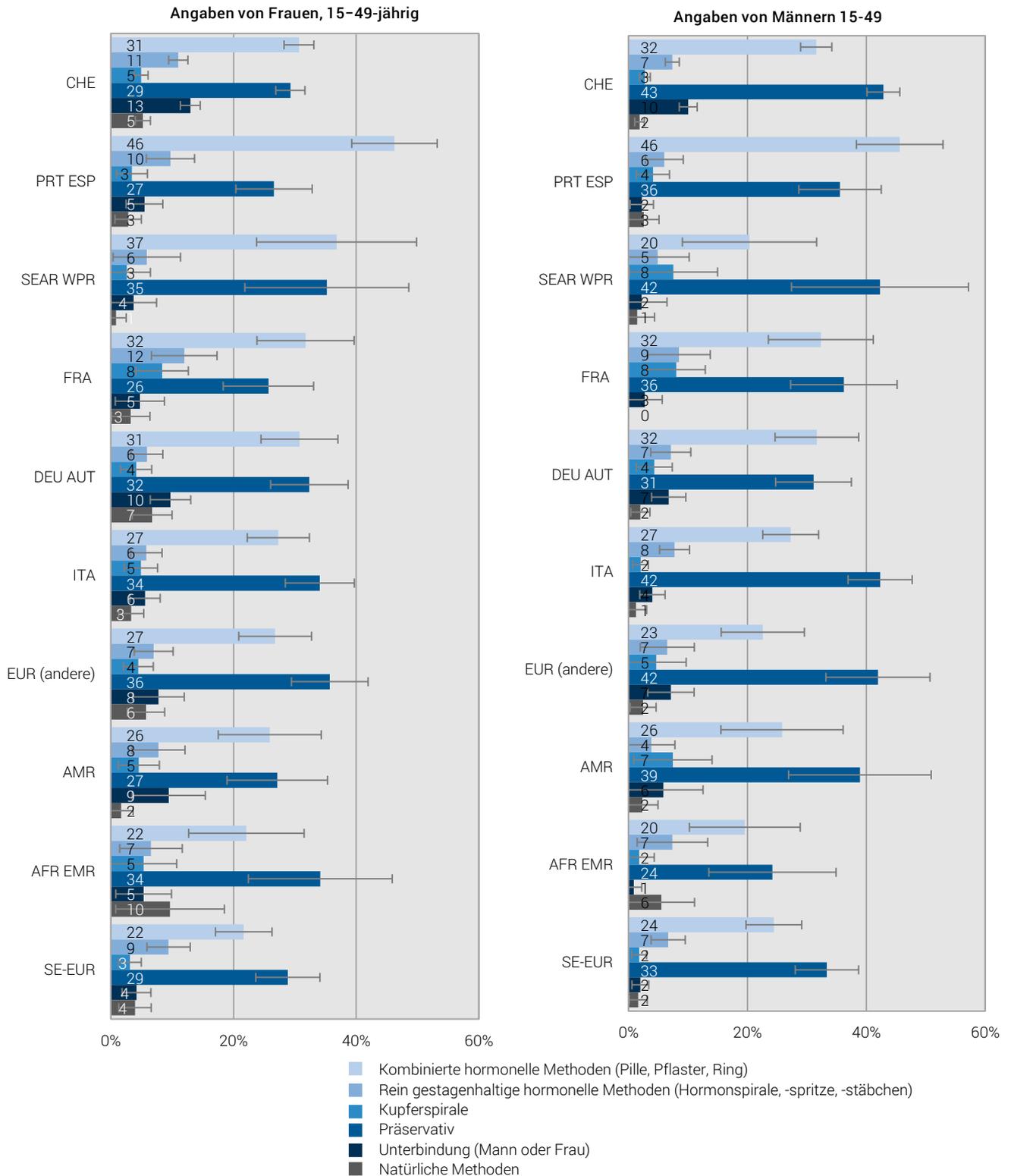
Legende: CHE – Schweiz; FRA – Frankreich; ITA – Italien; DEU AUT – Deutschland, Österreich; SE-EUR – Südosteuropa; EUR (andere) – Europa, andere; AMR – Nord- und Südamerika; SEAR WPR – Südostasien und Westliche Pazifikregion; AFR EMR – Afrika und östliche Mittelmeerregion

3.2.2 Die Verwendung einzelner Verhütungsmethoden nach Nationalität

- **Kombinierte hormonelle Verhütungsmittel (Pille, Hormonpflaster, Hormonring)** wurden am häufigsten von Personen aus Portugal oder Spanien verwendet – der Anteil lag signifikant über den Angaben von Personen aus der Schweiz. Fast die Hälfte aller Personen aus dieser Region gab an, kombinierte hormonelle Methoden zu verwenden, meist die Pille (G 3.3, Anhang Tabelle 6.2). Personen mit Bürgerrecht in einem der Nachbarländer der Schweiz verwendeten kombinierte hormonelle Verhütungsmittel etwa gleich häufig wie Personen ohne Migrationshintergrund. Hingegen gaben Personen aus den übrigen Ländern Europas signifikant seltener an, kombinierte hormonelle Methoden zu verwenden. Am tiefsten (und ebenfalls signifikant tiefer als bei Personen aus der Schweiz) lag der Anteil dieser Methoden bei Personen aus Südosteuropa sowie bei Personen aus Afrika und der östlichen Mittelmeerregion.
- **Rein gestagenhaltige hormonelle Verhütungsmittel**, wozu hier die **Hormonspirale, die Hormonspritze und die Hormonstäbchen** gezählt wurden, unterschieden sich wenig zwischen Personen aus verschiedenen Herkunftsländern. Eine Ausnahme stellt Italien dar: Personen mit Wurzeln in Italien verwendeten diese Methoden deutlich seltener (G 3.3, Anhang Tabelle 6.2).
- Die **Kupferspirale** als Alternative zu hormonhaltigen Verhütungsmitteln einschliesslich der Hormonspirale unterschied sich in der Anwendungshäufigkeit ebenfalls wenig. Nur aus Frankreich stammende Personen erwähnten die Kupferspirale mehr als doppelt so häufig wie die Schweizerinnen.
- Bei den **Präservativen** fällt auf, dass diese häufiger von den Männern erwähnt wurden. Insgesamt verwendeten Personen aus Südosteuropa signifikant seltener Präservative als Personen aus der Schweiz.
- **Unterbindungen** – hauptsächlich die Unterbindung beim Mann – wurden am häufigsten von Schweizerinnen und Schweizern erwähnt, und am seltensten von Personen aus Südosteuropa sowie bei Personen aus Afrika und der östlichen Mittelmeerregion. Ausser bei Personen aus Nord- und Südamerika lag der Anteil bei allen übrigen Herkunftsländern signifikant unter jenem von Personen aus der Schweiz.
- **Natürliche Methoden** wurden am häufigsten von Personen aus Afrika und der östlichen Mittelmeerregion verwendet. (siehe auch Anhang Tabelle 6.3)

Männer und Frauen beantworteten die Frage nach der Verwendung von spezifischen Verhütungsmitteln unterschiedlich. Männer erwähnten öfters Präservative, Frauen etwas häufiger rein gestagenhaltige hormonelle sowie natürliche Methoden. Mit Ausnahme der Regionen Südostasien und westlicher Pazifik gab es zwischen den Geschlechtern keine signifikanten Unterschiede in der Angabe zu den kombinierten hormonellen Verhütungsmitteln.

G 3.3 Methoden der Empfängnisverhütung nach Herkunftsland, erste und zweite Generation



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

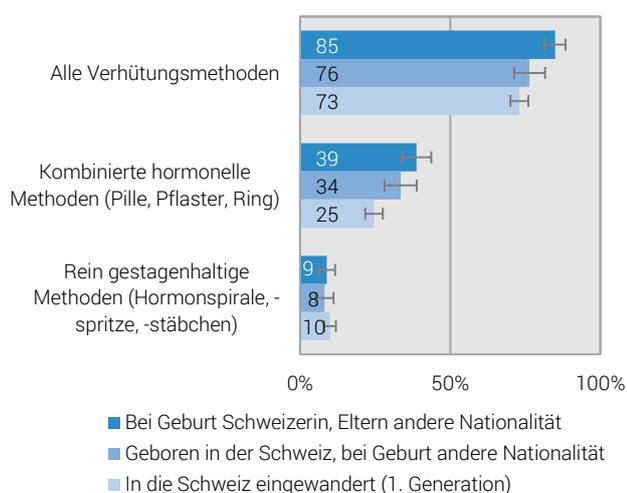
Legende: CHE – Schweiz; FRA – Frankreich; ITA – Italien; DEU AUT – Deutschland, Österreich; SE-EUR – Südosteuropa; EUR (andere) – Europa, andere; AMR – Nord- und Südamerika; SEAR WPR – Südostasien und Westliche Pazifikregion; AFR EMR – Afrika und östliche Mittelmeerregion

3.2.3 Verhütungsmethoden nach Migrationsstatus

Neben dem Herkunftsland gab es auch Unterschiede bei der Verhütung je nach Migrationsstatus. Ein Vergleich zwischen Frauen mit Eltern aus dem Ausland, die als Schweizerin geboren wurden und jenen, die zwar hier geboren wurden, aber bei Geburt nicht das Schweizer Bürgerrecht erhielten, sowie Migrantinnen der ersten Generation zeigte ebenfalls einen Gradienten bei der Inanspruchnahme von Verhütungsmethoden. Dabei verhüteten Migrantinnen der ersten Generation signifikant seltener und verwendeten auch seltener kombinierte hormonelle Verhütungsmittel als in der Schweiz als Schweizerinnen geborene Frauen mit Migrationshintergrund. Frauen, die als Ausländerin in der Schweiz geboren wurden, verhüteten ebenfalls seltener als in der Schweiz bei Geburt eingebürgerte Frauen (G 3.4). Insgesamt verhüteten die primär eingebürgerten Frauen etwa gleich häufig wie Schweizerinnen (Odds Ratio 0,92; 95%-Vertrauensintervall [0,74; 1,13]), während jene Frauen, die ohne Schweizer Bürgerrecht in der Schweiz geboren wurden, signifikant seltener verhüteten (Odds Ratio 0,65; 95%-Vertrauensintervall [0,52; 0,81]). Am seltensten verhüteten Migrantinnen der ersten Generation (Odds Ratio 0,47; 95%-Vertrauensintervall [0,41; 0,55]). Diese Unterschiede blieben auch bestehen, wenn das Alter der Frauen berücksichtigt wurde, jedoch wiesen dann jene Frauen den tiefsten Wert auf, die in der Schweiz geboren waren, jedoch ohne das Bürgerrecht bei Geburt zu erhalten (G 3.5 und Anhang Tabelle 6.4).

Deutlich weniger häufig als in der Schweiz als Schweizerin geborene Frauen ausländischer Eltern verwendeten eingewanderte Frauen der ersten Generation kombinierte hormonelle Verhütungsmethoden wie die Pille. Dieser Unterschied verschwindet jedoch, wenn die unterschiedliche Altersverteilung berücksichtigt wird.

G 3.4 Unterschiede bei der Verwendung von Verhütungsmethoden insgesamt und von hormonellen Methoden nach Migrationsstatus, Angaben der 15–49-jährigen Frauen mit Migrationshintergrund



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017
© Obsan 2021

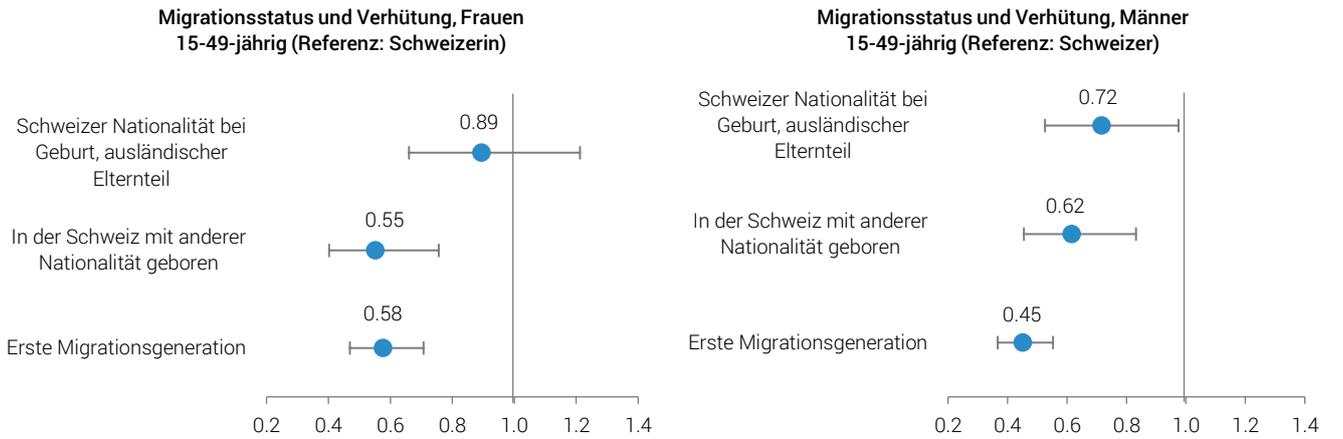
3.3 Prävalenzberechnungen nach sozioökonomischen Faktoren

Auch sozioökonomische Faktoren wirkten sich auf die Verwendung von Verhütungsmethoden aus. Personen, die die obligatorische Schulbildung als höchsten Bildungsstand angaben, verhüteten nach Angaben der Männer insgesamt weniger oft. Dabei liess sich dieser Unterschied bei den Frauen nicht finden (G 3.5). Auch bei den kombinierten hormonellen Methoden (Pille, Hormonpflaster, Hormonring) ist ein Bildungsgradient zu sehen. Hier sind es jedoch die Personen mit tertiärer Bildung (Hochschule, Universität), welche am seltensten angaben, diese Methoden zu verwenden (G 3.5 und Anhang Tabelle 6.5 und 6.6). Dasselbe Muster lässt sich auch bei den rein gestagenhaltigen Methoden erkennen. Personen mit tertiärer Bildung verhüteten hingegen signifikant häufiger mittels Kupferspirale und mittels natürlicher Methoden sowie, wenn man die Angaben nur der Frauen berücksichtigt, auch häufiger mittels Präservativ. Die Unterbindung wird insgesamt seltener von Personen ohne nachobligatorischem Bildungsabschluss erwähnt.

Die Bildungsunterschiede, die in Abbildung G 3.6 dargestellt sind, umfassen alle Altersgruppen und Herkunftsländer. Unterschiedliche Häufigkeiten in der Verwendung von Verhütungsmethoden nach Bildungsabschluss überlagern sich also möglicherweise mit der Altersstruktur oder dem Migrationsstatus. In den Tabellen T 3.2 und T 3.3 werden die Anteile der einzelnen Variablen separat dargestellt (multivariable logistische Regressionsmodelle).

- Es zeigt sich dabei, dass bei den Männern der Bildungsabschluss mit dem Gebrauch von Verhütungsmitteln insgesamt direkt zusammenhing. Ein Abschluss auf Sekundarstufe II oder eine ausschliesslich obligatorische Bildung wirkte sich im Vergleich zur tertiären Bildungsstufe negativ auf die Häufigkeit der Anwendung von Verhütungsmitteln aus (T 3.2). Wenn man hingegen die Angaben der befragten Frauen berücksichtigte, zeigte sich dieser Unterschied nicht (T 3.3).
- Der Vergleich der einzelnen Methoden je nach Bildungsstatus ergab zudem auch, dass sich ein Abschluss auf Sekundarstufe II oder eine ausschliesslich obligatorische Bildung im Vergleich zu einer tertiären Bildung bei Männern und Frauen negativ auf den Gebrauch von Präservativen auswirkte. Bei den kombinierten hormonellen Methoden (Pille, Hormonpflaster, Hormonring) fand sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen den Bildungsstufen, wenn gleichzeitig auch das Alter berücksichtigt wurde (T 3.2 und T 3.3).
- Hingegen bestätigte sich, dass Personen mit ausschliesslich obligatorischer Bildung oder einem Abschluss auf Sekundarstufe II häufiger mit rein gestagenhaltigen Methoden, insbesondere der Hormonspirale verhüteten (T 3.2 und T 3.3).
- Frauen mit Abschluss auf Sekundarstufe II verhüteten auch häufiger mittels Unterbindung, wobei die Unterbindung des Mannes die häufigere Methode darstellte (T 3.1). Es bestätigte sich zudem ein deutlicher Zusammenhang zwischen Migrationshintergrund und Unterbindung, wobei ausländische Personen sowie Eingebürgerte diese Methode deutlich seltener erwähnten.

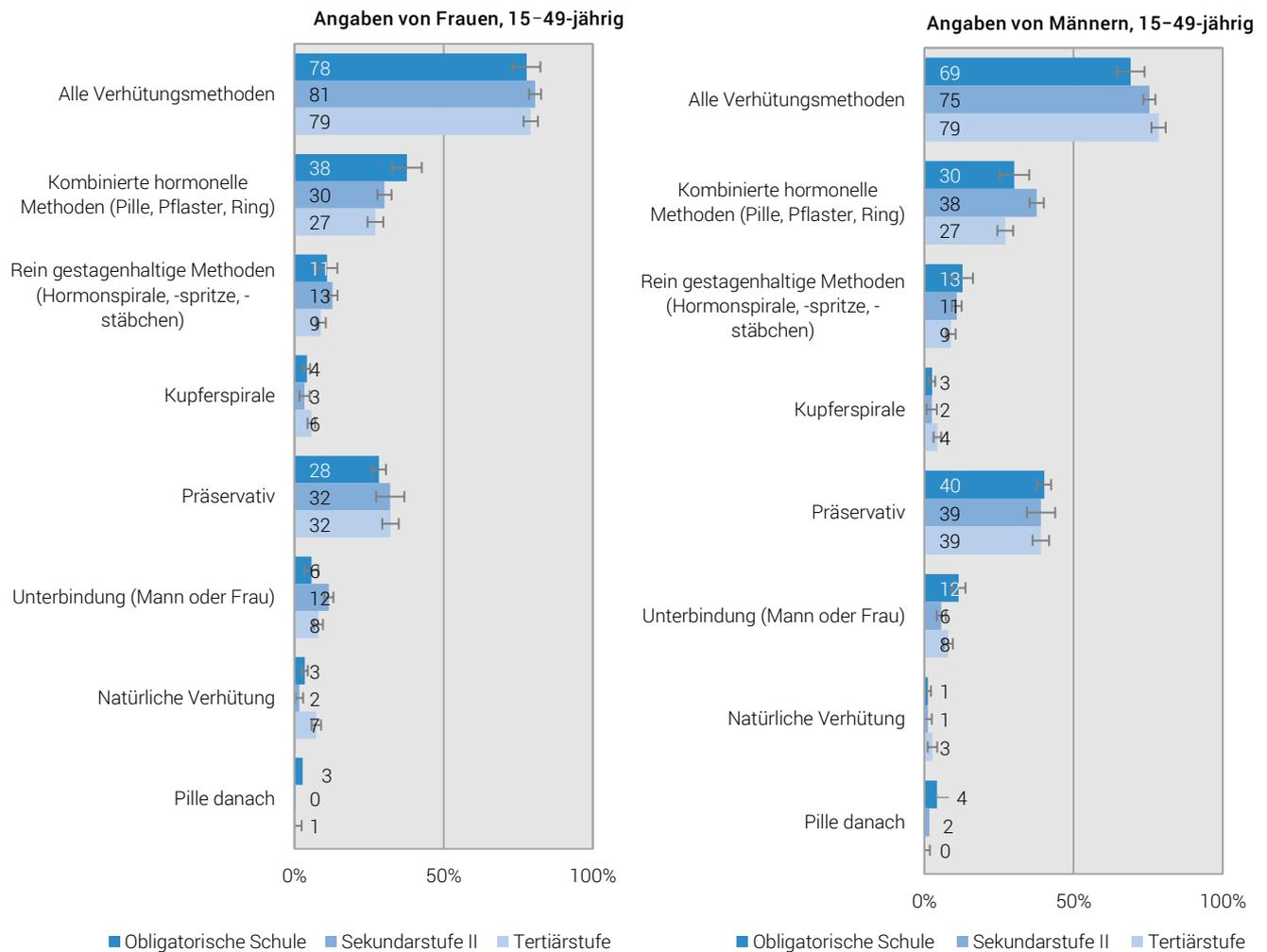
G 3.5 Assoziation von Migrationsstatus und Verhütung, altersadjustiert, Frauen und Männer, 15–49-jährig



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

G 3.6 Bildungsstand und Verhütungsmethoden, Frauen und Männer, 15–49-jährig



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

- Ausserdem bestätigte sich, dass ausländische Personen sowie eingebürgerte Männer insgesamt seltener irgendeine Verhütungsmethode anwandten. Bei den ausländischen Frauen bestätigte sich zudem im Regressionsmodell, dass sie seltener rein gestagenhaltige hormonelle Methoden einsetzten. (T 3.2 und T 3.3)
- Auch das Einkommen hing mit der Wahl des Verhütungsmittels zusammen. Bei den Frauen war ein geringeres Einkommen mit einer geringeren Verwendung von kombinierten hormonellen Methoden assoziiert. Bei den Männern nahm die Verwendung von rein gestagenhaltigen Methoden in ihrer Partnerschaft mit sinkendem Einkommen ebenfalls ab. Zudem zeigte die Regressionsanalyse einen Zusammenhang zwischen einem tieferen Einkommen und dem häufigeren Gebrauch von Präservativen (T 3.2 und T3.3, siehe auch Anhang Tabelle 6.5 und Anhang Tabelle 6.6). Bei Zivilstand und Alter zeigte sich ebenfalls ein Zusammenhang mit der Verhütung in den logistischen Regressionsmodellen (T 3.2 und T 3.3): Nach Angaben von Frauen und Männern nahm die kombinierte hormonelle Verhütung gemäss Regressionsmodell mit dem Alter signifikant ab, während die rein gestagenhaltigen Methoden nach Angaben der Frauen mit dem Alter zunahmen, ebenso wie die Verwendung von Kupferspiralen (Angaben von Frauen). (Für eine detaillierte Analyse der Verwendung der Pille nach Altersgruppe siehe Barrense-Díaz 2021). Auch die Unterbindung wurde mit zunehmendem Alter – nach erfolgter Familienplanung – häufiger. Bei verheirateten Personen fand sich ein positiver Zusammenhang mit der Wahl einer Unterbindung, während bei verheirateten Frauen ein negativer Zusammenhang mit kombinierten hormonellen Methoden und Präservativen bestand (T 3.2 und T 3.3).

T 3.2 Assoziationen von soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren mit verschiedenen Verhütungsmethoden. Multivariable logistische Regressionsmodelle. Odds Ratios und Vertrauensintervalle (eckige Klammern). Fett: statistisch signifikante Assoziation. Angaben von Männern, 15–49-jährig

Männer, 15–49-jährig	Alle Verhütungsmethoden	Kombinierte hormonelle Methoden (Pille, Pflaster, Ring)	Rein gestagenhaltige Methoden (Hormonspirale, -spritze, -stäbchen)	Kupferspirale	Präservativ	Natürliche Methoden	Unterbindung (Mann oder Frau)	Pille danach
Ausländer, im Vergleich zu Schweizern	0,57 [0,46; 0,70]	0,94 [0,77; 1,16]	1,10 [0,78; 1,55]	1,28 [0,78; 2,10]	0,88 [0,72; 1,06]	0,95 [0,50; 1,81]	0,22 [0,14; 0,35]	1,33 [0,53; 3,36]
Eingebürgerter Ausländer, im Vergleich zu übrigen Schweizern	0,52 [0,39; 0,69]	0,90 [0,67; 1,20]	0,67 [0,42; 1,07]	0,95 [0,46; 1,96]	0,82 [0,62; 1,09]	0,88 [0,29; 2,65]	0,35 [0,20; 0,60]	2,65 [0,86; 8,19]
Sekundarstufe II (verglichen mit tertiärer Bildung)	0,68 [0,55; 0,83]	1,00 [0,82; 1,23]	1,39 [1,01; 1,89]	0,60 [0,36; 1,00]	0,71 [0,58; 0,86]	0,44 [0,19; 1,01]	0,90 [0,64; 1,27]	0,44 [0,20; 1,00]
Ausschliesslich obligatorische Bildung (verglichen mit tertiärer Bildung)	0,51 [0,37; 0,70]	0,96 [0,69; 1,33]	0,68 [0,36; 1,29]	0,59 [0,26; 1,31]	0,63 [0,48; 0,85]	0,43 [0,13; 1,43]	0,94 [0,47; 1,90]	- -
Höheres Alter (Anstieg um 1 Jahr)	0,96 [0,95; 0,7]	0,94 [0,93; 0,95]	1,01 [0,99; 1,02]	1,01 [0,99; 1,04]	0,96 [0,95; 0,97]	1,02 [0,96; 1,07]	1,12 [1,11; 1,14]	0,98 [0,91; 1,03]
Verheiratet (verglichen mit unverheirateten)	0,88 [0,71; 1,09]	0,62 [0,47; 0,77]	1,70 [1,25; 2,31]	1,43 [0,87; 2,37]	0,54 [0,44; 0,66]	1,58 [0,63; 3,97]	4,34 [2,83; 6,67]	- -
Geringeres Einkommen (Änderung um eine Quintile)	1,01 [0,93; 1,09]	0,98 [0,91; 1,05]	0,86 [0,76; 0,98]	1,05 [0,88; 1,26]	1,06 [0,99; 1,13]	1,16 [0,89; 1,51]	0,99 [0,85; 1,15]	0,88 [0,69; 1,11]

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

T 3.3 Assoziationen von soziodemographischen und sozioökonomischen Faktoren mit verschiedenen Verhütungsmethoden. Multivariable logistische Regressionsmodelle. Odds Ratios und Vertrauensintervalle (eckige Klammern). Fett: statistisch signifikante Assoziation. Angaben von Frauen, 15–49-jährig

Frauen, 15–49-jährig	Alle Verhütungsmethoden	Kombinierte hormonelle Methoden (Pille, Pflaster, Ring)	Rein gestagenhaltige Methoden (Hormonspirale, -spritze, -stäbchen)	Kupferspirale	Präservativ	Natürliche Methoden	Unterbindung (Mann oder Frau)	Pille danach
Ausländerin im Vergleich zu Schweizerinnen	0,59 [0,48; 0,72]	1,02 [0,82; 1,26]	0,64 [0,48; 0,85]	0,78 [0,50; 1,21]	1,01 [0,83; 1,23]	0,93 [0,62; 1,40]	0,40 [0,28; 0,57]	4,67 [1,66; 13,13]
Eingebürgerte Ausländerin, im Vergleich zu übrigen Schweizerinnen	0,74 [0,56; 0,98]	0,95 [0,71; 1,27]	0,97 [0,70; 1,36]	1,28 [0,81; 2,08]	1,02 [0,79; 1,31]	0,98 [0,52; 1,82]	0,43 [0,29; 0,64]	4,25 [1,27; 14,29]
Sekundarstufe II (verglichen mit tertiärer Bildung)	0,95 [0,78; 1,16]	0,99 [0,81; 1,20]	1,51 [1,18; 1,94]	0,73 [0,51; 1,04]	0,72 [0,60; 0,86]	0,45 [0,30; 0,66]	1,43 [1,08; 1,90]	0,77 [0,20; 2,99]
Ausschliesslich obligatorische Bildung (verglichen mit tertiärer Bildung)	0,88 [0,64; 1,21]	1,18 [0,85; 1,64]	1,53 [1,01; 2,32]	0,67 [0,37; 1,23]	0,73 [0,56; 0,96]	0,26 [0,11; 0,60]	0,87 [0,50; 1,52]	3,20 [0,91; 11,29]
Höheres Alter (Anstieg um 1 Jahr)	0,95 [0,93; 0,96]	0,91 [0,90; 0,92]	1,02 [1,01; 1,04]	1,02 [1,00; 1,04]	0,96 [0,95; 0,97]	1,01 [0,99; 1,03]	1,14 [1,12; 1,16]	0,97 [0,93; 1,02]
Verheiratet (verglichen mit unverheirateten)	0,93 [0,75; 1,15]	0,50 [0,41; 0,62]	1,58 [1,21; 2,06]	0,70 [0,49; 1,02]	0,78 [0,61; 0,89]	1,11 [0,72; 1,72]	4,05 [2,83; 5,78]	0,55 [0,19; 1,62]
Geringeres Einkommen (Änderung um eine Quintile)	0,99 [0,93; 1,06]	0,89 [0,83; 0,95]	0,98 [0,90; 1,07]	1,00 [0,88; 1,13]	1,08 [1,02; 1,15]	1,01 [0,90; 1,13]	1,06 [0,96; 1,18]	1,20 [0,81; 1,78]

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

3.3.1 Intersektionalität: Segmentierung der Bevölkerung in Untergruppen

Wenn sich gewisse Werte von Einkommen, Bildungsstand und Migrationsstatus überlagern, können sich spezifische Bevölkerungsgruppen bilden, die auch in der öffentlichen Wahrnehmung sichtbar sind. Um zu untersuchen, inwieweit sich die Verhütungsmethoden in verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterscheiden, wurden die Teilnehmenden der SGB anhand der beobachteten soziodemographischen Charakteristika mittels *latent class* Analyse in verschiedene Segmente eingeteilt. Die Bildung solcher Segmente ist auch aus der Marketingforschung bekannt. Dabei werden die einzelnen Personen jenem Segment zugewiesen, welchem sie mit höchster Wahrscheinlichkeit angehören. Diese latenten Bevölkerungsgruppen und die Zugehörigkeit zu diesen Gruppen können unterschiedlich definiert werden. Trotz dieser Unschärfe stellen solche latente Gruppen eine Annäherung an die beobachteten sozialen Gruppen dar. Dies erlaubt es, zielgruppenspezifisches Wissen in Bezug auf die Gesundheitsversorgung abzuleiten.

Die Segmentierung ergab sechs Untergruppen, die in Tabelle T 3.4 beschrieben sind. In einem nächsten Schritt wurde untersucht, inwieweit sich die Verwendung von Verhütungsmitteln in diesen Gruppen auch tatsächlich unterschied.

Die Analyse nach Bevölkerungsgruppen bestätigt, dass Personen aus einkommensschwächeren Schichten mit Migrationshintergrund seltener verhüten (G 3.7). Wenn die Altersverteilung in den Bevölkerungsgruppen nicht berücksichtigt wird, scheint die einkommensschwächste Gruppe zwar häufiger zu verhüten. Da sie aber jünger ist als die anderen Gruppen, verhüten sie dennoch seltener, wenn für die Altersverteilung korrigiert wird (G 3.8, Anhang Tabelle 6.7). Zudem verwendeten Personen aus einkommensschwächeren Schichten zwar häufiger kombinierte hormonelle Methoden, aber wiederum nicht die einkommensschwächeren Personen mit Migrationshintergrund. Verschiedene Zugangsbarrieren scheinen sich demnach zu kumulieren, wie zum Beispiel Sprachbarrieren, fehlende Informationen über das Gesundheitssystem sowie die Kosten der Verhütungsmittel, die selber getragen werden müssen.

Die einkommensschwächste Schicht verhütete auch seltener mittels rein gestagenhaltiger Methoden wie der Hormonspirale, der Hormonspritze oder dem Hormonstäbchen sowie seltener mittels Unterbindung. Im Gegensatz dazu verhüteten einkommensstarke Personen eher mittels rein gestagenhaltiger Methoden oder mittels Unterbindung (Anhang Tabelle 6.8).

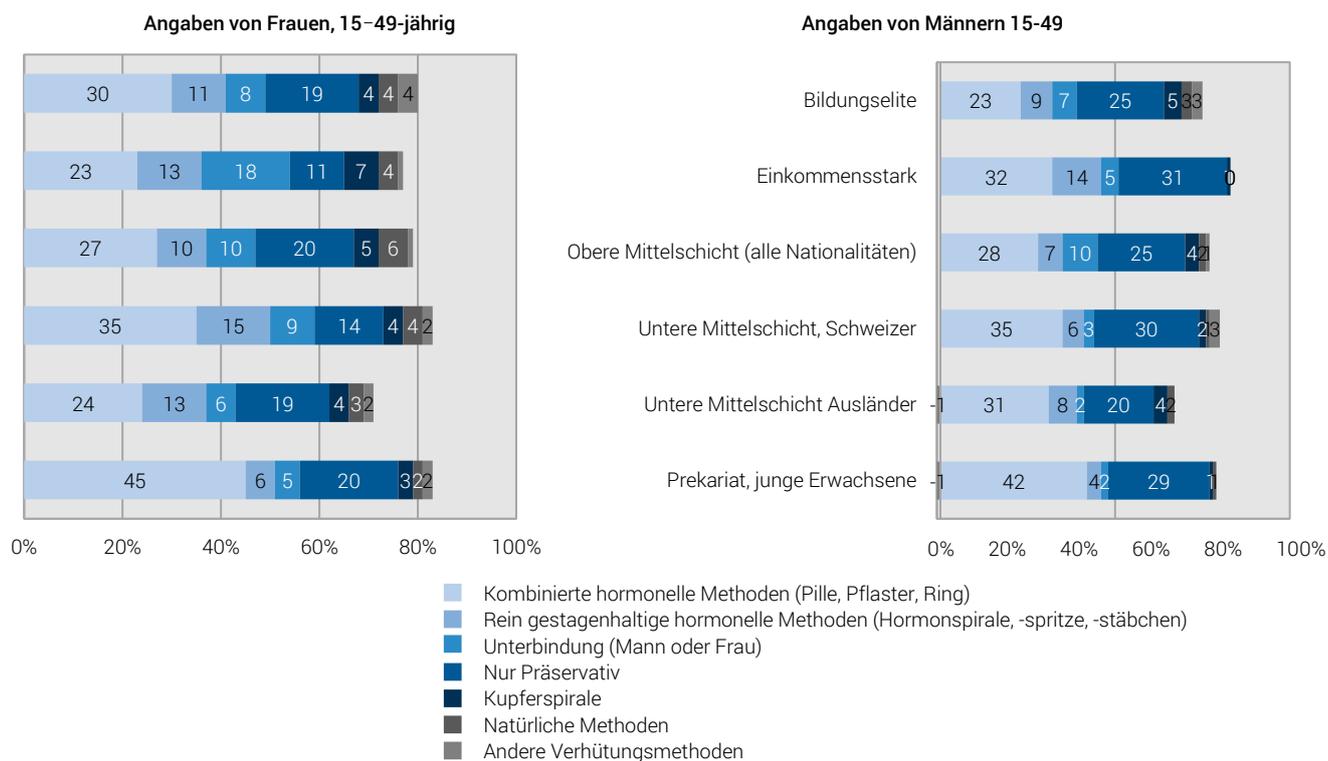
T 3.4 Unterschiedliche Bevölkerungssegmente

Charakterisierung der Gruppen					
Keine nachobligatorische Bildung, alle Nationalitäten, allgemein oder nicht versichert, niedriges Einkommen, junge Erwachsene	Tiefe bis mittlere Bildung, mittleres Einkommen, allgemein oder halbprivat versichert	Abschluss auf Sekundarstufe II, Schweizer Nationalität, allgemein versichert, geringeres Einkommen	Mindestens Abschluss auf Sekundarstufe II, alle Nationalitäten, allgemein versichert, mittleres Einkommen	Hohes Einkommen, privat versichert, Abschluss auf Sekundarstufe II, Schweizer Nationalität (inkl. eingebürgerte Personen)	Tertiäre Bildung, alle Nationalitäten, hohes Einkommen, oft halbprivate oder private Versicherung
Label					
Prekariat junge Erwachsene	Untere Mittelschicht, Ausländer	Untere Mittelschicht, Schweizer	Oberer Mittelstand (alle Nationalitäten)	einkommensstark	Bildungselite
N=1370	N=995	N=1358	N=4196	N=262	N=833

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

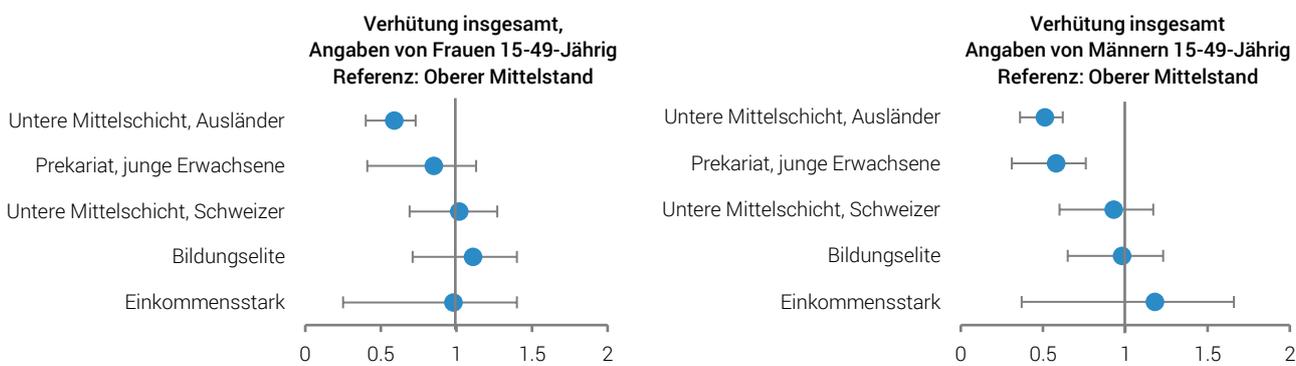
G 3.7 Bevölkerungssegmente nach soziodemographischen Faktoren und Verhütungsmethoden



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

G 3.8 Assoziationen der verschiedenen Bevölkerungsgruppen mit Verhütung, Frauen und Männer, 15-49-jährig, unter Berücksichtigung des Alters



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

3.4 Verhütung insgesamt und hormonelle Verhütung nach Lebensstilfaktoren und Nutzung von Komplementärmedizin

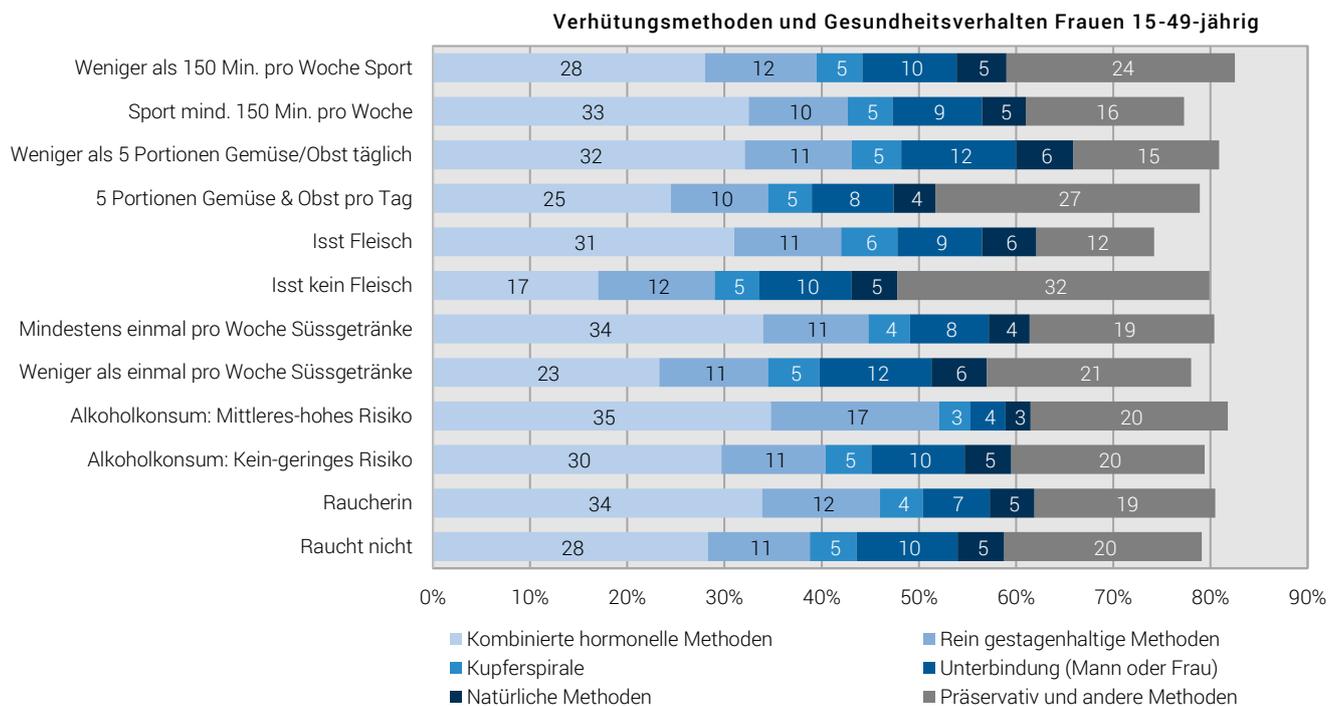
Neben den strukturellen Faktoren, welche die Nutzung von Verhütungsmitteln beeinflussen, kann auch die Einstellung zur Gesundheit oder Vorstellungen von Natürlichkeit in anderen Lebensbereichen eine Rolle spielen (Le Guen 2021). Im folgenden Kapitel wird untersucht, inwiefern Ernährungsgewohnheiten, sportliche Aktivität, Tabak- und Alkoholkonsum sowie die Inanspruchnahme von Komplementärmedizin mit der Wahl des Verhütungsmittels korrelieren. Für diese Analysen wurden nur die Angaben von Frauen berücksichtigt.

3.4.1 Sport, Ernährung, Tabak- und Alkoholkonsum

Frauen, die in der Woche mehr als 150 Minuten Sport betreiben, verhüteten insgesamt signifikant häufiger, während sich eine achtsame Ernährung, der Alkohol- und der Tabakkonsum nicht signifikant auf die Häufigkeit der Verhütung auswirkte. Frauen, die häufig Sport trieben, nutzten aber seltener kombinierte hormonelle Verhütungsmittel wie die Pille (G 3.9). Wer täglich fünf oder mehr Portionen Gemüse und Obst ass, Fleisch und Süssgetränke mied und nicht rauchte, verwendete ebenfalls signifikant seltener kombinierte hormonelle Verhütungsmittel. Dafür verwendeten Personen, die zu einem riskanten Alkoholkonsum neigten, häufiger ein rein gestagenhaltiges hormonelles Verhütungsmittel (Hormonspirale, Hormonspritze oder Hormonstäbchen).

- Frauen, die täglich fünf oder mehr Portionen Gemüse und Obst assen und auf Süssgetränke verzichteten, nannten dafür häufiger die Unterbindung als Verhütungsmethode (siehe auch Fett gedruckt: Signifikante Assoziation des Einflussfaktors mit der jeweiligen Verhütungsmethode (Anhang Tabelle 6.9).
- Die Unterbindung wurde auch signifikant häufiger von Frauen mit riskantem Alkoholkonsum als Verhütungsmethode angegeben.
- Kein Unterschied fand sich bei der Verwendung der Kupferspirale sowie von natürlichen Methoden, dem Präservativ und den übrigen Methoden.
- Um auszuschliessen, dass die beobachteten Unterschiede durch andere Faktoren wie Alter oder Bildungsstand verursacht wurden – so zum Beispiel, wenn jüngere fleischlos essende Frauen nicht deswegen, sondern auf Grund ihres Alters andere Verhütungsmittel wählen – wurden multivariable logistische Regressionsanalysen durchgeführt. Damit konnten die Anteile der einzelnen Einflussvariablen separat geschätzt werden. Die Unterschiede in der Wahl der Verhütungsmittel nach Ernährungsverhalten, Sport, Rauchen und Alkoholkonsum blieben jedoch auch bestehen, wenn für die soziodemographischen Faktoren Alter, Bildung, Migrationsstatus, Einkommen und Zivilstand korrigiert wurde. Zudem wurde neu ein signifikanter Unterschied in der Verwendung von Verhütungsmitteln insgesamt zwischen Personen, die kein Fleisch essen im Vergleich zu allen anderen sichtbar, indem Vegetarierinnen seltener verhüteten als andere Frauen (G 3.10).

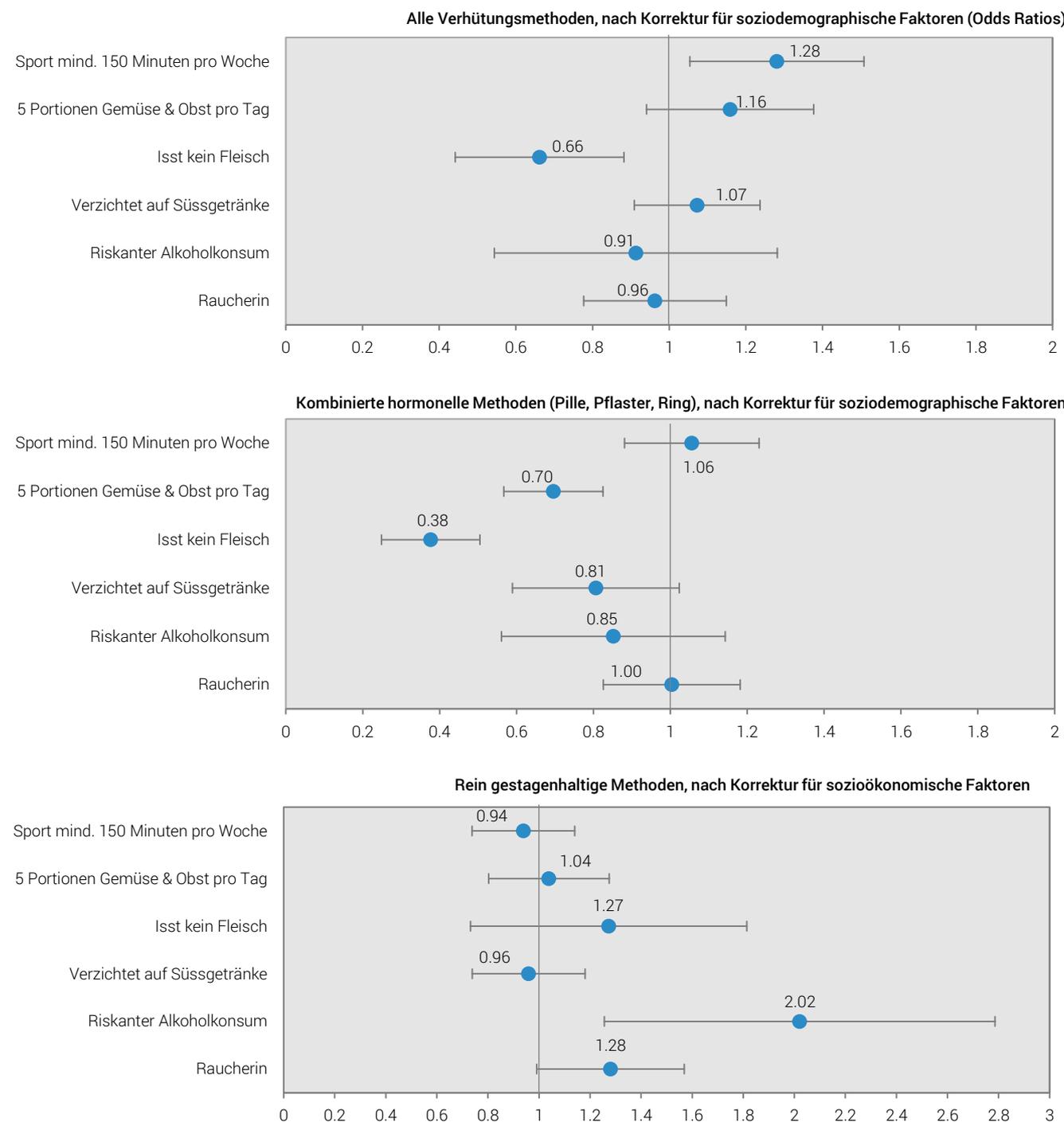
G 3.9 Einzelne Methoden der Verhütung nach Gesundheitsverhalten, Frauen, 15-49-jährig



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

G 3.10 Assoziationen von gesundheitsrelevantem Verhalten mit Verhütung nach Korrektur für sozioökonomische Faktoren (Alter, Bildung, Migrationsstatus, Einkommen), Frauen, 15–49-jährig



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

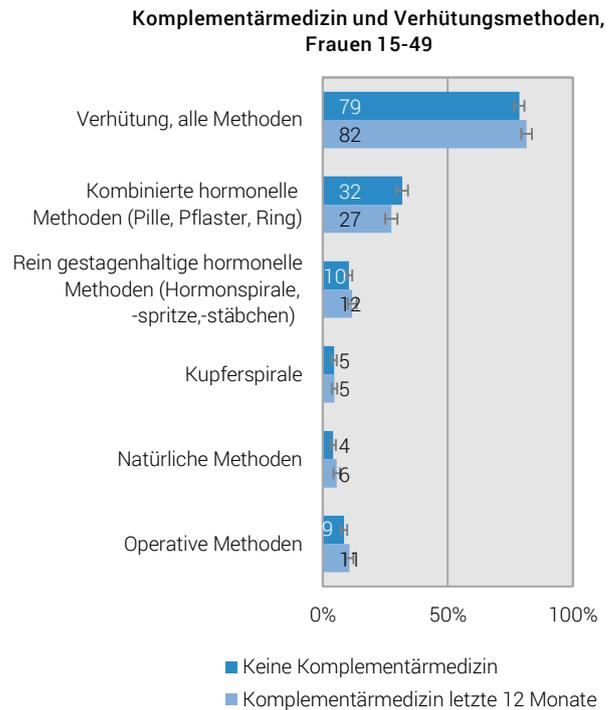
© Obsan 2021

3.4.2 Komplementärmedizin und Verhütung

Insgesamt nutzten 42% oder 1726 Frauen unter 50 Jahren in den 12 Monaten vor der Befragung komplementärmedizinische Angebote oder Medikamente. Wenn Frauen Komplementärmedizin als natürlichere oder sanftere Alternative zur Schulmedizin betrachten, sind sie möglicherweise auch zurückhaltender in Bezug auf die Verwendung von gewissen Verhütungsmethoden, wie zum Beispiel kombinierte hormonelle Methoden. Tatsächlich zeigen die Resultate, dass die Nutzung von Komplementärmedizin mit der Wahl der Verhütungsmittel zusammenhängt. Während sich kein signifikanter Unterschied bei der Häufigkeit der Verhütung insgesamt zwischen Nutzerinnen von Komplementärmedizin und anderen Frauen feststellen liess, so zeigte sich doch ein Unterschied bei der Wahl der Methode. Insgesamt verwendeten Frauen, die in den 12 Monaten vor der Befragung Komplementärmedizin in Anspruch genommen hatten, seltener kombinierte hormonelle Verhütungsmittel wie die Pille. Hingegen wurde häufiger mit einem Kondom oder durch Unterbindung verhütet (G 3.11). Nicht alle komplementärmedizinischen Methoden gingen jedoch mit einer geringeren Einnahme von kombinierten hormonellen Methoden einher. Frauen, die komplementärmedizinische Methoden wie TCM, Ayurveda sowie Osteopathie in Anspruch genommen hatten, unterschieden sich zum Beispiel nicht von den übrigen Frauen in der Verwendung der Pille (G 3.12 und Anhang Tabelle 6.10).

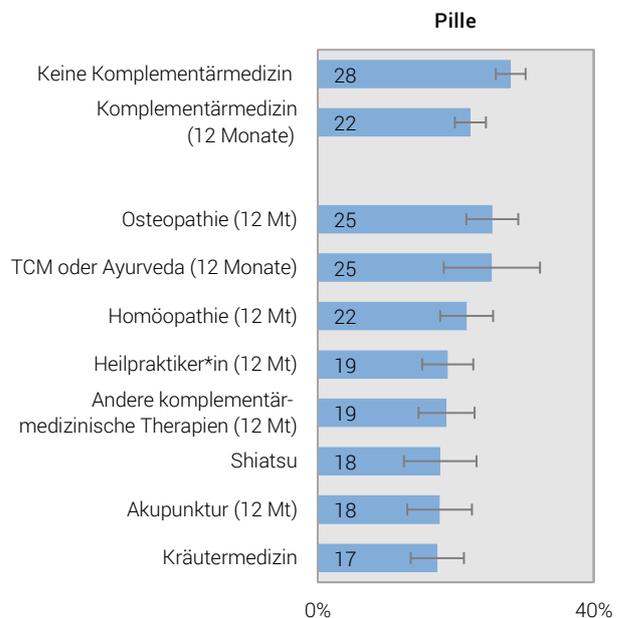
Kein Unterschied nach der Inanspruchnahme von Komplementärmedizin fand sich bei den rein gestagenhaltigen hormonellen Methoden, den Kupferspiralen oder den natürlichen Methoden.

G 3.11 Inanspruchnahme von Komplementärmedizin (12 Monate vor Befragung) und Verhütungsmethoden



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017 © Obsan 2021

G 3.12 Inanspruchnahme von Komplementärmedizin (12 Monate vor Befragung) und Verwendung der Pille



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017 © Obsan 2021

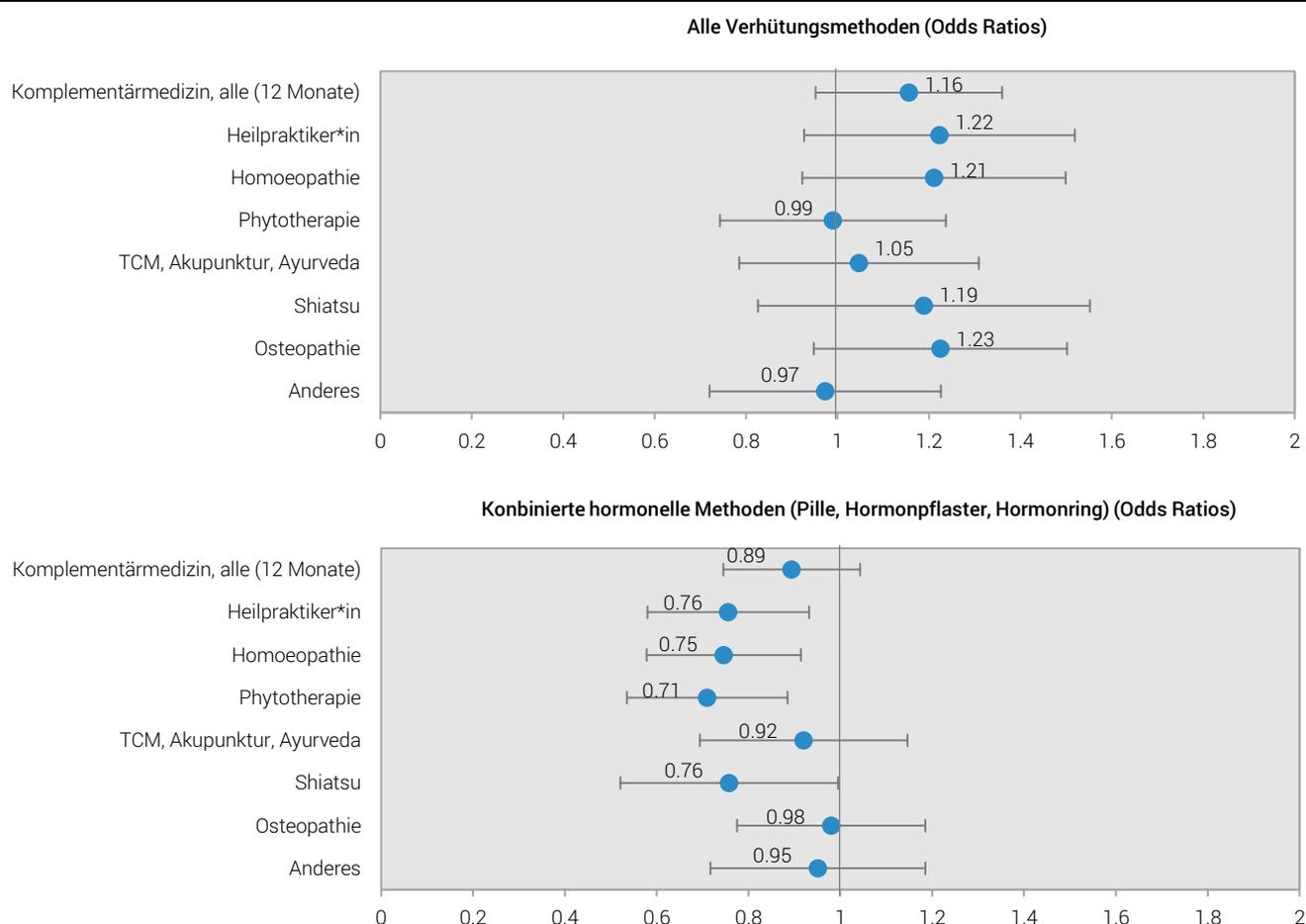
3.4.3 Assoziationen von Gesundheitsverhalten mit hormoneller Verhütung unter Berücksichtigung von Alter und sozioökonomischen Faktoren

Auch auf die Inanspruchnahme von komplementärmedizinischen Methoden könnten das Alter und die Bildung einen Einfluss haben. Um den Anteil der Komplementärmedizin in Bezug auf die Verwendung spezifischer Verhütungsmittel unabhängig von den soziodemographischen Faktoren zu schätzen, wurden wiederum zusätzlich zu den Berechnungen der Prävalenzen auch multivariable logistische Regressionsanalysen durchgeführt.

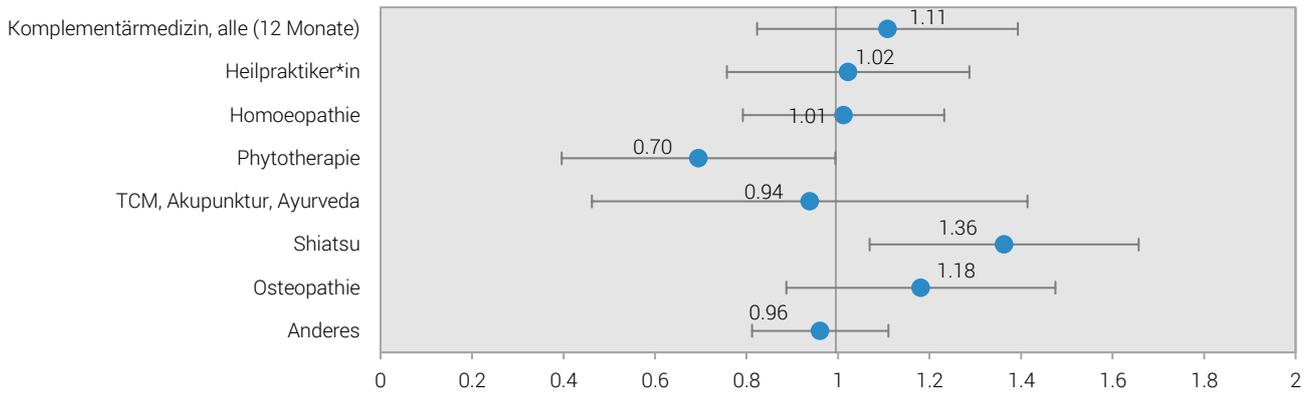
Der Zusammenhang zwischen der Inanspruchnahme einzelner komplementärmedizinischer Methoden und verschiedener

Verhütungsmethoden wurde in der multivariablen Analyse bestätigt, in welcher für soziodemographische Faktoren wie Alter, Bildung, Migrationsstatus, Einkommen und Zivilstand korrigiert wurde. Obwohl Frauen, die komplementärmedizinische Dienstleistungen in Anspruch nahmen, gleich häufig verhüteten wie die anderen Frauen, unterschieden sie sich auch in dieser Analyse in der Wahl der Methoden: Sie verwendeten weniger häufig hormonelle Methoden, dafür häufiger das Präservativ oder zum Teil natürliche Methoden (G 3.13 und Anhang Tabelle 6.11). Kupferspiralen wurden häufiger von Frauen verwendet, die Osteopathie genutzt hatten (Odds Ratio 1,82; 95%-Vertrauensintervall [1,21; 2,68]), Unterbindungen wurden häufiger von Frauen angegeben, welche einen Heilpraktiker aufgesucht hatten (Odds Ratio 1,40; 95%-Vertrauensintervall [1,02; 1,91]).

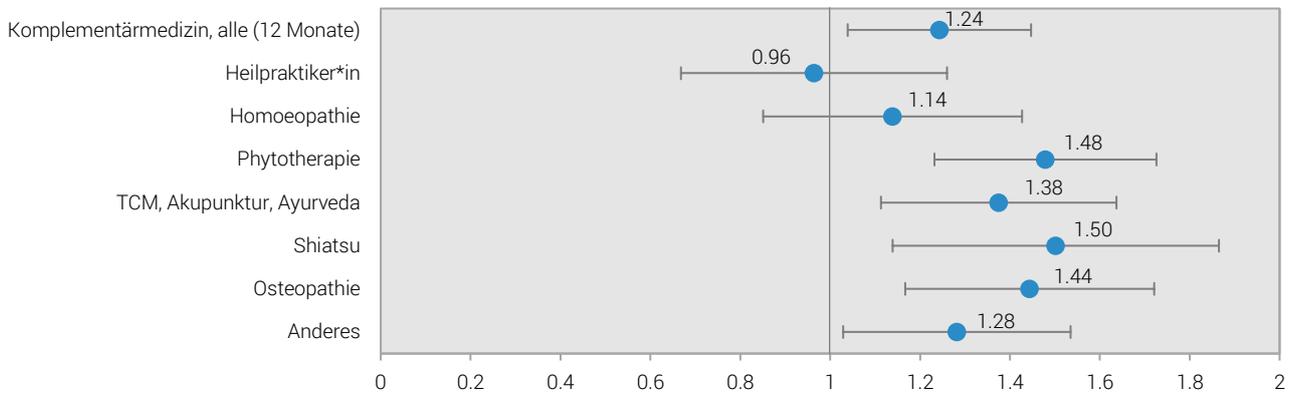
G 3.13 Assoziationen der Inanspruchnahme einzelner komplementärmedizinischer Therapien (12 Monate vor Befragung) mit verschiedenen Verhütungsmethoden, Frauen, 15-49-jährig



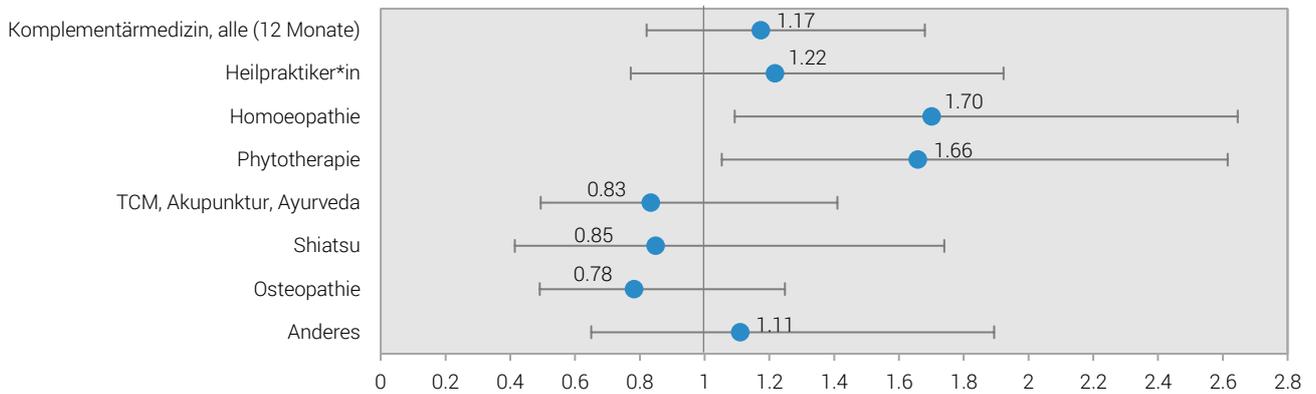
Rein gestagenhaltige Methoden (Hormonspirale, -spritze, -stäbchen) (Odds Ratios)



Präservativ (Odds Ratios)



Natürliche Methoden (Odds Ratios)



Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

4 Diskussion

Die Analyse der SGB-Daten 2017 zeigte, dass in der Schweiz Unterschiede in der Verwendung von Verhütungsmitteln zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen existieren. Einerseits wurde deutlich, dass Personen mit Migrationshintergrund aus Herkunftsregionen wie Südosteuropa, dem asiatischen Raum, Afrika oder der östlichen Mittelmeerregion weniger häufig verhüteten als Personen ohne Migrationshintergrund, während sich Personen, die aus den Nachbarländern der Schweiz zugezogen waren, sich kaum von der Schweizer Bevölkerung unterschieden. Auch der Migrationsstatus spielt eine Rolle: Personen mit Migrationshintergrund, die ab Geburt das Schweizer Bürgerrecht erhielten, unterschieden sich kaum von Schweizerinnen und Schweizern. Diejenigen, die hingegen als Ausländerin oder Ausländer in der Schweiz geboren wurden, verhüteten signifikant seltener und unterschieden sich kaum von der Migrationsbevölkerung der ersten Generation. Vergleichbare Beobachtungen über den Einfluss des Migrationsstatus auf die Gesundheit wurden auch in anderen Zusammenhängen gemacht (Gkiouleka 2020). Die Resultate dieser Analyse bestätigen, dass der Einfluss der Migration demnach nicht pauschal für alle Migrantinnen und Migranten gleich zu sein scheint (Gkiouleka 2020). Es wurde gezeigt, dass sich Migrantinnen und Migranten der ersten Generation in vielen Gesundheitsfragen an der Praxis in ihrem Heimatland orientieren (Biswas 2011). Dies mag einen Teil der in der Schweiz beobachteten Unterschiede im Verhütungsverhalten innerhalb der Migrationsbevölkerung erklären. Jedoch überlagerten sich diese Unterschiede mit dem Bildungsstand und dem Einkommen. Personen mit einem tiefen Einkommen verhüteten unabhängig vom Migrationsstatus im Schnitt weniger häufig als andere Personen in derselben Altersgruppe, insbesondere auch weniger oft mit hormonellen Verhütungsmitteln, wobei die Kosten der Verhütungsmittel eine Rolle spielen mögen. Auch zeigt sich in der Schweiz bei den jungen Erwachsenen ohne nachobligatorische Bildung bereits eine gewisse finanzielle Prekarität (Huber 2019), was die Möglichkeit, für Verhütungsmittel aufzukommen, auch in dieser Altersgruppe einschränken mag.

Frühere Studien in der Schweiz haben darauf hingewiesen, dass Zugangsbarrieren eine wichtige Rolle für die geringere Verwendung von Verhütungsmitteln in Teilen der Migrationsbevölkerung spielen (Ikhilior 2017). In der vorliegenden Analyse zeigte sich zudem, dass sich dieser Nachteil auch auf die zweite Generation der Migrationsbevölkerung übertragen kann, zumindest, was diejenigen Menschen anbelangt, die in der Schweiz geboren wurden, jedoch ohne Schweizer Pass aufwuchsen. Hingegen unterschied sich die Verwendung von Verhütungsmethoden von Personen mit Migrationshintergrund, die bereits als Schweizerin oder Schwei-

zer geboren wurden, nicht vom Durchschnitt der Schweizer Bevölkerung. Neben den Personen mit Migrationshintergrund, welche aufgrund von Sprachbarrieren Schwierigkeiten haben können, medizinische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, ist in dieser Bevölkerungsgruppe auch die Armutsrate höher als in der Schweizer Bevölkerung (BFS 2017). Dies gilt insbesondere für Personen aus Südosteuropa und Ländern ausserhalb Europas.

In den höheren Bildungs- und Einkommensschichten zeigte sich unabhängig vom Herkunftsland ein Trend weg von kombinierten hormonellen Verhütungsmethoden hin zu Spiralen. Dieser Trend ist auch in anderen Ländern Europas zu beobachten. Le Guen und Kolleginnen haben in ihrer Literaturübersicht zu Gründen für die abnehmenden Tendenz bei der Verwendung von hormonellen Verhütungsmitteln in westlichen Ländern festgestellt, dass folgende acht Themen für die Zurückhaltung der Nutzung kombinierter hormoneller Verhütungsmittel von Bedeutung waren: Probleme mit Nebenwirkungen, Auswirkungen auf die psychische Gesundheit, Auswirkungen auf die Sexualität, Bedenken im Hinblick auf die eigene Fertilität, Unnatürlichkeit, Bedenken in Bezug auf die Menstruation, Ängste sowie eine fehlende Diskussion über die Nebenwirkungen von hormonellen Verhütungsmitteln. Auch Angst vor einem Kontrollverlust über den eigenen Körper durch den Eingriff ins eigene Hormonsystem kann zur Zurückhaltung in der Wahl hormoneller Verhütungsmittel führen (Schwarz 2019). In der vorliegenden Analyse konnte auf jeden Fall ein deutlicher Zusammenhang zwischen bewusster Ernährung, Bewegung, Nutzung von Komplementärmedizin und der Wahl der Verhütungsmittel festgestellt werden. Insgesamt sind die Gründe für eine Zurückhaltung jedoch multifaktoriell und komplex und erfordern weiterführende Informationen zur Motivationslage der Frauen, die hormonelle Verhütungsmittel aus nicht-medizinischen Gründen ablehnen.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Chancengleichheit in Bezug auf den Zugang zur Grundversorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in der Schweiz im Falle der Verhütung noch nicht gegeben zu sein scheint. Anstrengungen, Verhütungsmittel für alle Personen in der Schweiz besser zugänglich zu machen, sind nach wie vor nötig, um die gesundheitlichen Risiken, die mit einer ungeplanten Schwangerschaft einhergehen können, zu vermeiden.

Limitationen

Eine Limitation der Resultate stellt die Übervertretung der besser gebildeten Schichten in der Studienpopulation dar. Es ist auch anzunehmen, dass Personen mit eingeschränkten Kenntnissen der Landessprachen ebenfalls nicht an der Studie teilnahmen. Dies mag die Ergebnisse bis zu einem gewissen Grad verzerren.

5 Literatur

- Barrense-Dias Y, Sieber C, Jacot-Descombes C, Käser M, Storni M. Verhütung in der Schweiz. BFS 2021.
- Biswas, D., Kristiansen, M., Krasnik, A. Norredam M. Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health* 2011, 11:560. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-560>
- Bundesamt für Statistik. Armut in der Schweiz: Aktualisierte Indikatoren 2015. BFS 2017
- Cignacco E: Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (refugee). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen. BFH 2017.
- Gkiouleka A, Huijts T. Intersectional migration-related health inequalities in Europe: Exploring the role of migrant generation, occupational status & gender, *Social Science & Medicine* 2020, 267:113218, [10.1016/j.socscimed.2020.113218](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113218).
- Huber SG. Young Adult Survey Switzerland. Band II. 2019. Bundesamt für Bauten und Logistik BBL: Bern.
- Ikhilor PO, Hasenberger GP, Kurth E, Stocker Kalberer E, Cignacco E, Pehlke-Milde JP. 2017. Barrierefreie Kommunikation in der geburtshilflichen Versorgung allophoner Migrantinnen. BRIDGE Projektbericht, BFH 2017.
- Kurth, E., Jaeger, F.N., Zemp, E. Tschudin S, Bischoff A. Reproductive health care for asylum-seeking women - a challenge for health professionals. *BMC Public Health* 2010, 10:659. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-659>
- Le Guen M, Schantz C, Régnier-Loilier A, de la Rochebrochard E. Reasons for rejecting hormonal contraception in Western countries: A systematic review. *Social science & medicine* 2021, 284, [10.1016/j.socscimed.2021.114247](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114247)
- Leitlinienprogramm DGGG, OEGGG, SGGG. Empfängnisverhütung. 2020. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/015-015L_S3_Hormonelle_Empfaengnisverhuetung_2020-09.pdf
- Schwarz J, Dumbaugh M, Bapolisi W, Ndorere MS, Mwamini MC, Bisimwa G, Merten S, "So that's why I'm scared of these methods": Locating contraceptive side effects in embodied life circumstances in Burundi and eastern Democratic Republic of the Congo. *Social Science & Medicine* 2019, 2020, [10.1016/j.socscimed.2018.09.030](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.030).
- Sexuelle Gesundheit Schweiz. Bericht »Gesuche für die Finanzierung von Verhütungsmitteln«. 2017.
- Siebner C. Schwangerschaftsverhütung Welchen Zugang haben Asylsuchende in der Schweiz? 29BZgAFORUM2, 2017
- Späth A., Schneider C., Stutz L., Tschudin S., Zemp Stutz E. Schweizerischer Verhütungsbericht (Obsan Dossier 59). 2017. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

6 Tabellenanhang

Anhang Tabelle 6.1 Verhütung insgesamt, nach Migrationshintergrund (1. oder 2./3. Generation)

Verhütung, alle Methoden						
Land/Region	Männer			Frauen		
	%	95% Vertrauensintervall	N	%	95% Vertrauensintervall	N
CHE	82	[80; 84]	1855	84	[82; 86]	2086
PRT ESP	76	[70; 82]	227	83	[78; 88]	87
AMR	75	[64; 86]	84	82	[75; 89]	149
DEU AUT	72	[66; 78]	308	80	[75; 85]	270
EUR (andere)	77	[70; 84]	167	78	[72; 84]	71
FRA	79	[71; 86]	147	76	[69; 84]	346
ITA	72	[68; 77]	459	76	[71; 81]	172
SEAR WPR	66	[51; 81]	64	73	[61; 85]	367
SE-EUR	63	[58; 69]	379	68	[63; 74]	234
AFR EMR	55	[42; 68]	79	67	[53; 80]	347
Total	76	[74; 78]	3769	80	[78; 81]	4129

Legende: Legende: CHE – Schweiz; FRA – Frankreich; ITA – Italien; DEU AUT – Deutschland, Österreich; SE-EUR – Südosteuropa; EUR (andere) – Europa, andere; AMR – Nord-und Südamerika; SEAR WPR – Südostasien und Westliche Pazifikregion; AFR EMR – Afrika und östliche Mittelmeerregion

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Anhang Tabelle 6.2 Hormonelle Verhütung nach Herkunftsland (1. oder 2./3. Generation)

Männer	Pille		Hormonpflaster		Hormonring		Hormonstäbchen		Hormonspritze		Hormonspirale	
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
CHE	27,9	[25,4; 30,5]	0,6	[0,2; 1]	3,4	[2,4; 4,4]	0,6	[0,2; 0,9]	1	[0,4; 1,6]	5,8	[4,7; 7]
AFR EMR	18,2	[9,1; 27,2]	2,1	[-1; 5,1]	0	[0; 0]	0,7	[-0,7; 2,1]	0	[0; 0]	6,7	[0,7; 12,6]
AMR	23	[13,2; 32,9]	0	[0; 0]	2,8	[-1; 6,6]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	3,9	[-0,1; 7,8]
EUR (andere)	21,8	[14,9; 28,8]	0	[0; 0]	0,8	[-0,3; 1,9]	1,7	[-0,8; 4,2]	0,7	[-0,3; 1,8]	4,1	[-0,4; 8,7]
SEAR WPR	18,4	[7,4; 29,3]	1,5	[-1,5; 4,5]	0,4	[-0,4; 1,3]	1,1	[-1; 3,1]	0	[0; 0]	3,9	[-1,4; 9,2]
DEU AUT	30,1	[23; 37,1]	0,2	[-0,2; 0,6]	1,4	[0,2; 2,7]	0	[0; 0]	1,1	[-0,4; 2,6]	6	[2,6; 9,4]
FRA	30,4	[21,7; 39,2]	0	[0; 0]	2,3	[-0,2; 4,8]	0,2	[-0,2; 0,5]	0	[0; 0]	8,3	[3,1; 13,6]
ITA	24,3	[19,8; 28,8]	0,6	[-0,4; 1,7]	3,3	[1,4; 5,2]	0,2	[-0,2; 0,6]	0,8	[-0,1; 1,7]	6,7	[4,2; 9,2]
PRT ESP	41,8	[34,5; 49,1]	0	[0; 0]	3,8	[0,9; 6,7]	0,3	[-0,3; 0,8]	0,4	[-0,4; 1,3]	5,3	[2,2; 8,5]
SE-EUR	21,7	[17,2; 26,2]	0,4	[-0,1; 1]	2,7	[1; 4,3]	0,2	[-0,2; 0,5]	0,2	[-0,2; 0,5]	6,3	[3,5; 9,2]
Total	27,2	[25,4; 28,9]	0,5	[0,2; 0,8]	2,8	[2,2; 3,4]	0,5	[0,2; 0,7]	0,7	[0,4; 1,1]	5,9	[5,1; 6,8]
P-Wert	<0,001		0,433		0,209		0,232		0,750		0,946	
Frauen	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
CHE	27	[24,6; 29,3]	0,7	[0,1; 1,2]	3,7	[2,7; 4,7]	0,6	[0,1; 1,1]	1,3	[0,7; 1,9]	11	[9,4; 12,6]
AFR EMR	21,5	[12,2; 30,8]	0	[0; 0]	0,6	[-0,6; 1,8]	1	[-1; 3]	0	[0; 0]	6,5	[1,5; 11,6]
AMR	24,3	[16,1; 32,6]	1,1	[-1; 3,1]	1,9	[-0,4; 4,3]	3,6	[-2; 9,3]	0	[0; 0]	7,8	[3,5; 12,1]
EUR (andere)	23,8	[18; 29,5]	0,6	[-0,5; 1,7]	2,7	[0,8; 4,5]	0,8	[-0,3; 1,8]	0,7	[-0,3; 1,7]	7	[3,8; 10,2]
SEAR WPR	36,8	[23,8; 49,8]	1,3	[-1,3; 3,9]	1,7	[-1,6; 4,9]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	5,9	[0,4; 11,4]
DEU AUT	26,3	[20,2; 32,4]	0,4	[-0,3; 1,1]	4,4	[1,8; 6,9]	2,1	[0,1; 4]	1,3	[-0,1; 2,7]	5,9	[3,3; 8,5]
FRA	30,1	[22,3; 38]	0	[0; 0]	1,6	[0,1; 3,2]	0	[0; 0]	0,7	[-0,3; 1,7]	12	[6,6; 17,3]
ITA	23,5	[18,7; 28,3]	0,4	[-0,1; 0,9]	3,9	[1,6; 6,1]	0,5	[-0,4; 1,4]	0,8	[-0,1; 1,8]	5,8	[3,2; 8,3]
PRT ESP	43,2	[36,3; 50,1]	0,5	[-0,4; 1,4]	2,6	[0,2; 5]	0,7	[-0,3; 1,6]	0,8	[-0,3; 1,9]	9,7	[5,8; 13,6]
SE-EUR	20	[15,5; 24,5]	0,8	[-0,4; 2,1]	1,9	[0,6; 3,3]	0,8	[-0,1; 1,7]	0,6	[-0,2; 1,5]	9,4	[5,9; 12,9]
Total	26,8	[25,2; 28,4]	0,6	[0,3; 0,9]	3,2	[2,5; 3,8]	0,9	[0,5; 1,3]	1	[0,6; 1,3]	9,2	[8,2; 10,2]
P-Wert	<0,001		0,956		0,354		0,092		0,800		0,030	

Legende: Legende: CHE – Schweiz; FRA – Frankreich; ITA – Italien; DEU AUT – Deutschland, Österreich; SE-EUR – Südosteuropa; EUR (andere) – Europa, andere; AMR – Nord- und Südamerika; SEAR WPR – Südostasien und Westliche Pazifikregion; AFR EMR – Afrika und östliche Mittelmeerregion

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Anhang Tabelle 6.3 Nicht-hormonelle Verhütung nach Herkunftsland (1. oder 2./3. Generation)

Männern	Kupferspirale		Frauenkondom		Präservativ		Unterbindung, Mann		Unterbindung, Frau		Natürliche Methoden	
	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
CHE	2,8	[1,8; 3,7]	0,2	[0; 0,4]	42,9	[40,1; 45,6]	2,6	[1,7; 3,4]	7,6	[6,3; 9]	1,9	[1,1; 2,7]
AFR EMR	1,8	[-0,7; 4,3]	0	[0; 0]	24,2	[13,5; 34,9]	0,6	[-0,6; 1,9]	0,3	[-0,3; 0,8]	5,5	[0; 11,1]
AMR	7,5	[0,9; 14,1]	0	[0; 0]	38,9	[26,9; 50,9]	4,7	[-1,8; 11,2]	1,1	[-0,6; 2,8]	2,3	[-0,3; 5]
EUR (andere)	4,7	[-0,4; 9,7]	0,5	[-0,4; 1,4]	42	[33,2; 50,7]	1,9	[0; 3,7]	5,3	[1,8; 8,7]	2,5	[0,3; 4,6]
SEAR WPR	7,6	[0,1; 15]	0	[0; 0]	42,3	[27,4; 57,2]	0	[0; 0]	2,2	[-2,1; 6,5]	1,5	[-1,4; 4,4]
DEU AUT	4,3	[1,3; 7,4]	0	[0; 0]	31,1	[24,8; 37,5]	1,7	[0,2; 3,2]	5,1	[2,6; 7,6]	2	[0,4; 3,6]
FRA	8	[3,1; 12,9]	0	[0; 0]	36,2	[27,3; 45,2]	0,5	[-0,5; 1,5]	2,3	[-0,5; 5]	0	[0; 0]
ITA	2	[0,7; 3,3]	0	[0; 0]	42,3	[36,9; 47,7]	1,5	[0; 2,9]	2,6	[1; 4,1]	1,3	[-0,5; 3,1]
PRT ESP	4,1	[1,3; 6,9]	1,7	[-0,6; 4,1]	35,6	[28,7; 42,5]	0,8	[-0,2; 1,8]	1,4	[-0,3; 3,2]	2,6	[0; 5,1]
SE-EUR	1,8	[0,5; 3]	0,2	[-0,2; 0,6]	33,4	[28,1; 38,7]	0,6	[-0,1; 1,3]	1,4	[0,2; 2,7]	1,6	[0,1; 3,2]
Total	3,3	[2,6; 4]	0,2	[0; 0,4]	39,2	[37,3; 41,1]	1,9	[1,4; 2,3]	4,9	[4,2; 5,6]	1,9	[1,3; 2,4]
P-Wert	0,017		<0,001		0,030		0,002		0,092		<0,001	
Frauen	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI
CHE	4,9	[3,8; 6,1]	0	[0; 0]	29,3	[26,9; 31,6]	2,4	[1,7; 3,1]	10,6	[9,1; 12,1]	5,2	[4; 6,4]
AFR EMR	5,3	[-0,1; 10,7]	2,7	[-1,3; 6,7]	34,2	[22,4; 45,9]	3,4	[-0,5; 7,4]	1,9	[-0,3; 4,1]	9,7	[0,8; 18,5]
AMR	4,6	[1,2; 7,9]	0,5	[-0,4; 1,4]	27,1	[18,9; 35,3]	2	[-0,3; 4,2]	7,5	[1,9; 13,1]	1,7	[-0,3; 3,6]
EUR (andere)	4,5	[2; 6,9]	0	[0; 0]	35,7	[29,4; 41,9]	1,2	[0; 2,4]	6,6	[2,5; 10,6]	5,7	[2,7; 8,8]
SEAR WPR	2,6	[-1,3; 6,4]	0	[0; 0]	35,2	[21,8; 48,6]	0	[0; 0]	3,7	[0; 7,4]	0,8	[-0,8; 2,5]
DEU AUT	4,1	[1,6; 6,7]	0,1	[-0,1; 0,3]	32,4	[26,1; 38,7]	2,6	[0,8; 4,4]	7,1	[4,3; 9,9]	6,7	[3,5; 10]
FRA	8,4	[4,1; 12,6]	0	[0; 0]	25,7	[18,3; 33]	2,7	[-0,8; 6,1]	3,7	[-0,1; 7,5]	3,2	[0,1; 6,4]
ITA	4,9	[2,2; 7,6]	0,4	[-0,4; 1,2]	34,1	[28,4; 39,7]	2,2	[0,6; 3,8]	3,4	[1,4; 5,3]	3,3	[1,3; 5,4]
PRT ESP	3,4	[0,9; 6]	0,4	[-0,3; 1]	26,6	[20,4; 32,8]	4,7	[1,8; 7,5]	0,8	[-0,2; 1,8]	2,8	[0,7; 5]
SE-EUR	3,1	[1,2; 5]	0,3	[-0,3; 0,9]	28,9	[23,6; 34,1]	2,3	[0,6; 4]	2,3	[0,6; 4,1]	3,9	[1,3; 6,6]
Total	4,6	[3,9; 5,4]	0,2	[0; 0,3]	30,3	[28,6; 31,9]	2,4	[1,9; 2,9]	7,2	[6,3; 8]	4,8	[3,9; 5,6]
P-Wert	0,541		0,892		<0,001		0,377		0,541		<0,001	

Legende: CHE – Schweiz; FRA – Frankreich; ITA – Italien; DEU AUT – Deutschland, Österreich; SE-EUR – Südosteuropa; EUR (andere) – Europa, andere; AMR – Nord- und Südamerika; SEAR WPR – Südostasien und Westliche Pazifikregion; AFR EMR – Afrika und östliche Mittelmeerregion

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Anhang Tabelle 6.4 Assoziationen von Migrationsstatus und Verhütungsmethoden, alterskorrigiert

	Verhütung, alle Methoden		Kombinierte hormonelle Methoden (Pille, Hormonpflaster, Hormonring)		Rein gestagenhaltige Methoden (Hormonspirale, -Spritze, -Stäbchen)		Kupferspirale		Unterbindung (Mann, Frau)		Präservativ		Natürliche Methoden	
	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
Männer														
Schweizer (Referenzkategorie) (N=1855)	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]
Schweizer Nationalität bei Geburt, ausländischer Elternteil (N=429)	0,72	[0,53; 0,96]	0,92	[0,70; 1,24]	0,84	[0,51; 1,37]	1,7	[0,87; 3,30]	0,70	[0,42; 1,19]	0,78	[0,60; 1,02]	1,08	[0,33; 3,56]
In der Schweiz mit anderer Nationalität geboren (N=402)	0,62	[0,46; 0,83]	0,91	[0,69; 1,22]	1,05	[0,66; 1,69]	0,81	[0,38; 1,73]	0,61	[0,37; 1,02]	0,90	[0,69; 1,18]	0,77	[0,24; 2,45]
Erste Migrationsgeneration (N=1077)	0,45	[0,37; 0,55]	0,87	[0,70; 1,07]	0,91	[0,65; 1,29]	1,46	[0,88; 2,44]	0,19	[0,13; 0,30]	0,70	[0,57; 0,84]	1,08	[0,57; 2,05]
Alter (Inkrement: +1 Jahr)	0,96	[0,95; 0,97]	0,92	[0,92; 0,94]	1,03	[1,01; 1,04]	1,03	[1,01; 1,05]	1,15	[1,13; 1,17]	0,95	[0,94; 0,96]	1,03	[1,00; 1,07]
Frauen														
Schweizerin (Referenzkategorie) (N=2086)	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]	1	[1,00; 1,00]
Schweizer Nationalität bei Geburt, ausländischer Elternteil (N=532)	0,89	[0,66; 1,21]	1,04	[0,81; 1,34]	0,73	[0,50; 1,06]	1,04	[0,61; 1,76]	0,69	[0,44; 1,07]	1,32	[1,04; 1,68]	0,78	[0,43; 1,42]
In der Schweiz mit anderer Nationalität geboren (N=365)	0,55	[0,40; 0,76]	0,97	[0,72; 1,31]	0,62	[0,40; 0,95]	0,89	[0,49; 1,62]	0,46	[0,27; 0,78]	0,98	[0,74; 1,29]	0,65	[0,28; 1,55]
Erste Migrationsgeneration (N=1139)	0,58	[0,47; 0,71]	0,95	[0,76; 1,17]	0,73	[0,56; 0,95]	0,89	[0,61; 1,32]	0,39	[0,29; 0,53]	1,07	[0,88; 1,30]	0,89	[0,60; 1,33]
Alter (Inkrement: +1 Jahr)	0,95	[0,94; 0,96]	0,90	[0,89; 0,91]	1,03	[1,01; 1,04]	1,01	[0,99; 1,03]	1,16	[1,14; 1,17]	0,95	[0,94; 0,96]	1,02	[1,00; 1,03]

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Anhang Tabelle 6.5 Verhütung nach Ausbildungsstand, Versicherungsstatus und Einkommen, Männer, 15–49-jährig

Männern	Verhütung, alle Methoden	Pille	Hormonpflaster	Hormonring	Hormonstäbchen	Hormonspritze	Hormonspirale	Kupferspirale	Diaphragma	Frauenkondom	Präservativ	Sterilisation, Frau	Sterilisation, Mann	Natürliche Methoden
Ausbildung														
Ausschliesslich obligatorische Schule	69,1	32,7	0,3	3,7	0,1	0,5	3,2	2,6	0,0	0,6	40,2	1,5	1,4	1,2
Sekundarstufe II	75,4	29,9	0,8	2,4	0,6	0,8	6,5	2,5	0,1	0,1	39,1	1,4	4,0	1,2
Tertiärstufe	78,5	22,8	0,2	3,0	0,4	0,7	6,2	4,4	0,1	0,2	39,0	2,4	6,9	2,7
<i>P-Wert</i>	<i>0,002</i>	<i><0,001</i>	<i>0,010</i>	<i>0,347</i>	<i>0,357</i>	<i>0,858</i>	<i>0,069</i>	<i>0,025</i>	<i>0,718</i>	<i>0,258</i>	<i>0,929</i>	<i>0,171</i>	<i><0,001</i>	<i>0,032</i>
Versicherung Spital														
Allgemein	76,0	25,3	0,6	2,7	0,5	0,7	5,9	3,6	0,1	0,2	37,0	2,5	6,5	1,9
Halbprivat	78,2	28,6	0,1	2,9	0,3	0,3	7,1	3,0	0,0	0,0	42,1	1,0	4,2	1,7
Privat	73,5	26,1	1,0	3,8	0,9	0,5	6,7	3,6	0,0	0,7	36,8	2,5	1,7	2,9
Anderes	75,0	31,5	0,5	2,3	0,3	1,7	1,9	2,2	0,0	0,4	49,6	0,4	1,3	1,5
<i>P-Wert</i>	<i>0,642</i>	<i>0,239</i>	<i>0,285</i>	<i>0,840</i>	<i>0,703</i>	<i>0,221</i>	<i>0,073</i>	<i>0,669</i>	<i>0,808</i>	<i>0,341</i>	<i>0,006</i>	<i>0,032</i>	<i><0,001</i>	<i>0,835</i>
Einkommen														
Höchstes Einkommen (oberste Quintile)	75,8	23,7	0,2	3,1	0,4	1,3	7,8	3,8	0,1	0,1	35,7	2,3	6,8	1,7
Zweithöchste Einkommensquintile	76,2	26,4	0,4	3,1	0,9	0,6	6,4	3,0	0,1	0,1	34,9	2,5	7,9	2,4
Mittlere Einkommensquintile	75,0	24,1	0,4	2,3	0,4	0,4	5,1	3,2	0,0	0,2	37,8	2,1	5,3	1,7
Zweitniedrigste Einkommensquintile	75,3	30,4	1,1	1,9	0,4	0,7	5,6	3,7	0,0	0,4	41,9	0,6	2,3	2,1
Tiefste Einkommensquintile	78,7	35,4	0,6	4,0	0,2	0,2	3,7	2,3	0,2	0,4	50,3	1,5	0,4	1,5
<i>P-Wert</i>	<i>0,742</i>	<i><0,001</i>	<i>0,162</i>	<i>0,301</i>	<i>0,293</i>	<i>0,140</i>	<i>0,080</i>	<i>0,742</i>	<i>0,644</i>	<i>0,811</i>	<i><0,001</i>	<i>0,132</i>	<i><0,001</i>	<i>0,850</i>

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Anhang Tabelle 6.6 Verhütung nach Ausbildungsstand, Versicherungsstatus und Einkommen, Frauen, 15-49-jährig

Frauen	Verhütung, alle Methoden	Pille	Hormonpflaster	Vaginalring	Implantat	Hormonspritze	Hormonspirale	Kupferspirale	Diaphragma	Frauenkondom	Präservativ	Sterilisation, Frau	Sterilisation, Mann	Natürliche Methoden	
Ausbildung															
Ausschliesslich obligatorische Schule	77,8	34,7	0,8	2,9	2,6	1,1	7,6	3,4	0,2	0,7	32,1	3,7	2,2	1,6	
Sekundarstufe II	80,6	26,9	0,7	3,1	1,1	1,3	10,4	4,2	0,1	0,1	28,3	2,9	8,8	3,5	
Tertiärstufe	79,2	23,3	0,4	3,4	0,1	0,5	8,3	5,7	0,1	0,1	32,2	1,3	6,7	7,3	
<i>P-Wert</i>	<i>0,438</i>	<i><0,001</i>	<i>0,709</i>	<i>0,854</i>	<i><0,001</i>	<i>0,159</i>	<i>0,082</i>	<i>0,076</i>	<i>0,476</i>	<i>0,057</i>	<i>0,078</i>	<i>0,003</i>	<i><0,001</i>	<i><0,001</i>	
Versicherung Spital															
Allgemein	79,3	24,9	0,6	2,8	1,0	1,1	9,9	4,7	0,1	0,2	29,3	2,6	7,7	4,8	
Halbprivat	78,9	26,9	0,8	4,9	0,2	0,6	9,4	3,8	0,0	0,4	28,2	2,9	8,4	4,0	
Privat	78,6	24,5	0,0	2,1	2,2	0,4	12,3	7,0	0,0	0,6	27,1	1,5	4,5	2,3	
Anderes	90,2	33,7	0,3	5,2	1,1	0,9	7,5	5,7	0,0	0,0	40,5	1,2	5,2	8,6	
<i>P-Wert</i>	<i>0,028</i>	<i>0,135</i>	<i>0,746</i>	<i>0,031</i>	<i>0,300</i>	<i>0,501</i>	<i>0,577</i>	<i>0,473</i>	<i>0,794</i>	<i>0,565</i>	<i>0,043</i>	<i>0,540</i>	<i>0,524</i>	<i>0,145</i>	
Einkommen															
Höchstes Einkommen (oberste Quintile)	78,8	25,5	0,5	3,8	0,4	0,5	10,8	4,7	0,0	0,3	25,3	3,1	9,2	4,4	
Zweithöchste Einkommensquintile	79,4	25,4	0,5	3,3	0,3	1,5	9,0	4,7	0,0	0,0	28,6	1,9	8,1	6,8	
Mittlere Einkommensquintile	79,7	22,8	0,8	2,7	0,8	0,6	10,0	5,3	0,3	0,1	30,3	3,0	7,2	5,5	
Zweitniedrigste Einkommensquintile	76,7	25,9	1,1	2,6	2,5	1,6	9,4	4,5	0,0	0,0	30,3	1,7	4,6	3,8	
Tiefste Einkommensquintile	83,7	33,8	0,2	3,3	0,5	0,9	6,2	3,9	0,1	0,4	38,2	1,9	6,1	3,3	
<i>P-Wert</i>	<i>0,090</i>	<i>0,001</i>	<i>0,475</i>	<i>0,697</i>	<i>0,002</i>	<i>0,174</i>	<i>0,047</i>	<i>0,844</i>	<i>0,225</i>	<i>0,285</i>	<i><0,001</i>	<i>0,228</i>	<i>0,018</i>	<i>0,074</i>	

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Anhang Tabelle 6.7 Verhütungsmethoden nach sozioökonomischen Gruppen (latent class analysis), Angaben ohne Alterskorrektur

	Pille	Hormon-pflaster	Vaginalring	Implantat	Hormonspritze	Hormonspirale	Kupferspirale	Diaphragma	Frauenkondom	Präservativ	Sterilisation, Frau	Sterilisation, Mann	Natürliche Methoden
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Männer													
Einkommensstarke Schicht	29,6	0,6	2,8	0,8	3,3	10,1	1,1	0,0	0,0	44,3	0,8	3,8	0,0
Bildungselite	21,1	0,4	2,2	0,4	1,0	7,9	4,7	0,0	0,3	35,6	2,4	4,3	2,5
Mittelstand (alle Nationalitäten)	25,3	0,3	2,7	0,6	0,7	5,5	3,6	0,1	0,2	37,1	2,5	7,6	2,3
Untere Mittelschicht, Schweiz	30,5	1,5	3,3	0,2	0,6	5,3	2,2	0,2	0,2	49,0	0,7	2,3	1,0
Untere Mittelschicht, Ausländer	27,4	0,4	2,8	0,3	0,1	7,4	4,0	0,0	0,5	30,8	0,7	1,2	2,0
Prekariat, junge Erwachsene	39,6	0,4	3,0	0,2	0,6	2,7	1,1	0,0	0,3	53,6	1,5	0,8	0,8
Total	27,2	0,5	2,8	0,5	0,7	5,9	3,3	0,1	0,2	39,2	1,9	4,9	1,9
N	960	20	109	21	27	239	122	3	7	1,433	76	252	63
P-Wert	<i>0,000</i>	<i>0,040</i>	<i>0,974</i>	<i>0,603</i>	<i>0,079</i>	<i>0,050</i>	<i>0,077</i>	<i>0,904</i>	<i>0,773</i>	<i>0,000</i>	<i>0,031</i>	<i>0,000</i>	<i>0,312</i>
Frauen													
Einkommensstarke Schicht	18,7	0,0	4,2	0,0	0,0	14,0	6,7	0,0	0,0	19,6	4,2	14,3	4,2
Bildungselite	26,6	0,0	3,6	0,0	0,0	11,4	4,0	0,0	0,4	29,7	2,2	5,5	4,5
Mittelstand (alle Nationalitäten)	23,9	0,7	3,4	0,4	0,8	8,8	5,1	0,1	0,0	30,3	2,2	8,7	6,2
Untere Mittelschicht, Schweiz	32,2	0,8	2,8	2,0	1,6	11,2	4,8	0,1	0,4	29,9	1,7	7,9	3,7
Untere Mittelschicht, Ausländer	22,6	0,5	1,9	2,7	1,3	9,5	3,8	0,2	0,2	25,6	3,6	3,0	2,7
Prekariat, junge Erwachsene	41,7	0,8	3,2	0,4	1,3	3,9	3,2	0,0	0,6	40,9	2,6	2,6	1,5
Total	26,8	0,6	3,1	0,9	1,0	9,2	4,6	0,1	0,2	30,3	2,4	7,2	4,8
N	1,089	19	134	27	39	427	188	4	7	1,218	117	356	178
P-Wert	<i>0,000</i>	<i>0,765</i>	<i>0,651</i>	<i>0,000</i>	<i>0,204</i>	<i>0,004</i>	<i>0,627</i>	<i>0,842</i>	<i>0,138</i>	<i>0,001</i>	<i>0,374</i>	<i>0,000</i>	<i>0,011</i>

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Anhang Tabelle 6.8 Assoziationen verschiedener Bevölkerungssegmente mit Verhütungsmethoden, Odds Ratios und 95% Vertrauensintervalle, multivariable logistische Regressionsmodelle

	Verhütung, alle Methoden	Kombinierte hormonelle Methoden (Pille, Hormonpflaster, Hormonring)	Rein gestagenhaltige Methoden (Hormonspirale, -Spritze, -Stäbchen)	Kupferspirale	Unterbindung (Mann, Frau)	Präservativ	Natürliche Methoden
Männer							
Mittelschicht (Referenz)	1	1	1	1	1	1	1
Einkommensstark	1,18 [0,70; 1,99]	0,89 [0,52; 1,54]	2,4 [1,22; 4,74]	0,31 [0,06; 1,45]	0,51 [0,22; 1,21]	1,14 [0,69; 1,87]	1 -
Bildungselite	0,98 [0,73; 1,31]	0,98 [0,72; 1,35]	1,31 [0,85; 2,03]	1,25 [0,66; 2,34]	0,46 [0,29; 0,71]	1,11 [0,85; 1,45]	1,03 [0,46; 2,32]
Untere Mittelschicht, Schweizer	0,93 [0,69; 1,26]	0,9 [0,69; 1,17]	0,97 [0,60; 1,57]	0,67 [0,33; 1,37]	0,49 [0,28; 0,87]	1,22 [0,94; 1,58]	0,52 [0,15; 1,78]
Prekariat, junge Erwachsene	0,58 [0,40; 0,85]	0,71 [0,50; 1,01]	0,65 [0,31; 1,36]	0,36 [0,10; 1,29]	0,63 [0,24; 1,64]	1,02 [0,74; 1,40]	0,46 [0,11; 2,01]
Untere Mittelschicht, Ausländer	0,51 [0,40; 0,66]	1,02 [0,77; 1,35]	1,19 [0,76; 1,86]	1,14 [0,62; 2,09]	0,19 [0,10; 0,34]	0,7 [0,54; 0,90]	0,91 [0,39; 2,09]
Alter (: +1 Jahr)	0,95 [0,94; 0,97]	0,93 [0,92; 0,94]	1,02 [1,00; 1,04]	1,02 [0,99; 1,04]	1,15 [1,13; 1,17]	0,95 [0,94; 0,96]	1,02 [0,99; 1,07]
Frauen							
Mittelschicht (Referenz)	1	1	1	1	1	1	1
Einkommensstark	0,98 [0,56; 1,71]	0,98 [0,56; 1,73]	1,35 [0,76; 2,41]	1,3 [0,45; 3,75]	1,37 [0,76; 2,47]	0,62 [0,38; 1,02]	0,64 [0,26; 1,60]
Bildungselite	1,11 [0,82; 1,51]	1,55 [1,13; 2,13]	1,09 [0,75; 1,58]	0,76 [0,43; 1,35]	0,56 [0,35; 0,92]	1,09 [0,82; 1,46]	0,69 [0,36; 1,32]
Untere Mittelschicht, Schweizerinnen	1,02 [0,77; 1,35]	0 [0,77; 1,25]	1,73 [1,28; 2,34]	0,98 [0,61; 1,58]	1,13 [0,78; 1,63]	0,82 [0,65; 1,04]	0,62 [0,35; 1,09]
Prekariat, junge Erwachsene	0,85 [0,57; 1,29]	0,94 [0,68; 1,30]	0,67 [0,39; 1,14]	0,67 [0,33; 1,36]	0,74 [0,38; 1,43]	1,08 [0,81; 1,45]	0,26 [0,08; 0,93]
Untere Mittelschicht, Ausländerinnen	0,59 [0,45; 0,78]	0,87 [0,64; 1,18]	1,33 [0,91; 1,95]	0,74 [0,42; 1,32]	0,55 [0,35; 0,87]	0,81 [0,61; 1,06]	0,42 [0,20; 0,88]
Alter (: +1 Jahr)	0,95 [0,94; 0,96]	0,9 [0,89; 0,91]	1,03 [1,02; 1,04]	1,01 [0,99; 1,03]	1,16 [1,14; 1,17]	0,95 [0,94; 0,96]	1,01 [1,00; 1,03]

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Fett gedruckt: Signifikante Assoziation des Einflussfaktors mit der jeweiligen Verhütungsmethode,

Anhang Tabelle 6.9 Verhütungsmethoden nach Lebensstilfaktoren, Frauen, 15–49-jährig, in Prozent

Frauen	Verhütung, alle Methoden	Pille	Hormonpflaster	Vaginalring	Implantat	Hormonspritze	Hormonspirale	Kupferspirale	Diaphragma	Frauenkondom	Präservativ	Sterilisation, Frau	Sterilisation, Mann	Natürliche Methoden	
Rauchen															
Raucht nicht	79,1	25,6	0,3	2,6	0,8	0,9	8,9	4,8	0,1	0,1	30,0	2,3	8,3	4,8	
Raucher*in	80,5	29,5	1,3	4,5	1,1	1,1	9,9	4,4	0,1	0,3	30,8	2,6	4,3	4,6	
<i>P-Wert</i>	<i>0,411</i>	<i>0,034</i>	<i>0,003</i>	<i>0,009</i>	<i>0,410</i>	<i>0,603</i>	<i>0,406</i>	<i>0,657</i>	<i>0,847</i>	<i>0,409</i>	<i>0,678</i>	<i>0,612</i>	<i><0,001</i>	<i>0,846</i>	
Riskanter Alkoholkonsum															
Kein-geringes Risiko	79,4	26,6	0,6	3,0	0,8	0,8	9,1	4,7	0,1	0,2	30,3	2,4	7,4	4,8	
Mittleres-hohes Risiko	81,8	30,9	0,0	5,7	1,8	3,5	12,1	3,2	0,0	0,0	30,2	1,9	1,8	2,6	
<i>P-Wert</i>	<i>0,538</i>	<i>0,290</i>	<i>0,447</i>	<i>0,074</i>	<i>0,290</i>	<i>0,007</i>	<i>0,222</i>	<i>0,416</i>	<i>0,694</i>	<i>0,627</i>	<i>0,991</i>	<i>0,563</i>	<i><0,001</i>	<i>0,275</i>	
Süssgetränke															
Weniger als wöchentlich	78,0	21,3	0,2	2,1	0,8	0,8	9,6	5,3	0,0	0,1	29,7	2,7	9,0	5,7	
Mindestens einmal pro Woche	80,4	30,2	0,8	3,8	0,9	1,1	9,0	4,3	0,1	0,2	30,6	2,2	6,0	4,2	
<i>P-Wert</i>	<i>0,116</i>	<i>0,000</i>	<i>0,021</i>	<i>0,008</i>	<i>0,885</i>	<i>0,427</i>	<i>0,567</i>	<i>0,184</i>	<i>0,433</i>	<i>0,559</i>	<i>0,574</i>	<i>0,301</i>	<i>0,001</i>	<i>0,082</i>	
Fleischkonsum															
Isst Fleisch	79,9	27,6	0,6	3,2	0,7	1,0	9,2	4,6	0,1	0,2	30,0	2,4	7,2	4,7	
Isst kein Fleisch	74,2	15,7	0,2	1,9	2,7	0,3	8,9	5,8	0,3	0,0	34,4	2,5	6,2	5,6	
<i>P-Wert</i>	<i>0,102</i>	<i>0,000</i>	<i>0,335</i>	<i>0,264</i>	<i>0,077</i>	<i>0,162</i>	<i>0,878</i>	<i>0,474</i>	<i>0,155</i>	<i>0,513</i>	<i>0,221</i>	<i>0,883</i>	<i>0,605</i>	<i>0,597</i>	
Ernährung															
Weniger als 5 Portionen Gemüse/Obst täglich	78,9	28,8	0,8	3,3	0,9	0,9	9,1	4,5	0,1	0,1	28,7	2,3	6,3	4,3	
5 Portionen Gemüse & Obst pro Tag	80,9	21,9	0,1	2,9	0,7	1,1	9,5	5,1	0,1	0,4	34,1	2,7	9,4	5,9	
<i>P-Wert</i>	<i>0,245</i>	<i>0,000</i>	<i>0,002</i>	<i>0,584</i>	<i>0,575</i>	<i>0,574</i>	<i>0,722</i>	<i>0,463</i>	<i>0,703</i>	<i>0,043</i>	<i>0,005</i>	<i>0,464</i>	<i>0,002</i>	<i>0,100</i>	
Sport															
Weniger als 150 Min, pro Woche Sport	77,3	24,9	0,9	2,9	0,8	0,9	9,9	4,6	0,1	0,1	28,7	2,8	6,5	4,5	
Sport mind, 150 Minuten pro Woche	82,5	29,3	0,2	3,5	1,0	1,0	8,3	4,7	0,1	0,3	32,5	1,8	8,0	5,1	

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Anhang Tabelle 6.10 Verhütungsmittel und Inanspruchnahme von Komplementärmedizin in den letzten 12 Monate, Frauen, 15-49-jährig

Frauen	Verhütung, alle Methoden	Pille	Hormonpflaster	Vaginalring	Implantat	Hormonspritze	Hormonspirale	Kupferspirale	Diaphragma	Frauenkondom	Präservativ	Sterilisation, Frau	Sterilisation, Mann	Natürliche Methoden
Inanspruchnahme Komplementärmedizin, alle Arten (12 Monate)														
Nein	78,6	29,0	0,5	2,9	0,8	1,0	8,7	4,6%	0,2%	0,2%	28,7%	2,4%	6,2%	4,2%
Ja	81,5	23,8	0,7	3,6	0,9	0,9	10,0	4,7%	0,0%	0,2%	32,7%	2,4%	8,5%	5,6%
<i>P-Wert</i>	<i>0,051</i>	<i>0,002</i>	<i>0,506</i>	<i>0,26</i>	<i>0,84</i>	<i>0,715</i>	<i>0,194</i>	<i>0,863</i>	<i>0,095</i>	<i>0,891</i>	<i>0,02</i>	<i>0,974</i>	<i>0,01</i>	<i>0,101</i>
Heilpraktiker*in (12 Mt)														
Nein	79,2	27,8	0,7	3,0	0,8	1,0	9,1	4,6%	0,1%	0,2%	29,2%	2,4%	6,6%	4,5%
Ja	83,2	20,7	0,2	4,0	1,3	0,5	9,8	4,9%	0,0%	0,0%	36,6%	2,4%	10,8%	6,0%
<i>P-Wert</i>	<i>0,059</i>	<i>0,003</i>	<i>0,186</i>	<i>0,28</i>	<i>0,397</i>	<i>0,254</i>	<i>0,641</i>	<i>0,746</i>	<i>0,42</i>	<i>0,321</i>	<i>0,003</i>	<i>0,967</i>	<i>0,001</i>	<i>0,201</i>
Akupunktur (12 Mt)														
Nein	79,8	27,6	0,6	3,2	0,7	1,0	9,3	4,8%	0,1%	0,2%	29,5%	2,4%	6,9%	4,8%
Ja	78,7	19,0	0,5	3,3	2,7	0,5	8,4	3,1%	0,0%	0,2%	38,4%	1,8%	9,0%	4,5%
<i>P-Wert</i>	<i>0,673</i>	<i>0,004</i>	<i>0,811</i>	<i>0,913</i>	<i>0,016</i>	<i>0,516</i>	<i>0,567</i>	<i>0,198</i>	<i>0,538</i>	<i>0,819</i>	<i>0,005</i>	<i>0,425</i>	<i>0,188</i>	<i>0,8</i>
TCM (12 Mt)														
Nein	79,6	26,8	0,6	3,2	0,8	1,0	9,3	4,7%	0,1%	0,1%	30,3%	2,4%	6,9%	4,9%
Ja	81,4	25,7	1,1	3,4	1,6	0,8	7,8	3,5%	0,0%	1,9%	31,6%	0,7%	13,3%	1,1%
<i>P-Wert</i>	<i>0,619</i>	<i>0,806</i>	<i>0,521</i>	<i>0,847</i>	<i>0,401</i>	<i>0,901</i>	<i>0,539</i>	<i>0,464</i>	<i>0,695</i>	<i>0</i>	<i>0,776</i>	<i>0,074</i>	<i>0,009</i>	<i>0,012</i>
Homöopathie (12 Mt)														
Nein	79,2	27,3	0,5	3,2	0,8	1,0	9,2	4,6%	0,1%	0,1%	29,0%	2,3%	7,1%	4,3%
Ja	83,3	23,5	0,9	2,7	1,0	0,8	9,5	4,8%	0,0%	0,5%	38,4%	2,4%	7,1%	7,5%
<i>P-Wert</i>	<i>0,045</i>	<i>0,093</i>	<i>0,389</i>	<i>0,554</i>	<i>0,703</i>	<i>0,611</i>	<i>0,847</i>	<i>0,857</i>	<i>0,433</i>	<i>0,098</i>	<i>0</i>	<i>0,854</i>	<i>0,996</i>	<i>0,008</i>
Käutermedizin, Pflanzenheilkunde (12 Mt)														
Nein	79,7	27,7	0,6	3,2	0,8	0,9	9,6	4,7%	0,1%	0,2%	29,7%	2,2%	6,8%	4,4%
Ja	79,7	19,1	0,6	3,1	1,2	1,1	6,2	4,3%	0,0%	0,3%	35,3%	3,5%	9,7%	7,8%
<i>P-Wert</i>	<i>0,984</i>	<i>0,001</i>	<i>0,896</i>	<i>0,901</i>	<i>0,608</i>	<i>0,808</i>	<i>0,02</i>	<i>0,698</i>	<i>0,487</i>	<i>0,548</i>	<i>0,034</i>	<i>0,104</i>	<i>0,046</i>	<i>0,006</i>
Shiatsu, Fussreflexzonenmassage (12 Mt)														
Nein	79,5	27,4	0,6	3,1	0,9	0,9	9,0	4,8%	0,1%	0,2%	30,3%	2,2%	7,0%	4,8%
Ja	82,7	18,7	1,1	4,6	0,6	1,1	13,3	3,1%	0,0%	0,3%	31,4%	4,7%	8,5%	4,6%
<i>P-Wert</i>	<i>0,26</i>	<i>0,008</i>	<i>0,528</i>	<i>0,222</i>	<i>0,647</i>	<i>0,875</i>	<i>0,047</i>	<i>0,216</i>	<i>0,603</i>	<i>0,583</i>	<i>0,728</i>	<i>0,026</i>	<i>0,402</i>	<i>0,916</i>
Indische Medizin, Ayurveda (12 Mt)														
Nein	79,7	26,7	0,6	3,1	0,9	1,0	9,3	4,6%	0,1%	0,2%	30,3%	2,3%	7,2%	4,7%
Ja	84,4	35,6	0,0	6,0	0,0	0,0	5,3	11,1%	0,0%	0,0%	30,4%	2,8%	2,0%	7,3%
<i>P-Wert</i>	<i>0,414</i>	<i>0,181</i>	<i>0,618</i>	<i>0,273</i>	<i>0,567</i>	<i>0,482</i>	<i>0,256</i>	<i>0,023</i>	<i>0,8</i>	<i>0,753</i>	<i>0,997</i>	<i>0,742</i>	<i>0,02</i>	<i>0,457</i>
Osteopathie (12 Mt)														
Nein	79,2	26,9	0,7	3,4	1,0	0,9	8,8	4,1%	0,1%	0,2%	30,5%	2,3%	6,8%	4,8%
Ja	82,7	26,3	0,2	1,9	0,1	1,1	11,6	7,7%	0,0%	0,1%	29,1%	2,3%	8,9%	4,4%
<i>P-Wert</i>	<i>0,075</i>	<i>0,798</i>	<i>0,265</i>	<i>0,062</i>	<i>0,031</i>	<i>0,706</i>	<i>0,04</i>	<i>0</i>	<i>0,413</i>	<i>0,774</i>	<i>0,521</i>	<i>0,992</i>	<i>0,099</i>	<i>0,642</i>
Andere komplementärmedizinische Therapien (12 Mt)														
Nein	79,8	27,5	0,7	2,8	0,9	1,0	9,1	4,7%	0,1%	0,2%	30,0%	2,5%	6,6%	4,7%
Ja	80,0	21,5	0,0	6,2	0,4	0,6	10,1	4,6%	0,0%	0,0%	33,9%	1,6%	11,2%	5,8%
<i>P-Wert</i>	<i>0,923</i>	<i>0,018</i>	<i>0,193</i>	<i>0,001</i>	<i>0,168</i>	<i>0,552</i>	<i>0,575</i>	<i>0,905</i>	<i>0,495</i>	<i>0,4</i>	<i>0,147</i>	<i>0,269</i>	<i>0,001</i>	<i>0,42</i>

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021

Anhang Tabelle 6.11 Assoziationen von Gesundheitsverhalten mit Verhütung insgesamt und mit hormoneller Verhütung nach Kontrolle für sozioökonomische Faktoren, Frauen, 15–49-jährig, Odds ratios und 95%-Vertrauensintervalle aus logistischen Regressionsmodellen

Frauen	Verhütung, alle Methoden#	Hormonelle Verhütung insgesamt	Hormonelle Verhütung mit Östrogen (Pille, Pflaster, Ring)	Hormonelle Verhütung ohne Östrogene
5 Portionen Gemüse& Obst pro Tag	1,16	0,78	0,70	1,04
Vertrauensintervall	[0,94; 1,43]	[0,66; 0,93]	[0,57; 0,86]	[0,80; 1,34]
Kein Fleischkonsum	0,66	0,53	0,38	1,27
Vertrauensintervall	[0,44; 0,99]	[0,37; 0,77]	[0,25; 0,57]	[0,73; 2,21]
Gezuckerte Getränke (mind, 1/Woche)	0,93	1,19	1,24	1,04
Vertrauensintervall	[0,77; 1,13]	[1,00; 1,40]	[1,02; 1,50]	[0,82; 1,32]
Raucherin	0,96	1,10	1,00	1,28
Vertrauensintervall	[0,78; 1,20]	[0,92; 1,31]	[0,83; 1,22]	[0,99; 1,65]
Riskanter Alkoholkonsum	0,91	1,28	0,85	2,02
Vertrauensintervall	[0,54; 1,53]	[0,87; 1,88]	[0,56; 1,29]	[1,26; 3,25]
Mehr als 15 Min Sport/Woche	1,28	1,04	1,06	0,94
Vertrauensintervall	[1,05; 1,56]	[0,88; 1,22]	[0,88; 1,27]	[0,74; 1,20]
Komplementärmedizin (12 Monate)	1,16	0,95	0,89	1,11
Vertrauensintervall	[0,95; 1,40]	[0,81; 1,11]	[0,75; 1,07]	[0,87; 1,42]

Logistische Regressionsmodelle separat für Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsvariablen und Inanspruchnahme von Komplementärmedizin in den letzten 12 Monaten, Die Modelle wurden korrigiert für Alter, Zivilstand, Nationalität, Bildungsstand und Einkommen

Fett gedruckt: Signifikante Assoziation des Einflussfaktors mit der jeweiligen Verhütungsmethode

Quelle: BFS – Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2017

© Obsan 2021



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali 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.