

Inhalt

| | |
|---|----|
| Titelseite..... | 2 |
| Abstract..... | 4 |
| 1. Einleitung | 5 |
| 2. Methode und Studienpopulation | 5 |
| 3. Ergebnisse | 7 |
| 3.1 Schwangerschaftsverhütung bei Frauen mit geistiger Behinderung | 7 |
| 3.2 Welche Mittel werden bei Frauen mit geistiger Behinderung angewandt?..... | 7 |
| 3.3 Sind Frauen mit geistiger Behinderung über die Gabe der Verhütungsmittel informiert?..... | 9 |
| 3.4 Schwangerschaftsverhütung bei sexuell nicht aktiven Frauen? | 9 |
| 3.5 Verordnung der schwangerschaftsverhütenden Mittel | 9 |
| 3.6 Probleme bei der Anwendung schwangerschaftsverhütender Methoden | 10 |
| 3.7 Schwangerschaftsverhütung bei Männern mit geistiger Behinderung | 12 |
| 4. Diskussion | 12 |
| 4.1 Anwendung von Schwangerschaftsverhütungsmitteln?..... | 13 |
| 4.2 Art des angewandten Verhütungsmittels bei Frauen mit geistiger Behinderung..... | 14 |
| 4.3 Verhütung bei sexuell nicht aktiven Frauen | 16 |
| 4.4 Informiertheit über Verhütung und Verordnung | 17 |
| 4.5 Anwendungsprobleme und Nebenwirkungen | 18 |
| 4.6 Schwangerschaftsverhütung bei Männern mit geistiger Behinderung | 19 |
| 4.7 Limitationen der Studie..... | 20 |
| 5. Schlussfolgerung..... | 20 |
| Literatur | 21 |

Titelseite

Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht ihrer Betreuungskräfte

Pregnancy Prevention in people with intellectual disabilities from the perspective of their caregivers

Autorin

Lotte Habermann-Horstmeier¹

2

Korrespondenz-Adresse

Dr. med. L. Habermann-Horstmeier, MPH
Leiterin des
Villingen Institute of Public Health (VIPH)
Klosterring 5
D 78050 Villingen-Schwenningen
Tel.: +49 7721 994813
Fax: +49 7721 2069971
E-Mail: Habermann-Horstmeier@viph-public-health.de

¹ Villingen Institute of Public Health (VIPH)

Bei dem vorliegenden Text handelt es sich um eine Veröffentlichung des *Villingen Institutes of Public Health*.

Der Text kann gerne an Interessenten aus der praktischen Behindertenarbeit, aus Wissenschaft und Forschung, aus Verbänden, Politik etc. weitergegeben werden.

Zitierweise:

Habermann-Horstmeier L. Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung aus Sicht ihrer Betreuungskräfte. Villingen Institute of Public Health (VIPH). Veröffentlicht am 01.07.2020; DOI: 10.13140/RG.2.2.14737.45924

Abstract

Bislang gibt es in Deutschland kaum epidemiologische Studien zur Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung, die auch schwerere Behinderungsformen miteinschließen.

Im Rahmen dieser bundesweit durchgeführten Studie wurden 245 Betreuungskräfte aus verschiedensten Wohn- und Betreuungseinrichtungen für Menschen mit leichter, mittlerer und schwerer geistiger Behinderung sowie Schwerstmehrfachbehinderung hierzu befragt. Die mit EpiData und STATA bearbeiteten, anonymisierten Daten wurden hauptsächlich uni- und bivariaten Analysen sowie Regressionsanalysen unterzogen.

83,7 % der Probanden gaben an, dass zumindest einige der von ihnen betreuten Frauen regelmäßig Verhütungsmittel wie „Pille“ und Dreimonatsspritze nutzen. 26,5 % sagten, dass einige von ihnen betreute Männer Kondome anwenden. Knapp 70 % der Probanden meinen, dass die betroffenen Frauen - auch Frauen mit schwerer geistiger Behinderung! - über die Einnahme der Verhütungsmittel informiert sind. Nach Angaben von 70,6 % der Probanden nutzen zumindest einige der Frauen Verhütungsmittel, obwohl sie nicht sexuell aktiv sind. Die Verordnung erfolgt hauptsächlich durch die behandelnden Gynäkologen in Rücksprache mit den Angehörigen und/oder Betreuern. Nur 22,1 % der Betreuer sahen die mit der Anwendung von Verhütungsmitteln einhergehenden Anwendungsprobleme sowie Neben- und Wechselwirkungen als Probleme an.

In Zukunft könnten weitere epidemiologische Studien noch detailliertere Daten in diesem Themenbereich gewinnen. Zudem sollten Schulungen für Gynäkolog/-innen entwickelt und einfach umzusetzende Handreichungen erarbeitet werden, wie Frauen mit einer leichteren geistigen Behinderung beim Thema Schwangerschaftsverhütung noch besser in den Gesamtprozess der Planung und Umsetzung miteinbezogen werden können. Es fehlt eine öffentliche Diskussion darüber, ob die zahlreichen nicht sexuell aktiven Frauen mit geistiger Behinderung, die hormonell verhüten, auch weiterhin alleine die damit einhergehenden Risiken tragen sollen.

Schlüsselwörter:

Geistige Behinderung, Schwangerschaftsverhütung, Verhütungsmittel, Hormonelle Kontrazeption, Betreuungskräfte, stationäre Behindertenhilfe

1. Einleitung²

Menschen mit geistiger Behinderung (MmGB) bilden eine ausgesprochen heterogene Gruppe, die sich - je nach dem Grad der Behinderung, einer potenziellen Komorbidität und der jeweiligen Lebenswelt - durch sehr unterschiedliche Bedürfnisse und Fähigkeiten auszeichnet [1, 2]. Insbesondere der Grad der geistigen, d.h. der intellektuellen und der sozio-emotionalen Behinderung sowie das jeweilige Setting, in dem Menschen mit geistiger Behinderung leben, haben auch einen erheblichen Einfluss auf die von ihnen gelebte Sexualität. Dabei ist das Thema „Schwangerschaftsverhütung“ meist schon sehr frühzeitig ein zentrales Thema. Wie bei nichtbehinderten Menschen wird dies auch bei Menschen mit geistiger Behinderung noch immer überwiegend als „Frauensache“ betrachtet, über die die jeweiligen Frauen mit geistiger Behinderung jedoch nicht alleine entscheiden. Die dabei handelnden Akteure sind in der Regel nicht nur an einer möglichst sicheren Form der Verhütung interessiert, sondern haben oft auch noch andere Aspekte im Blick. Da es hierzulande bislang kaum Untersuchung zu diesem Themenbereich gibt und insbesondere die Menschen mit einer schwereren Form der geistigen Behinderung hierüber selbst meist keine Auskunft geben können, haben wir im Rahmen der Studie „Geschlechtlichkeit bei Menschen mit geistiger Behinderung – Die Sicht der Betreuungskräfte“ (GMGB-Studie) an die Probanden auch einige Fragen zum Thema Schwangerschaftsverhütung gestellt.

2. Methode und Studienpopulation

Dieser Veröffentlichung liegen die Daten der von Mai bis Dezember 2019 durchgeführten GMGB-Studie³ zugrunde. Hierzu wurden 1536 Leitungskräfte bzw. Wohngruppen von privaten, kirchlichen und staatlichen Behinderteneinrichtungen per E-Mail angeschrieben und gebeten, einen neu entwickelten Fragebogen zur Geschlechtlichkeit von Menschen mit geistiger Behinderung auszufüllen und an ihre Mitarbeiter weiterzugeben. An der Studie nahmen schließlich 245 Betreuungskräfte aus allen 16 Bundesländern teil. Die 58 überwiegend geschlossenen Fragen beschäftigten sich außer mit dem Thema Schwangerschaftsverhütung (SSV) auch mit den Bereichen Partnerschaft, sexuelle Aktivität, sexuelle Gewalt, Menstruation, Monatshygiene und gynäkologische Untersuchung sowie dem Wissen, den Einschätzungen und den Meinungen der Betreuungskräfte zu den genannten Themen. Die anonymisierten Daten wurden mit EpiData erfasst und mit STATA ausgewertet.

² Im folgenden Text wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit und zur Verkürzung des Textes die männliche Form verwendet. Selbstverständlich sind damit jeweils Frauen und Männer gleichermaßen gemeint, dies gilt insbesondere, da in der Behindertenbetreuung überwiegend Frauen tätig sind.

³ Die Studie wurde im April 2019 der *Ethikkommission* der Steinbeis+Akademie der Steinbeis Hochschule Holding GmbH vorgestellt - der das Villingen Institute of Public Health zu dieser Zeit noch angehörte -, die der Durchführung ohne Einschränkungen zustimmte.

Neben uni- und bivariaten Analysen wurden Signifikanztests (χ^2 -Test, Exakter Fisher-Test) und ggf. Regressionsanalysen durchgeführt.

Bei der *Studienpopulation* der GMGB-Studie handelt es sich um 245 Betreuungskräfte aus kirchlichen (57,1 %), privaten (38,8 %) und staatliche Behinderteneinrichtungen (3,3 %). Sie arbeiteten überwiegend in Wohnheimen (mit interner Tagesstruktur; 54,3 %), aber auch in Wohnstätten (ohne Tagesstruktur; 9,8 %), in Außen-Wohngruppen (WGs) bzw. betreutem Wohnen (15,5 %) und anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe (ambulant betreutes Einzelwohnen, Werkstätten für behinderte Menschen, Tagesförderstätten bzw. in mehreren Einrichtungsarten; 18,4 %). Dort betreuten sie Menschen mit leichter (7,4 %), mittlerer/schwerer (16,7 %) und unterschiedlicher geistiger Behinderung (67,8 %) sowie Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung (5,3 %) und mit vorwiegend psychischer Behinderung (2,0 %). Abb. 1 zeigt, dass die Betreuer schwerstmehrfachbehinderter Menschen überwiegend in Wohnheimen/Wohnstätten arbeiten, während die Betreuer von Menschen mit leichter geistiger Behinderung fast ausschließlich ambulant tätig sind.

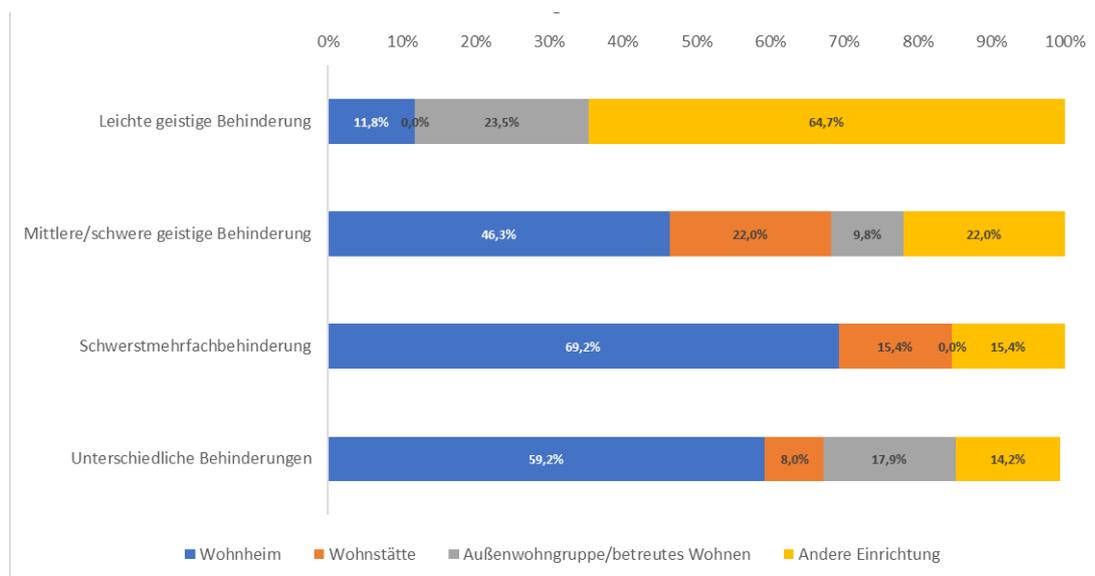


Abb. 1 Art der Einrichtung, in der die befragten Betreuungskräfte arbeiten, und Art der Behinderung der dort lebenden Bewohner/-innen [n = 245]

Eine Mehrheit der Studienteilnehmer (75,9 %) waren Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 41,2 Jahren [STAB \pm 12,3 J.; Min. 19 J.; Max. 63 J.; Median: 41 J.]. Die männlichen Probanden waren im Durchschnitt etwas älter als ihre Kolleginnen (♂ : Ø 42,5 J.; ♀ : Ø 40,8 J.). Die größte Gruppe bildeten Fachkräfte (z.B. Heilerziehungspflegekräfte, Krankenpflegekräfte, Altenpflegekräfte; 40,0 %), gefolgt von Leitungskräften (ab Gruppenleitung aufwärts; 33,9 %). Es nahmen nur wenige Auszubildende (3,7 %) an der Studie teil. Insgesamt 21,2 % der

Probanden gaben eine andere Funktion an (z.B. Wohnverbundleitung, psychologische oder sozialpädagogische Fachkraft, Arbeitserzieher, Fachdienst Pflege, Sozialarbeiter, Sexualpädagoge, Autismusfachkraft, Praktikant, Werkstudent etc.).

3. Ergebnisse

An dieser Stelle soll noch einmal betont werden, dass es sich hier um die Ergebnisse einer – v.a. deskriptiven - Auswertung eines Fragebogens handelt, der Betreuungskräfte im Behindertenbereich u.a. nach ihrer persönlichen beruflichen Erfahrung und ihrem Wissen hinsichtlich der Schwangerschaftsverhütung bei den von ihnen betreuten Menschen mit geistiger Behinderung fragt. Es handelt sich also nicht um eine statistische Erhebung des gegenwärtigen Ist-Zustandes zu Art und Umfang der Schwangerschaftsverhütung. Die Ergebnisse spiegeln immer auch die Sicht bzw. das Wissen der befragten Betreuer wider. Die Studien-Ergebnisse zum Thema Sterilisation werden in einer gesonderten Abhandlung veröffentlicht.

3.1 Schwangerschaftsverhütung bei Frauen mit geistiger Behinderung

Insgesamt 83,7 % der Betreuer gaben an, dass zumindest einige von ihnen betreute Frauen regelmäßig Verhütungsmittel wie „Pille“, Hormonstäbchen, Spirale etc. anwenden. Nur wenige wussten darüber nicht Bescheid (1,6 %; nur Männer) oder machten hierzu keine Angabe (1,6 %). Unter den Betreuern in Wohnheimen gab es die meisten Probanden, die angaben, dass keine schwangerschaftsverhütenden Methoden genutzt werden (15,8 %), im Bereich Außen-WGs/betreutes Wohnen die wenigsten (5,3 %). Betreuungskräfte aus kirchlichen und privaten Einrichtungen unterschieden sich hier nicht in ihren Antworten. Betreuer schwerstmehrfachbehinderter Menschen gaben deutlich häufiger an, dass diese keine Verhütungsmittel nutzen, als Betreuer von Menschen mit leichter geistiger Behinderung (Pearson: $p = 0,002$; Fisher's exact: $p = 0,028$; keine Angabe: 1,6 %).

7

3.2 Welche Mittel werden bei Frauen mit geistiger Behinderung angewandt?

Die betreuten Frauen nutzten überwiegend hormonelle Kontrazeptiva, und zwar v.a. die Antibabypille (68,2 % der Probanden) und die Dreimonatsspritze (58,4 %; s. Abb. 2). Dass keine Verhütungsmittel genutzt wurden, kreuzten 12,7 % der Betreuer an. 4,1 % der Probanden betreuten nur Männer (Keine Angabe: 2,0 %).

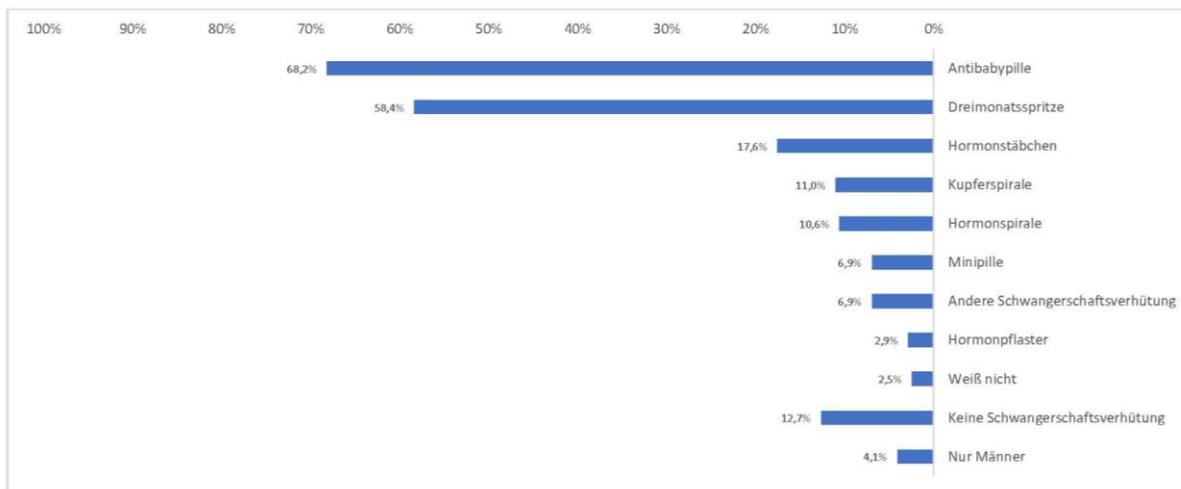


Abb. 2 Welche schwangerschaftsverhütenden Mittel werden bei den von Ihnen betreuten Frauen mit geistiger Behinderung eingesetzt? [n = 245] Angaben in Prozent; Mehrfachangaben waren möglich.

83,3 % der Betreuer von Menschen mit *leichter geistiger Behinderung* gaben an, dass zumindest einige der von ihnen betreuten Frauen die „Pille“ nutzen. Bei Frauen mit leichter geistiger Behinderung war das Spektrum der angewandten Verhütungsmethoden deutlich breiter als bei Frauen mit mittlerer oder schwerer geistiger Behinderung bzw. Schwerstmehrfachbehinderung. Sie nutzten zudem die Dreimonatsspritze (72,2 % der Betreuer von Menschen mit *leichter geistiger Behinderung* gaben dies an), Hormonstäbchen (33,3 %), Hormonspirale (33,3 %), Kupferspirale (22,2 %), Hormonpflaster (5,6 %) und andere Methoden (v.a. Kondom, aber auch Kupferkette, Vaginalring, „Pille danach“ und Sterilisation; 16,7 %; keine Angabe: 2,0 %). Betreuer von Menschen mit *mittlerer und/oder schwerer geistiger Behinderung* nannten ebenfalls die „Pille“ am häufigsten (82,9 %), gefolgt von Dreimonatsspritze (68,3 %) und Minipille (14,6 %). Andere SSV-Mittel wurden deutlich seltener genannt. Knapp 40 % der Betreuer von Menschen mit *schwerer Mehrfachbehinderung* kreuzten an, dass einige/alle der von ihnen betreuten Frauen keine SSV-Mittel nutzten. Am häufigsten wurde hier die Dreimonatsspritze genannt (38,5 %), gefolgt von der „Pille“ (23,1 %) und der Sterilisation (15,4 %). Weitere Methoden wurden nicht angekreuzt.

Betreuungskräfte aus kirchlichen Einrichtungen nannten „Pille“ (67,9 % vs. 71,6 %) und Dreimonatsspritze (57,1 % vs. 61,1 %) etwas seltener als ihre Kollegen aus privaten Einrichtungen, kreuzten jedoch Hormonstäbchen deutlich häufiger an (23,6 % vs. 9,5 %). Beim Einsatz der Kupferspirale gibt es interessanterweise kaum einen Unterschied zwischen den Angaben der Probanden aus kirchlichen und privaten Einrichtungen (10,7 % vs. 11,6 %). Hormonspirale (7,9 % vs. 15,8 %) und Minipille (5,0 % vs. 11,5 %) wurden häufiger von

Betreuern aus privaten Einrichtungen genannt (keine Angabe: 2,0 %). Die Dreimonatsspritze kreuzten mehr Betreuer aus Wohnstätten (70,8 %) und Wohnheimen (56,4 %) an als Betreuungskräfte im Außendienst an (50,0 %).

Im Durchschnitt gaben die Betreuungskräfte 1,85 Verhütungsmittel an (STAB \pm 1,25; Median: 2; Min: 0; Max: 7). Betreuer von Menschen mit leichter geistiger Behinderung nannten allerdings durchschnittlich 2,8 Verhütungsmittel, während Betreuer von Menschen mit mittlerer/schwerer geistiger Behinderung (\bar{x} 2,0) bzw. Schwerstmehrfachbehinderung (\bar{x} 0,8) deutlich weniger Verhütungsmittel ankreuzten (Pearson: $p = 0,017$; Fisher's exact: $p = 0,003$).

3.3 Sind Frauen mit geistiger Behinderung über die Gabe der Verhütungsmittel informiert?

Knapp 70 % der Betreuer gaben an, dass zumindest einige der von ihnen betreuten Bewohnerinnen darüber informiert seien, dass bei ihnen SSV-Mittel eingesetzt werden. 21,6 % sagten, dass einige/alle hierüber nicht informiert seien, da sie dies aufgrund ihrer kognitiven Einschränkungen nicht verstehen könnten, und 4,5 % obwohl sie dies verstehen könnten. Erwartungsgemäß kreuzten Betreuer von Menschen mit leichter geistiger Behinderung am häufigsten an, dass diese über die Anwendung der SSV-Mittel informiert sind (83,3 %; keine Angabe: 1,2 %). Bei dieser Aussage gab es keinen Unterschied zwischen kirchlichen und privaten Einrichtungen.

3.4 Schwangerschaftsverhütung bei sexuell nicht aktiven Frauen?

70,6 % der Betreuer gaben an, dass zumindest einige der von ihnen betreuten Frauen Verhütungsmittel nutzen, obwohl sie derzeit nicht sexuell aktiv sind. Es gab hierbei keinen Unterschied zwischen kirchlichen und privaten Einrichtungen. Betreuungskräfte im ambulanten Dienst (79,0%) und Betreuer von Menschen mit leichter geistiger Behinderung (83,3 %) kreuzten diese Antwort etwas häufiger an, am seltensten Betreuer von Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderung (46,2%; keine Angabe: 1,6 %).

3.5 Verordnung der schwangerschaftsverhütenden Mittel

An der Entscheidung darüber, ob SSV-Methoden bei einer Frau mit geistiger Behinderung angewandt werden sollen, sind in erster Linie die Eltern (bzw. gesetzlichen Betreuer; 71,4 % der Probanden gaben dies an), der/die behandelnde Gynäkolog/-in (62,9 %), die betroffene

Frau mit geistiger Behinderung (60,0 %) sowie die zuständige Betreuungskraft in der Einrichtung, in der die Frau lebt (46,5 %), beteiligt. Hausarzt (13,9 %), Einrichtungsleitung (7,4 %) und andere Personen wie der Partner der Frau (2,0 %) wurden nur selten angekreuzt. Dass die Frauen mit geistiger Behinderung in die Entscheidung miteinbezogen werden, gaben v.a. Betreuer von Menschen mit leichter geistiger Behinderung an (83,3 %) und nur selten solche, die mit schwerstmehrfachbehinderten Menschen arbeiten (7,7 %; Pearson: $p \leq 0,000$; Fisher's exact: $p \leq 0,000$). Betreuer von Menschen mit leichter geistiger Behinderung berichteten auch häufiger, dass bei der Verordnung von Verhütungsmitteln der Hausarzt eine Rolle spielt (22,2 %; keine Angabe: 4,9 %; Pearson: $p = 0,002$; Fisher's exact: $p = 0,021$).

3.6 Probleme bei der Anwendung schwangerschaftsverhütender Methoden

Nur 22,1 % der Probanden war bekannt, dass es Probleme bei der Anwendung der Verhütungsmittel durch die von ihnen betreuten Frauen gibt. Einige (13,9 %; davon ♂: 17,9 %, ♀: 12,9 %) wussten hierüber nicht Bescheid und 50,6 % verneinten dies. Betreuungskräfte aus kirchlichen Einrichtungen kreuzten etwas häufiger an, dass es Probleme gibt, als ihre Kollegen aus privaten Einrichtungen (24,3 % vs. 19,0 %; keine Angabe: 4,1 %). Zudem zeigen sich deutliche Unterschiede in Abhängigkeit vom Grad der geistigen Behinderung der jeweils betreuten Menschen (leichte geistige Behinderung: 38,9 %; Schwerstmehrfachbehinderung: 0,0 %; keine Angabe: 4,1 %) und der Art der Einrichtung, in der die Probanden tätig sind (Außen-WGs/betreutes Wohnen: 31,6 %; Wohnstätte: 20,8 %, Wohnheim: 15,8 %; keine Angabe: 4,1 %).

Die befragten Betreuer gaben im Durchschnitt 1 Problem an (Min: 0; Max: 5). Als häufigstes Problem wurde die Gewichtszunahme genannt (24,1 %; Abb. 3). Hierbei gab es einen hochsignifikanten Zusammenhang zwischen der Gewichtszunahme und der angekreuzten Anwendung von „Pille“, Dreimonatsspritze, Hormonstäbchen, Hormonpflaster, Hormonspirale und Minipille (Pearson: $p \leq 0,000$ bis $0,003$; Fisher's exact: $p \leq 0,000$ bis $0,011$). Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen dem Grad der geistigen Behinderung und der beobachteten Gewichtszunahme bei der Nutzung hormoneller Kontrazeptiva (z.B. Dreimonatsspritze, „Pille“, Hormonspirale).

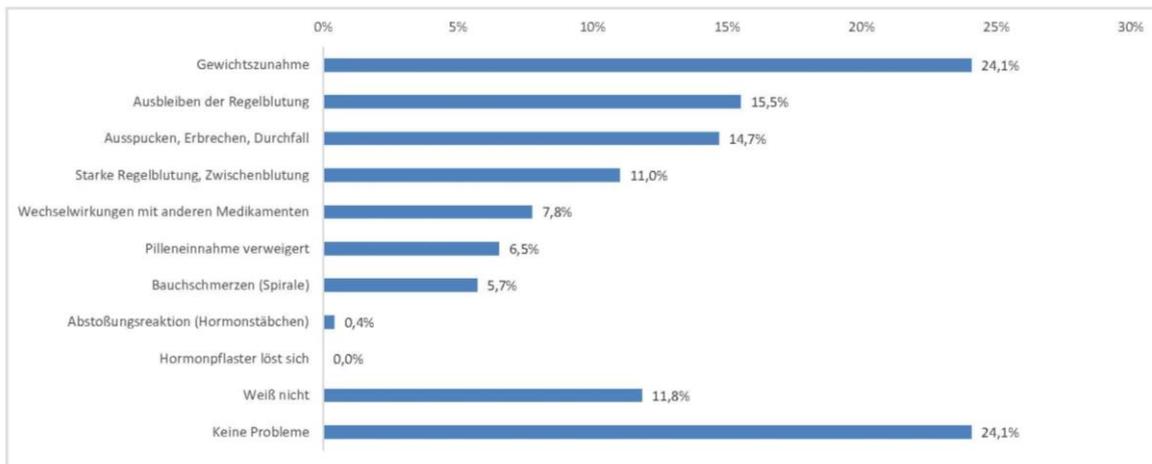


Abb. 3 Welche Probleme treten bei der Anwendung der verwendeten schwangerschaftsverhütenden Methoden immer wieder einmal oder regelmäßig auf? [n = 245] Angaben in Prozent; Mehrfachangaben waren möglich.

Weitere Probleme waren das Ausbleiben der Regelblutung (15,5 %), die Unwirksamkeit der „Pille“ durch Ausspucken, Erbrechen, Durchfall (14,7 %) und eine zu starke Regelblutung bzw. Zwischenblutungen (11,0 %). Letzteres sowie das Ausbleiben der Regelblutung gaben überwiegend Probanden an, deren Bewohnerinnen die „Pille“ und die Dreimonatsspritze angekreuzt hatten. Von den 37 Betreuungskräften, die Hormonstäbchen angekreuzt hatten, gab eine (2,7 %) an, dass es zu einer Abstoßungsreaktion gekommen war. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten (z.B. Antiepileptika) nannten nur 7,7 % der Probanden. Auch hier waren es v.a. diejenigen, deren Bewohnerinnen hormonelle SSV-Mittel nutzen. Insgesamt 22,2 % der Betreuer von Bewohnerinnen mit leichter geistiger Behinderung gaben an, dass zumindest einige Frauen die Pilleneinnahme verweigern.

Bemerkenswerterweise gab es einen deutlichen Unterschied zwischen der grundsätzlichen Frage, ob es hierbei Probleme gibt (24,1 %) und der Frage, welche Probleme das sind (50,6 %), hinsichtlich der bei beiden Fragen möglichen Antwort: „Nein, es treten keine Probleme auf.“ Etwa die Hälfte der Probanden, die zuvor angekreuzt hatten, dass es hierbei keine Probleme gibt, kreuzten nun doch folgende Probleme an: Ausbleiben der Regelblutung 44,7 %, Gewichtszunahme 42,4 %, zu starke Regelblutung/Zwischenblutungen 37,0 %, Ausspucken der „Pille“/Erbrechen/Durchfall 30,6 %, Bauchschmerzen 28,6 %, Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten 26,3 %.

3.7 Schwangerschaftsverhütung bei Männern mit geistiger Behinderung

Gut ein Viertel der Betreuer (26,5 %; Abb. 4) gaben an, dass „ihre“ Bewohner zumindest gelegentlich Kondome als SSV-Methode anwenden. Knapp ein Viertel der Probanden (24,1 %) wussten nicht, ob die Männer Kondome nutzen. Am häufigsten berichteten Betreuer von Menschen mit leichter geistiger Behinderung davon (38,9 %). Gleichzeitig ist bei diesen jedoch auch der Anteil am höchsten, der nicht wusste, ob die betreuten Männer Kondome anwenden (44,4 %). Kein Betreuer von schwerstmehrfachbehinderten Menschen kreuzte die Kondomnutzung an. Bei den Betreuern von Menschen mit mittlerer/schwerer geistiger Behinderung waren es immerhin 29,3 % (Pearson: $p = 0,004$; Fisher's exact: $p = 0,004$). Entsprechend gaben Betreuer in Außen-WGs/betreutem Wohnen deutlich häufiger eine Kondomnutzung an (39,5 %) als die in Wohnheimen Tätigen (15,9 %; Pearson: $p = 0,005$; Fisher's exact: $p = 0,002$).

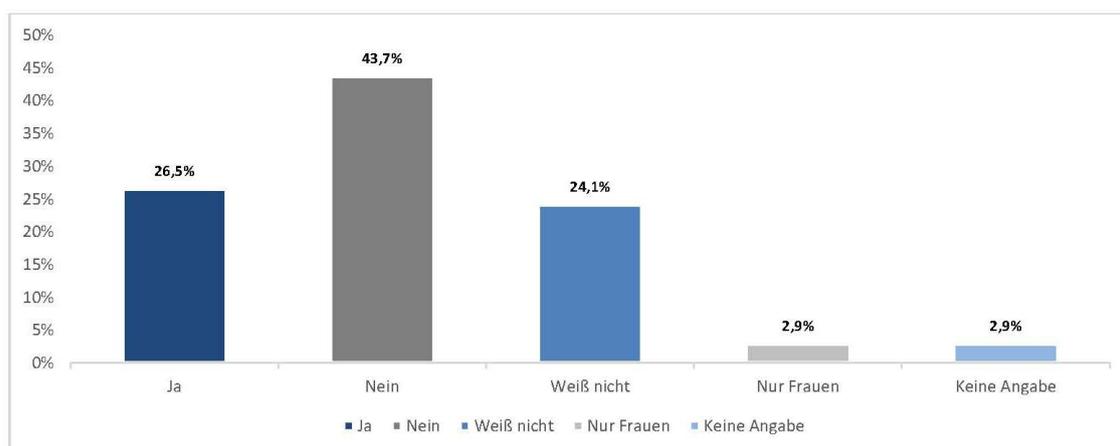


Abb. 4 Gibt es unter den von Ihnen betreuten Männern mit Behinderung Personen, die regelmäßig oder gelegentlich Kondome als schwangerschaftsverhütende Methode anwenden? [n = 245] Angaben in Prozent.

4. Diskussion

Nach einer 2010/11 in Deutschland durchgeführten, repräsentativen Studie haben 37 % der in Einrichtungen lebenden Frauen mit geistiger Behinderung sexuelle Erfahrungen [3]. Bei dieser Angabe ist jedoch zu berücksichtigen, dass nur Frauen befragt wurden, die in der Lage waren, die an sie gestellten Fragen zu verstehen und zu beantworten. Somit wurde ein Großteil der Frauen mit mittlerer/schwerer geistiger Behinderung nicht in die Studie einbezogen. Zudem wurde nicht erläutert, was genau mit sexueller Erfahrung gemeint war. Nach *pro familia* haben

jedoch „sehr viel weniger Menschen mit geistiger Behinderung als allgemein angenommen [...] Genitalsex. Es wird geschätzt, dass etwa zehn bis 15 Prozent der Menschen mit geistiger Behinderung in der Lage sind, den Beischlaf wirklich durchzuführen und das auch tun.“ [4]. In der folgenden Diskussion ist zudem zu berücksichtigen, dass der Begriff „geistigen Behinderung“ in den zitierten Studien unterschiedlich definiert sein kann. Meist wurde nicht zwischen verschiedenen Behinderungsgraden differenziert. Zudem wurden Menschen mit einer mittleren oder schwereren Form der geistigen Behinderung oft aufgrund von Kommunikationsproblemen überhaupt nicht berücksichtigt. Der Grad der intellektuellen und sozio-emotionalen Beeinträchtigung kann sich jedoch erheblich auf die sexuelle Aktivität sowie die Anwendung von Methoden der Schwangerschaftsverhütung auswirken. Darüber hinaus können Art und Umfang der Nutzung von Verhütungsmethoden aufgrund unterschiedlicher gesellschaftlicher Hintergründe von Land zu Land verschieden sein.

4.1 Anwendung von Schwangerschaftsverhütungsmitteln?

In Deutschland verwenden derzeit mehr als 70 % der sexuell aktiven Bevölkerung zwischen 18 und 49 Jahren bei sexuellen Kontakten ein Verhütungsmittel. Dabei ist der Anteil der nicht Verhütenden bei den Frauen etwas niedriger. Der Hauptgrund hierfür ist, dass bei jüngeren Frauen oft Kinderwunsch besteht oder eine Schwangerschaft vorliegt [5]. Nach Schröttle et al. gaben 51 % der in Einrichtungen lebenden Frauen mit geistiger Behinderung an, aktuell oder früher Kontrazeptiva erhalten zu haben, 35 % hatten nie Verhütungsmittel erhalten, 15 % wussten das nicht oder machten keine Angabe [3]. Auch eine niederländische Studie berichtete, dass 48 % der dort befragten Frauen in Behinderteneinrichtungen verhüteten [6], während nach einer etwas älteren belgischen Studie 40,8 % der Frauen mit geistiger Behinderung keine Verhütungsmethode nutzten [7]. Hieraus lässt sich ableiten, dass eine Reihe von betroffenen Frauen Verhütungsmittel nutzt, obwohl sie keinen Genitalsex praktizieren. Insgesamt stimmen die zitierten Ergebnisse jedoch auch mit einer US-Studie überein, nach der Frauen mit kognitiven Einschränkungen etwas seltener Verhütungsmittel anwenden als Frauen ohne Behinderung [8]. Auch die GMGB-Daten zeigen, dass viele der von den Probanden betreuten Menschen mit geistiger Behinderung verhüten. Im Bereich der Außen-WGs bzw. dem betreuten Wohnen sind es mit knapp 90 % noch etwas mehr Betreuungskräfte, die dies angeben, als im stationären Bereich. Nur 13,1 % verneinten, dass zumindest einige Frauen verhüten. Dies ist erstaunlich, da die befragten Betreuungskräfte ja überwiegend Frauen *und* Männer betreuten und Männer mit geistiger Behinderung deutlich seltener verhüten (s. u.). Zudem steigt der Anteil der älteren Menschen mit geistiger Behinderung (und damit auch der Anteil der Frauen nach der Menopause sowie der nicht mehr sexuell aktiven Männer und Frauen) in den Einrichtungen derzeit stark an. Dass ambulant

betreute Frauen noch häufiger Verhütungsmittel nutzen als Frauen in stationären Einrichtungen, kann daran liegen, dass es für sie einfacher ist, ein eigenständiges Sexualleben zu führen, dass es hier aber auch leichter zu ungewollten Sexualkontakten und zu sexueller Gewalt kommen kann [9].

4.2 Art des angewandten Verhütungsmittels bei Frauen mit geistiger Behinderung

Die überwiegende Mehrzahl der sexuell aktiven Bevölkerung in Deutschland zwischen 18 und 49 Jahren verwendet zur Schwangerschaftsverhütung die „Pille“ (47 %) und/oder das Kondom (46 %). Der Anteil der Frauen, die das Kondom als alleinige oder zusätzliche Methode nutzen, ist in den letzten Jahren angestiegen. Die Spirale nutzen 10 %, die Sterilisation wurde von 3 % (♂) bzw. 2 % (♀), die Kalender- und die Temperaturmethode von 3 bzw. 2 %, der Vaginalring/Nuvaring von 2 % und die Dreimonatsspritze von 1 % genannt [5]. Schröttle et al. berichten, dass ein hoher Prozentsatz⁴ der befragten Frauen in Behinderteneinrichtungen die Dreimonatsspritze nutzte. Zudem wurden andere hormonelle Kontrazeptiva genannt. 18 % der Frauen waren sterilisiert [3]. In den Niederlanden verhüten 78 % der Frauen mit geistiger Behinderung mit pharmakologischen Methoden, 23 % sind sterilisiert, 2 % nutzen beides [6]. Bei Servais et al. waren 37,4 % der verhütenden Frauen sterilisiert, 31,1 % der Frauen nutzen orale Kontrazeptiva, 29,8 % die Dreimonatsspritze und nur 1,7 % die Spirale (IUP)⁵ [7]. Auch die GMGB-Ergebnisse zeigen, dass neben der „Pille“ (68,2 %) die Dreimonatsspritze (58,4 %) mit Abstand am häufigsten von den Betreuern als diejenigen Mittel genannt wurden, die die von ihnen betreuten Frauen mit geistiger Behinderung aller Behinderungsgrade nutzen. Andere Verhütungsmethoden wurden deutlich seltener angekreuzt.

Für die meisten Angehörigen der betroffenen Frauen und ihre Betreuungskräfte ist die Verhütung einer ungewollten Schwangerschaft ein zentrales Thema, und zwar nicht nur dann, wenn bekannt ist, dass die betroffenen Frauen sexuell aktiv sind. Oftmals ist nicht klar, in welchem Umfang Sexualität von ihnen gelebt wird. Zudem kommt sexuelle Gewalt bei Frauen mit geistiger Behinderung⁶ deutlich häufiger vor als in der Durchschnittsbevölkerung⁷. Angehörige und Einrichtungen befürchten also nicht zu Unrecht, dass es zu sexuellen Übergriffen und in der Folge dann auch zu einer ungewollten Schwangerschaft kommen kann

⁴ Sowohl in der Kurz- als in der Langfassung der Veröffentlichung wird hier keine Zahl genannt.

⁵ Von den insgesamt 397 Probandinnen wandten 40,8 % keine Verhütungsmethode an, 22,2 % waren sterilisiert, 18,4 % nutzten die „Pille“, 17,6 % ein Depotpräparat und 1 % IUPs.

⁶ Nach Schröttle [21] haben 21 % der Frauen mit intellektuellen Einschränkungen sexuelle Gewalthandlungen erlebt, 49 % waren von sexueller Belästigung betroffen.

⁷ Nach Schröttle und Müller [22] gaben in einer für die Bundesrepublik Deutschland repräsentativen Befragung 12,8 % der Frauen an, dass sie seit ihrem 16. Lebensjahr mindestens einmal von sexueller Gewalt (Vergewaltigung, versuchte Vergewaltigung, sexuelle Nötigung) betroffen waren.

- eine Situation, die v.a. die Frauen mit einer schwereren geistigen Behinderung ebenso wie ihre Angehörigen völlig überfordern würde. Es ist daher verständlich, dass von Angehörigen und Einrichtungen eine möglichst sichere Verhütung gewünscht wird. Allerdings ist die Dreimonatsspritze (Pearl-Index: 0,3 bis 1,4) nicht sicherer als die Antibabypille (0,1 bis 0,9), die Kupfer- (0,3 bis 0,8) und die Hormonspirale (0,16) oder das Hormonstäbchen (0 bis 0,08). Da das Einsetzen eines IUP bei den betroffenen Frauen starke Ängste auslösen kann und u.U. nur in Narkose möglich ist, wird diese Verhütungsmethode bei Frauen mit schwererer geistiger Behinderung nur selten angewandt. Bei der Wahl des passenden SSV-Mittels muss zudem berücksichtigt werden, dass die Einnahme hormoneller Kontrazeptiva zu Wechselwirkungen mit vielen verschiedenen Arzneimitteln (z.B. bestimmte Antiepileptika, Barbiturate, Antibiotika) führen kann (s. u.). Da bei Menschen mit geistiger Behinderung überdurchschnittlich häufig behandlungsbedürftige Epilepsien, psychische Erkrankungen etc. auftreten, kann auch das Risiko von Wechselwirkungen hier deutlich erhöht sein [2].

Doch die sichere Verhütung ist nicht der einzige Grund, weshalb bei Frauen mit geistiger Behinderung Depotpräparate so viel häufiger angewandt werden als in der Durchschnittsbevölkerung. Nach einer kanadischen Studie war Depot-Provera⁸ dort die am häufigsten verschriebene Methode zur Unterdrückung der Menstruation bei Mädchen mit geistiger Behinderung im Alter von 8 bis 17 Jahren⁹ [10]. Einige Jahre später war der Anteil des Depot-Medroxyprogesteronacetat (DMPA) von 59 % auf 11,6% gesunken. Am häufigsten wurde nun die kontinuierliche orale Pilleneinnahme angegeben [11]. Dies zeigt deutlich, dass es in beiden Studien auch um den Umgang mit der Menstruation und um Hygieneaspekte ging. Da v.a. Frauen mit mittlerer/schwerer geistiger Behinderung einerseits hiermit oft überfordert sind und dabei Unterstützung benötigen und andererseits der Vorgang der Menstruation (das Bluten) bei ihnen Angst auslösen kann, stellt diese Situation für Angehörige und Betreuungskräfte nicht selten eine Belastung dar. Auch die GMGB-Studie konnte zeigen, dass Betreuungskräfte, deren Bewohnerinnen die Dreimonatsspritze nutzen, signifikant häufiger angaben, dass diese das Geschehen nicht einordnen konnten und Angst vor der Blutung sowie Probleme im Umgang mit Menstruations-Hygieneartikeln hatten (noch unveröffentlichte Daten). Hinzu kommt, dass bei der Dreimonatsspritze nur 4-mal im Jahr an Verhütung gedacht werden muss. Zudem werden oral verabreichte hormonelle Kontrazeptiva nicht selten auch ausgespuckt oder erbrochen, auch bei Durchfall ist die Wirkung unsicher. Vor allem Einrichtungen sehen daher in der Dreimonatsspritze eine willkommene Möglichkeit, diese Probleme zu lösen. Vielen Angehörigen und Betreuungskräften ist dabei jedoch nicht bewusst,

⁸ Enthält Medroxyprogesteron bzw. Medroxyprogesteronacetat und wird zur Empfängnisverhütung in der Dreimonatsspritze verwendet.

⁹ Etwa 60 % der Mädchen waren prämenarchisch!

dass die Verabreichung von Depot-Präparaten mit z.T. gravierenden Nebenwirkungen einhergehen kann (s. u.). Grundsätzlich sollte sich die Wahl der Methode nach den Bedürfnissen der betroffenen Frau, nach ihrer Lebenssituation und ihrer körperlichen Verfassung richten [2].

Warum Hormonstäbchen deutlich häufiger von Betreuern aus kirchlichen Einrichtungen angekreuzt wurden (kirchlich: 23,6 %; privat: 9,5 %), lässt sich den GMGB-Daten nicht entnehmen. Ihr Vorteil ist, dass sie mit einem Pearl-Index von 0 bis 0,08 noch sicherer in der kontrazeptiven Wirkung sind als die „Pille“ und die Dreimonatsspritze. Zudem sind die gesundheitlichen Risiken etwas geringer als bei kombinierten hormonellen Präparaten („Pille“). Das Einsetzen des Stäbchens kann zwar ebenfalls Ängste auslösen, ist jedoch in der Regel mit weniger Problemen behaftet.

Bei der GMGB-Studie überraschte, dass die Anwendung der Kupferspirale von Betreuungskräften aus kirchlichen und privaten Einrichtungen etwa gleich häufig genannt wurde. Es handelt sich hierbei ja um eine Methode, die die Einnistung eines bereits befruchteten Eis verhindert und somit z.B. nach den Vorstellungen der katholischen Kirche eine verbotene Frühabtreibung darstellt. Einer der Gründe dafür, dass auch Bewohnerinnen von kirchlichen Einrichtungen die Kupferspirale nutzen, könnte sein, dass dort auch nicht-religiöse Menschen mit Behinderung leben und die Wahl des Verhütungsmittels v.a. durch die behandelnden Gynäkologen und die Angehörigen beeinflusst wird (s. u.).

Die GMGB-Studie zeigt, dass die Anzahl der verwendeten SSV-Mittel deutlich vom Behinderungsgrad der betreuten Frauen abhängt. Betreuer von Menschen mit leichter geistiger Behinderung nannten ein weitaus größeres Spektrum an Verhütungsmethoden als Betreuer von Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung. Das systematische Review von Horner-Johnson et al., nach dem Frauen mit überwiegend geistiger Behinderung ein geringeres Spektrum an Verhütungsmethoden anwenden, differenzierte nicht nach dem Grad der geistigen Behinderung [13].

4.3 Verhütung bei sexuell nicht aktiven Frauen

Bereits Schröttle et al. [3] konnten zeigen, dass bei Frauen mit geistiger Behinderung häufig Verhütungsmittel eingesetzt werden, auch wenn sie nicht sexuell aktiv sind. Dies bestätigen auch die Angaben der Probanden der GMGB-Studie. Mehr als 70 % gaben an, dass zumindest bei einigen „ihrer“ Frauen solche Mittel angewandt werden, obwohl sie derzeit nicht sexuell aktiv sind. Erstaunlicherweise kreuzten dies sogar 46,2 % der Betreuer von Menschen mit schwerer Mehrfachbehinderung an. Dies lässt vermuten, dass SSV-Mitteln hier v.a. aus

Hygienegründen bzw. zur Verhinderung einer Schwangerschaft nach einem sexuellen Übergriff eingesetzt werden. Bislang wird noch kaum darüber diskutiert, weshalb Frauen mit geistiger Behinderung das nicht unerhebliche gesundheitliche Risiko einer hormonellen SSV (s. u.) tragen sollen, wenn sie selbst nicht sexuell aktiv sind. In diesem Zusammenhang gibt es einzelne Stimmen, die empfehlen, grundsätzlich auf eine Verhütung zu verzichten und ggf. die „Pille danach“ einzusetzen. Dies kann jedoch insbesondere bei Frauen mit mittlerer/schwerer geistigen Behinderung nicht die Lösung sein, da diese u.U. gar nicht in der Lage sind, darüber zu berichten, ob und wann ein Geschlechtsverkehr stattgefunden hat [12].

4.4 Informiertheit über Verhütung und Verordnung

Bei dieser GMGB-Frage ging es nicht darum zu erfahren, inwieweit die betreuten Menschen mit geistiger Behinderung über die Wirkung bzw. Nebenwirkungen der bei ihnen angewandten Verhütungsmethoden informiert sind¹⁰. Die Betreuer sollten Auskunft darüber geben, ob diese wissen, dass bei ihnen Verhütungsmittel angewandt werden. Die Ergebnisse zeigen, dass mehr als zwei Drittel der Befragten der Ansicht sind, dass zumindest einige der von ihnen betreuten Bewohnerinnen darüber informiert sind. Erwartungsgemäß war der Anteil bei Betreuern von Menschen mit leichter geistiger Behinderung noch höher (83,3 %). Allerdings sind hier Zweifel angebracht, da diese Antwort selbst 70 % der Betreuer von Menschen mit mittlerer/schwerer geistiger Behinderung ankreuzten. Aufgrund der Schwere der geistigen Behinderung sind die meisten dieser Frauen jedoch überhaupt nicht in der Lage, die Tragweite einer entsprechenden Information zu verstehen¹¹. Es könnte sich hier also um eine Antwortverzerrung im Sinne einer sozialen Erwünschtheit¹² handeln. Dies stimmt mit den Erfahrungen aus der täglichen Praxis überein, dass die wenigsten Frauen mit einer mittleren bzw. schweren geistigen Behinderung gefragt werden, ob sie mit der Verhütung generell einverstanden sind bzw. mit welchem Mittel sie verhüten möchten. Meist entscheiden Angehörige gemeinsam mit den behandelnden Gynäkologen unter Berücksichtigung der jeweiligen individuellen Voraussetzungen und im Hinblick auf die größtmögliche Sicherheit,

¹⁰ Es überrascht nicht, dass Horner-Johnson et al. feststellen, dass sich FmgB mit Verhütungsmitteln häufig weniger auskennen als Frauen ohne Behinderung [13]. Im Vergleich dazu fühlen sich nur 7 % der sexuell aktiven Bevölkerung in Deutschland zwischen 18 und 49 Jahren über die aktuell von ihnen angewandte Verhütungsmethode „weniger gut“ oder „schlecht“ informiert [5].

¹¹ Nach dem SEO-Konzept nach Došen und Sappok/Zepperitz lässt sich z.B. das sozio-emotionale Entwicklungsniveau einer Frau mit einer schweren geistigen Behinderung und einem IQ von 20 etwa einem Referenzalter von 6 bis 18 Monaten zuordnen, das einer Frau mit einer mittleren geistigen Behinderung und einem IQ von 40 etwa einem Referenzalter von 3 bis 4 Jahren. Das SEO-Konzept betrachtet MmgB dabei **nicht** als Kinder, sondern als Erwachsene, die im Bereich der Kognition, Emotion und psychosozialen Entwicklung unterschiedliche Entwicklungsgrade erreicht haben [23, 24, 2].

¹² Befragte geben bevorzugt Antworten, von denen sie glauben, sie trafen eher auf soziale Zustimmung.

welche Form der SSV angewandt werden soll [12]. So werden z.B. in den Niederlanden Anträge auf Empfängnisverhütung bei Frauen mit geistiger Behinderung hauptsächlich von Ärzten und Eltern gestellt [6]. Auch Ledger et al. geben an, dass wichtige Entscheidungen über eine Verhütung häufig von anderen Menschen und nicht von den Frauen selbst getroffen werden [14]. Die Daten der GMGB-Studie zeigen, dass bei der Frage, wer an der Entscheidung beteiligt ist, ob und mit welcher Methode eine Frau mit geistiger Behinderung verhüten soll, am häufigsten die Eltern/gesetzliche Betreuer und die behandelnden Gynäkologen genannt werden. Frauenärzte sind hier auch für nichtbehinderte Frauen die wichtigste Informationsquelle (80 % geben dies an) [5]. Hausärzte scheinen nur bei der Folgeverordnung hormoneller Kontrazeptiva (v.a. bei Frauen mit leichter geistiger Behinderung) eine Rolle zu spielen. Zum potentiellen Einfluss der begleitenden Betreuungskräfte, die oftmals außer den betroffenen Frauen die einzigen Kontaktpersonen für die behandelnden Ärzte sind, gibt es bislang keine Untersuchungen. Erstaunlich war, dass fast die Hälfte der Probanden angab, dass auch diese Einfluss auf die Entscheidung haben. Es ist klar, dass die Intentionen der Betreuungskräfte hier nicht immer mit den Bedürfnissen der betreuten Frauen übereinstimmen müssen. Nach Servais et al. sind Betreuungskräfte v.a. an einer sicheren Verhütung interessiert [7].

4.5 Anwendungsprobleme und Nebenwirkungen

Zu den typischen Nebenwirkungen hormoneller SSV-Mittel gehören v.a. das erhöhte Thromboserisiko (einschl. des erhöhten Herzinfarkt- und Schlaganfallrisikos), die Gewichtszunahme, Zwischenblutungen, Übelkeit, Schwindel, Bauch- und Kopfschmerzen, depressive Verstimmung und eine verringerte Libido. Hinzu kommt ein höheres Risiko für die Entwicklung eines Zervix- und eines Mammakarzinoms. Wechselwirkungen mit bestimmten Medikamenten (z.B. Antiepileptika wie Barbiturate, Phenytoin, Primidon oder Carbamazepin) können die Wirksamkeit der Verhütungsmethode einschränken. Zudem kann die Wirksamkeit anderer Medikamente (z.B. β -Blocker, Theophyllin, Diazepam) durch hormonelle Kontrazeptiva verringert oder verstärkt werden.

Die häufigsten Probleme, die sexuell aktive Frauen in Deutschland im Alter zwischen 18 und 49 Jahren bei der Anwendung der „Pille“ angeben, sind das Vergessen der Einnahme (65 %) bzw. das Vergessen der Mitnahme bei Aufhalten außer Haus (21 %). Als Nebenwirkungen nennen 20 % der Frauen Kopfschmerzen, jeweils 11 % Gewichtszunahme und Zwischenblutungen, 7 % eine Abnahme der Libido an [5]. Da viele Frauen mit geistiger Behinderung zusätzlich noch an körperlichen Einschränkungen oder somatischen bzw. psychiatrischen Co-Erkrankungen leiden, ist bei ihnen auch das Risiko für das Auftreten von

Neben- und Wechselwirkungen deutlich höher [2]. Die Probanden der GMGB-Studie kreuzten bei der Frage nach Problemen im Zusammenhang mit der Anwendung von Verhütungsmitteln am häufigsten die Gewichtszunahme an. Insbesondere bei der Anwendung der Dreimonatsspritze zeigt sich bereits nach einem Jahr auch im Vergleich zu anderen hormonellen Kontrazeptiva ein signifikanter Gewichtsanstieg, der sich mit zunehmender Anwendungsdauer noch vergrößert [15, 16]. Die gleichzeitige Einnahme von Antipsychotika wie Risperidon oder Antidepressiva wie Mirtazapin verstärkt diesen Effekt¹³. Frauen mit geistiger Behinderung nehmen außer Psychopharmaka auch überdurchschnittlich häufig andere Arzneimittel (z.B. Cortisonpräparate, β -Blocker, Insulin) ein, die zu einer Gewichtszunahme beitragen können. Es ist daher für die Betreuungskräfte oft nicht klar, ob eine bestimmte Substanz alleine oder in Kombination mit anderen Mitteln bei einer betroffenen Frau zu einer Gewichtszunahme geführt hat. Vielen Betreuern fehlt auch das Wissen, dass starkes Übergewicht gerade bei Menschen mit geistiger Behinderung zur Entstehung von schwerwiegenden Folgeerkrankungen beitragen kann. Zudem haben Betreuungskräfte oft nur eingeschränkte Kenntnisse hinsichtlich der Wirkung bzw. Nebenwirkungen der verschiedenen Methoden der Schwangerschaftsverhütung (unveröffentlichte Ergebnisse der GMGB-Studie).

Der Grund, weshalb etwa ein Viertel der Probanden, die zuvor angekreuzt hatten, dass es keine Probleme bei der Anwendung von Verhütungsmitteln durch die betreuten Bewohnerinnen gebe, nun doch verschiedene Probleme nannten, könnte darin liegen, dass sie einige der Nebenwirkungen nicht als Probleme ansehen. So kann das Ausbleiben der Regelblutung aus ihrer Sicht durchaus als etwas Positives gesehen werden, da es hierdurch u. U. weniger Hygieneprobleme gibt. Tatsächlich kreuzten die Probanden das Ausbleiben der Menstruation auch am häufigsten an (44,7 %).

4.6 Schwangerschaftsverhütung bei Männern mit geistiger Behinderung

In Deutschland nutzen insgesamt 56 % der sexuell aktiven Männer im Alter zwischen 18 und 49 Jahren Kondome als Verhütungsmittel [5]. Man geht davon aus, dass in Behinderteneinrichtungen lebende Männer mit geistiger Behinderung eher selten Kondome verwenden, ambulant betreute Männer etwas häufiger [12]. Da es bei der Anwendung von Kondomen auch bei Menschen ohne Behinderung relativ häufig zu Anwendungsfehlern kommt, erscheint das Kondom gerade bei Männern mit geistiger Behinderung eine eher unsichere Verhütungsmethode zu sein. Nach Conod & Servais hat eine große Mehrheit der Menschen mit geistiger Behinderung kein oder nur ein minimales Verständnis für den

¹³ Die Einnahme von Psychopharmaka ist bei Frauen mit geistiger Behinderung deutlich häufiger mit starkem Übergewicht ($\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) korreliert als bei Männern mit geistiger Behinderung [25].

korrekten Gebrauch eines Kondoms [17]. Im Rahmen der GMGB-Studie gaben jedoch 26,5 % der Probanden an, dass es unter den von ihnen betreuten Männern Personen gibt, die regelmäßig oder gelegentlich Kondome verwenden. Vor allem unter den Betreuern von Männern mit einer leichten geistigen Behinderung war jedoch auch der Anteil recht hoch (44,4 %), der nicht darüber Bescheid wusste, ob die betreuten Männer Kondome nutzen.

4.7 Limitationen der Studie

Bei den erhobenen Daten handelt es sich um subjektive Einschätzungen der befragten Betreuer und nicht um objektiv erhobene Daten. Zudem stellen die Probanden der GMGB-Studie keine repräsentative Stichprobe der Grundgesamtheit „Betreuungskräfte in Behindertenwohneinrichtungen in Deutschland“ dar, da die exakte Zahl der in Behinderteneinrichtungen in Deutschland arbeitenden Betreuungskräfte nicht bekannt. Die Gewinnung von Probanden war nur über die jeweiligen Einrichtungen möglich und erwies sich als recht schwierig. Die Eigenschaften der Stichprobe ähneln jedoch denen der gewünschten Grundgesamtheit, etwa im Hinblick auf Trägerschaft und Art der stationären bzw. ambulanten Einrichtung, in denen die Probanden arbeiteten, sowie die Art der dort betreuten Bewohner mit Behinderung [18, 19]. Der Frauenanteil unter den Probanden liegt im angenommenen Bundesdurchschnitt, der Anteil an Leitungskräften ist vermutlich etwas höher [20]. Bei den Fragen nach den angewandten Verhütungsmitteln und den Problemen im Umgang mit diesen Mitteln wurden bestimmte Angaben vorgegeben. Bei diesen Angaben handelte es sich jeweils um die in wissenschaftlichen Publikationen am häufigsten genannten Punkte. Den Probanden wurde darüber hinaus auch die Möglichkeit gegeben, zusätzliche Verhütungsmittel bzw. Probleme zu nennen.

5. Schlussfolgerung

Weitere epidemiologische Studien sind nötig, um noch detailliertere Informationen über Schwangerschaftsverhütung bei Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland zu gewinnen. Zudem sollte es mehr Schulungen für Gynäkolog/-innen zum Thema geben, damit diese dann auch die Angehörigen und Assistenzkräfte von Frauen mit geistiger Behinderung besser über die potentiellen Nebenwirkungen einer hormonellen Kontrazeption (insbesondere bei Frauen mit geistiger Behinderung und zusätzlichen Risikofaktoren) etc. aufklären können. Auch sollten einfach umzusetzende Möglichkeiten entwickelt werden, wie Frauen mit einer leichteren geistigen Behinderung noch besser in den Prozess der Planung und Umsetzung einer Schwangerschaftsverhütung mit einbezogen werden können. Weiterhin fehlt bislang

eine öffentliche Diskussion darüber, dass immer noch zahlreichen Frauen mit geistiger Behinderung trotz fehlender sexueller Aktivität mit den nicht unerheblichen Risiken einer hormonellen Kontrazeption leben müssen.

Literatur

- [1] Servais L. Sexual health care in persons with intellectual disabilities. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev.* 2006;12(1):48 – 56
- [2] Habermann-Horstmeier L. Gesundheitsförderung in Behinderteneinrichtungen. Zum Umgang mit psychischen Störungen, Krankheit, Altern und Tod. Bern: Hogrefe Verlag, 2018a
- [3] Schröttle M, Hornberg C et al. Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen in Deutschland. Eine repräsentative Studie. Forschungsprojekt des Interdisziplinären Zentrums für Frauen- und Geschlechterforschung (IFF) der Universität Bielefeld im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Berlin. 2012. Im Internet: <https://pub.uni-bielefeld.de/download/2528934/2645954/Lebenssituation-und-Belastungen-von-Frauen-mit-Behinderungen-Kurzfassung.pdf>
- [4] pro familia - Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V. Sexualität und geistige Behinderung. Frankfurt/Main: pro familia, 4. Aufl. 2011. In Internet: https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Reihe_Koerper_und_Sexualitaet/sexualitaet_geistige_behinderung_2011.pdf
- [5] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2018. Köln: BZgA. 2018. Im Internet: <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/verhuetung/verhuetungsverhalten-2018/>
- [6] van Schroyen Lantman-de Valk HM, Rook F, Maaskant MA. The use of contraception by women with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil Res* 2011; 55(4): 434 - 440
- [7] Servais L, Jacques D, Leach R et al. Contraception of women with intellectual disability: prevalence and determinants. *Journal of Intellectual Disability Research* 2002; 46(2): 108 - 119
- [8] Mosher W, Hughes RB, Bloom T et al. Contraceptive use by disability status: new national estimates from the National Survey of Family Growth. *Contraception* 2018; 97(6): 552 - 558
- [9] Greenwood N, Wilkinson J. Sexual and Reproductive Health Care for Women with Intellectual Disabilities: A Primary Care Perspective. *International Journal of Family Medicine* 2013; Article ID 642472; <https://doi.org/10.1155/2013/642472>
- [10] Dizon CD, Allen LM, Ornstein MP. Menstrual and contraceptive issues among young women with developmental delay: a retrospective review of cases at the Hospital for Sick Children, Toronto. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18(3): 157 - 62
- [11] Kirkham YA, Allen L, Kives S et al. Trends in menstrual concerns and suppression in adolescents with developmental disabilities. *J Adolesc Health.* 2013;53(3): 407 – 412
- [12] Habermann-Horstmeier L. Grundlagen der Gesundheitsförderung in der stationären Behindertenarbeit. Bern: Hogrefe Verlag, 2018b
- [13] Horner-Johnson W, Moe EL, Stoner RC et al. Contraceptive knowledge and use among women with intellectual, physical, or sensory disabilities: A systematic review. *Disability and Health Journal* 2019; 12(2): 139 - 154
- [14] Ledger S, Earle S, Tilley E et al. Contraceptive decision-making and women with learning disabilities. *Sexualities* 2016; 19(5-6): 698 – 724
- [15] DGGG, OEGGG und SGGG. Hormonelle Empfängnisverhütung. Leitlinien von DGGG, OEGGG und SGGG. S3-Level, AWMR-Nr. 015/015. Stand: Januar 2020. Im Internet: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-015.html>
- [16] Lopez LM, Ramesh S, Chen M et al. Progestin-only contraceptives: effect on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 28 (8):CD008815. Doi: 10.1002/14651858.CD008815.pub4

- [17] Conod L, Servais L. Sexual life in subjects with intellectual disability (La vida sexual de las personas con discapacidad intelectual). *Salud pública de México* 2008; 50(2): S230 - S238
- [18] Habermann-Horstmeier L, Limbeck K. Arbeitsklima in Behinderten-Wohneinrichtungen in Deutschland. *ASU (Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin)*; 2016; 51(1): 50-63
- [19] Roth G, Wendt F, Nübling M et al. Working Conditions in Residential Homes for People With Disabilities in Germany, With a Particular Focus on Organizational Structures. *SSRN* 2020; <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3533793>
- [20] Habermann-Horstmeier L, Bühner S. Arbeiten in Wohneinrichtungen für behinderte Menschen in Deutschland. Eine Studie zur Arbeitssituation von Betreuungskräften aus Sicht der Wohneinrichtungen. Villingen-Schwenningen: Villingen Institute of Public Health / Petaurus Verlag, 2014
- [21] Schröttle M. Lebenssituation und Gewalterfahrungen von Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung in Deutschland. Ausgewählte Aspekte und Ergebnisse einer repräsentativen Studie im Auftrag des BMFSFJ. In: Mattke U, Hrsg. Sexuell traumatisierte Menschen mit geistiger Behinderung. Stuttgart: Verlag Kohlhammer; 2015: 29 – 39
- [22] Schröttle M, Müller U. Gewalterfahrungen von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen – Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention. Endbericht. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. 2014. Im Internet: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/gewalterfahrungen-von-in-einrichtungen-lebenden-frauen-mit-behinderungen/83144>
- [23] Došen A. Psychische Störungen, Verhaltensprobleme und intellektuelle Behinderung. Ein integrativer Ansatz für Kinder und Erwachsene. Göttingen: Hogrefe, 2. Aufl. 2018
- [24] Sappok T, Zepperitz S. Das Alter der Gefühle. Über die Bedeutung der emotionalen Entwicklung bei geistiger Behinderung. Bern: Hogrefe, 2. Aufl. 2019
- [25] Schanze C. Übergewicht und Adipositas bei Menschen mit Intelligenzminderung. Empirische Feldstudie (Dissertation). München: Medizinische Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität. 2014. Im Internet: https://edoc.ub.uni-muenchen.de/17016/1/Schanze_Christian.pdf