

Hochschule Merseburg
Fachbereich Soziale Arbeit. Medien. Kultur
Angewandte Sexualwissenschaft (M.A.)

Betreuer*in:

Erstbetreuung: Prof. Dr. Maika Böhm

Zweitbetreuung: Maria Urban

Masterarbeit

Verhütungsbiografien ungewollt Schwangerer.

Eine qualitative Inhaltsanalyse zu Verhütung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch.

Katrin Göppert

Eingereicht am 10.02.2023

Zusammenfassung

Ein Schwangerschaftsabbruch ist meist die Folge fehlender oder misslingender Verhütung, das Verhütungsversagen kann auch unerklärbar sein. Es ist anzunehmen, dass ein Abbruch zu Veränderungen des Verhütungsverhalten führen kann. Ziel der vorliegenden Masterthesis ist es, Verhütungsbiografien von Frauen zu analysieren, die in Deutschland eine Schwangerschaft nach der Beratungsregelung abgebrochen haben. Welche Bedeutung schreiben die Frauen dem Schwangerschaftsabbruch für die eigene Verhütungsbiografie zu? Wie erleben sie das Thema Verhütung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch? Diese Fragen sollen beantwortet werden. Außerdem werden weitere Marker von Veränderungen im Verhütungsverhalten analysiert. Zwölf qualitative Interviews der Studie *frauen leben 3* des SoFFI F. im Auftrag der BZgA wurden dazu im Rahmen einer Sekundäranalyse durch eine qualitative Inhaltsanalyse ausgewertet. Die Frauen verändern ihr Verhütungsverhalten, indem sie die Methode wechseln, die bisherige Methode sorgsamer anwenden und generell ein stärkeres Sicherheits- und Planungsbedürfnis zeigen. Die soziale Norm der sicheren Verhütung sowie die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen sind dabei wichtige Einflussfaktoren. Weitere Forschung ist notwendig, um die Ergebnisse zu bestätigen und zu vertiefen.

Abstract

Abortion followed by the mandatory counseling in the first trimester is most often the result of absent or ineffective contraception. The reason for contraceptive failure can also be difficult or impossible to determine. It is assumed that abortion can lead to changes in contraceptive behavior. The aim of this master's thesis is to analyze contraceptive behaviors and experiences of women who had an abortion in Germany followed by the mandatory counseling. What significance do women ascribe to abortion for their own contraceptive biography? How do they experience the topic of contraception before and after an abortion? This work seeks to address these questions. Furthermore, other aspects of change in contraceptive behavior are analyzed in this research. To do so, this work explored secondary data from 12 qualitative interviews of the study *frauen leben 3* by SoFFI F. on behalf of the BZgA.

The women in this study changed their contraceptive behavior by changing the method, applying the previous method more carefully, and showing in general a stronger need for safety and planning. The social norm of safe contraception as well as the stigma of abortion were important influencing factors. Further research is necessary to confirm the results.

Schlagwörter

Schwangerschaftsabbruch, Verhütungsbiografien, Verhütung, Verhütungsverhalten, Empfängnisverhütung, Verhütungsversagen, Schwangerschaftskonfliktberatung.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung.....	1
Abstract.....	1
Abkürzungsverzeichnis.....	4
1 Einleitung.....	5
1.1 Thematische Einführung	5
1.2 Zielsetzung, Forschungsfragen und Aufbau	6
2 Theoretische Grundlagen	8
2.1 Überblick über den Forschungsstand	9
2.2 Lebenslagen ungewollt Schwangerer	10
2.2.1 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland.....	11
2.2.2 Bedeutung des Abbruchs in der Lebenslaufperspektive.....	13
2.2.3 Erleben des Abbruchs und die Zeit nach dem Abbruch	14
2.3 Verhütungsbiografien	17
2.3.1 Verhütungsmethoden und ihre Nutzung.....	18
2.3.2 Verhütungsbiographische Einflussfaktoren bei der Wahl einer Methode	20
2.3.3 Motive des Verhütungsverhalten	21
2.3.4 Unterlassene und unsichere Verhütung	23
2.3.5 Anwendungsprobleme und Verhütungsspannen.....	26
2.3.6 Verhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch.....	29
2.4 Beratung zu Verhütungsmitteln im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung	33
3 Forschungsmethodik	35
3.1 Datenerhebung und Sekundäranalyse.....	35
3.2 Beschreibung des Sample.....	37
3.3 Auswertungsmethodik.....	40
3.4 Gütekriterien qualitativer Forschung.....	44
4 Darstellung der Ergebnisse	45
4.1 Soziodemografische Auswertung des Samples.....	46
4.2 Umgang mit Risiken	47
4.2.1 Gründe, nicht sicher zu verhüten.....	47
4.2.2 Sicherheit – und Kontrollbedürfnis sowie Umgang mit Risiko	48
4.2.3 Notfallkontrazeption	51
4.3 Schwangerschaftsabbruch	52

4.3.1	Verhütung vor und nach dem Abbruch.....	52
4.3.2	Befinden und Bewältigung nach dem Abbruch	53
4.3.3	Stigmatisierungserleben und Tabuisierung des Abbruchs.....	54
4.3.4	Schamerleben und Schuldgefühle	57
4.4	Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs auf die weitere Verhütungsbiografie	58
4.4.1	Erklärungen für das Versagen der Verhütung	58
4.4.2	Subjektive Erklärungsansätze des Entstehens der ungewollten Schwangerschaft.....	60
4.4.3	Verantwortungszuschreibung der ungewollten Schwangerschaft.....	61
4.4.4	Änderungen des Verhütungsverhaltens durch den Abbruch	63
4.5	Normative Bewertung gescheiterter Verhütung und Abbrüche.....	66
4.6	Aufklärung (möglicher) Tochter.....	69
4.7	Weitere Faktoren in der Veränderung des Verhütungsverhaltens	71
4.8	Beratung zu Empfängnisverhütung	73
5	Diskussion der Ergebnisse	73
5.1	Grenzen und kritische Einordnung der Ergebnisse.....	74
5.2	Mögliche Bedeutung des Abbruchs auf die weitere Verhütungsbiografie	76
5.2.1	Einflussfaktoren der weiteren Relevanz des Abbruchs	77
5.2.2	Norm der sicheren Verhütung	78
5.2.3	Subjektive Erklärungsansätze.....	80
5.3	Art und Weise der Veränderungen nach einem Abbruch.....	81
5.4	Weitere Marker in Verhütungsbiografien	82
6	Fazit und Ausblick.....	84
	Literaturverzeichnis	87
	Eidesstattliche Erklärung	94
	Abbildungsverzeichnis.....	95
	Tabellenverzeichnis	95
	Anhang.....	96
	Anhang 1: Übersicht-Tabelle Sample	96
	Anhang 2: Interviewtranskripte.....	97
	Anhang 3: Kategoriensystem	98
	Anhang 4: Kodierleitfaden	100
	Anhang 5: Exkurs - Familienplanung in Ost- und Westdeutschland.....	110

Abkürzungsverzeichnis

BMFSFJ:	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZgA:	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
SoFFI F.:	Sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen in Freiburg
StGB:	Strafgesetzbuch
SchKG:	Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten
Abbruch:	Damit wird der Schwangerschaftsabbruch gemeint
SS:	Schwangerschaft
pro familia:	pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung

1 Einleitung

1.1 Thematische Einführung

Keine Methode der Empfängnisverhütung kann eine ungewollte Schwangerschaft sicher verhindern – Verhütungsspannen, Versagen der Verhütungsmethode oder Fehler bei der Anwendung verursachen Schwangerschaften, die immer wieder in Abbrüchen münden (vgl. Busch, 2020, S. 126). Nach der Studie *frauen leben 3* des Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstituts zu Geschlechterfragen in Freiburg (SoFFI F.) hatten 8,2 Prozent aller Frauen im fertilen Alter mindestens einmal in ihrem Leben einen Schwangerschaftsabbruch (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 149). Diese Zahl zeigt, dass Schwangerschaftsabbrüche häufiger vorkommen, wie sie gesellschaftlich oft dargestellt werden. Immer wieder kommt es bei Frauen unterschiedlichen Alters, unterschiedlichster Herkunft und Bildungsstandes zu ungewollten Schwangerschaften (vgl. ebd.).

Frauen greifen mit einem Schwangerschaftsabbruch aktiv in ihre reproduktive Biografie ein (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 149). Ein Abbruch stellt somit ein wichtiges Ereignis in der Verhütungsbiografie dar. Unter dem Begriff Verhütungsbiografie wird das individuelle Verhalten einer Person bezüglich der Anwendung von Empfängnisverhütung im Lebenslauf verstanden (vgl. Helfferich et al., 2004, S. 18). Der Begriff stellt das „Muster von Wechseln zwischen Verhütungsmethoden bzw. -mitteln“ (BZgA, 2001, S. 14) dar. Verhütungsbiografien sind Teil der reproduktiven Biografie und umfassen auch das Erlangen von Wissen und die Stärkung der Verhütungskompetenz. Innerhalb von Verhütungsbiografien kann es zu einer „veränderten Gewichtung der konfligierenden Anforderungen an Verhütung“ (ebd.), wie Sicherheit und Gesundheitsverträglichkeit, kommen. Das US-amerikanische Guttmacher Institute rechnet die Zeitspanne der Verhütungsbiografie vor: Eine durchschnittliche Frau mit zwei Kindern hat etwa 30 Jahre lang einen Bedarf an Empfängnisverhütung, wobei sich dieser Bedarf im Laufe der Zeit verändert, wodurch unterschiedliche Methoden notwendig werden (vgl. Boonstra et al., 2006, S. 6). Im Rahmen der Arbeit der Autorin in der Schwangerschaftskonfliktberatung¹ konnte immer wieder festgestellt werden, dass eine ungewollte Schwangerschaft viele Frauen überrascht und in gewisser Weise auch schockiert, vor allem, wenn diese trotz Verhütung schwanger wurden. Die Literaturrecherche im Vorfeld dieser

¹ Der Begriff „Schwangerschaftskonfliktberatung“ wird in dieser Arbeit zwar analog zum SchKG verwendet, jedoch unter Vorbehalt, denn nicht jede ungewollt Schwangere, die einen Abbruch vornehmen möchte, leidet unter einem individuellen Konflikt mit der ungewollten Schwangerschaft. Zusätzlich lässt der Begriff gesellschaftliche und politische Konfliktdimensionen unbeachtet.

Arbeit zeigte, dass sich wenig Forschung dazu findet, wie sich das Ereignis eines Schwangerschaftsabbruchs auf die zukünftige Kontrazeption auswirkt.

Medizinisch gesehen ist Kontrazeption ein „präventives Verhalten, welches darauf abzielt, ungeplante und ungewollte Schwangerschaften zu verhüten“ (Bitzer, 2011, S. 3). Ziel der Kontrazeption ist es, Sexualität, ohne Angst vor einer Schwangerschaft, genießen zu können. In dieser Arbeit wird für Empfängnisverhütung auch der Begriff Kontrazeption oder vereinfacht Verhütung verwendet. Es wird dabei jedoch nur auf die empfängnisverhütenden Aspekte von Verhütungsmitteln eingegangen, nicht auf die Prävention sexuell übertragbarer Krankheiten.

In der vorliegenden Arbeit wird im Zusammenhang mit Verhütung und Schwangerschaftsabbruch mit dem Begriff ‚Frauen‘, als Gruppe der Personen, die schwanger werden können, gearbeitet. Die Orientierung erfolgt dabei an der Studie *frauen leben 3*, in der die Zielgruppe mit ‚Frauen‘ betitelt wurde. Der Begriff ‚Frauen‘ umfasst jedoch nicht alle Menschen, die schwanger werden können. Dies ist kritisch einzuordnen, da somit nicht-binäre Menschen, intergeschlechtliche und transgeschlechtliche Menschen, die eine ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben, ausgeschlossen werden. Die Reproduktion eines binären Geschlechterdenkens durch die Studie *frauen leben 3* und damit auch indirekt durch diese Arbeit soll an dieser Stelle kritisch hervorgehoben werden.

1.2 Zielsetzung, Forschungsfragen und Aufbau

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, anhand einer Sekundäranalyse von Interviews der Studie *frauen leben 3*, die Verhütungsbiografien von Frauen zu betrachten, die in ihrem reproduktiven Lebenslauf einen Schwangerschaftsabbruch hatten. Es geht dabei um die subjektiven Sichtweisen, Einstellungen und das Erleben von Verhütung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch. Hierzu gibt es im deutschsprachigen Raum bislang kaum Forschung. Mehr zum Forschungsfeld findet sich in Kapitel 2 dieser Arbeit.

Der Nutzen der vorliegenden Arbeit zeigt sich darüber hinaus bei der Konzeption wirksamer, gesundheitspolitischer Strategien zur Prävention unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften – die vorliegende Arbeit soll dazu beitragen, die dafür notwendige wissenschaftliche Auseinandersetzung zu fördern.

Verkürzte und pauschale Erklärungen sowohl für Schwangerschaftsabbrüche als auch für unterlassene oder unwirksame Verhütung sollen hier vermeiden werden. Insbesondere, da diese zum einen Stigmatisierung fördern und zum anderen für den Transfer der Ergebnisse in die Beratungspraxis nicht sinnvoll sind (vgl. Helfferich et al, 2016, S. 276).

Die dazu ausgewerteten biografischen teilnarrativen Interviews der *frauen leben 3* Studie sind retrospektive Befragungen zu ungewollten und gewollten Schwangerschaften, Kinderwunsch, Partnerschaft, Verhütung und der Nutzung von Beratung. In der Studie *frauen leben 3* wurden Frauen sowohl in der quantitativen Erhebung als auch in den qualitativen Interviews nach dem persönlichen Verhütungsverhalten gefragt. Im Leitfaden, der im Rahmen der biografischen teilnarrativen Interviews angewandt wurde, wird nach dem Thema Verhütung während der Pubertät, vor der unbeabsichtigten Schwangerschaft und zum aktuellen Zeitpunkt des Interviews gefragt. Anhand dieser Daten werden Verhütungsbiografien betrachtet. Der Frage, inwieweit sich das Verhütungsverhalten durch eine abgebrochene Schwangerschaft ändert, wurde bisher im deutschsprachigen Raum noch nicht näher nachgegangen.

Eine Grundannahme im Forschungsvorgehen ist, dass der Schwangerschaftsabbruch ein Marker von Veränderung in der Verhütungsbiografie sein kann, jedoch weitere Faktoren ebenfalls Einfluss auf das Verhütungsverhalten haben.

Die **Fragestellung** basiert auf dieser Grundannahme und leitet sich aus der zuvor bereits genannten Forschungslücke ab. Die Forschungsfrage lautet:

Welche Bedeutung wird dem Schwangerschaftsabbruch für die eigene Verhütungsbiografie zugeschrieben?

Folgende **Unterfragen** werden aufgestellt:

- Wie wurde das Thema Verhütung vor und nach einem Abbruch erlebt?
- Inwieweit kann ein Schwangerschaftsabbruch als ein Einschnitt in der Verhütungsbiografie gedeutet werden?
- Was können weitere Marker in der Verhütungsbiografie sein? (z. B. Schwangerschaft und Geburt, Trennung, Alter...)

Bestehende Vorannahmen, die sich sowohl aus theoretischem Vorwissen als auch aus der Arbeit in der Schwangerschaftskonfliktberatung ergeben, werden seitens der Autorin während des gesamten Forschungsprozesses reflektiert und transparent gemacht. Die umfassende Forschung von Prof. Dr. Cornelia Helfferich und dem Institut SoFFI F. bildet die theoretische Grundlage dieser Arbeit, nicht nur in Bezug auf die Erhebung der in der

vorliegenden Arbeit ausgewerteten Interviews. Diese Prägung soll an dieser Stelle hervorgehoben werden.

Das Prinzip der Offenheit ist forschungsleitend und bietet Flexibilität bei der Anpassung des Forschungsvorhabens im Sinne eines iterativ-zyklischen Vorgehens. Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine explorative Studie, welche „der genauen Erkundung und Beschreibung eines Sachverhaltes“ (Döring und Bortz, 2016, S. 192) dient und als Ziel die Bildung wissenschaftlicher Hypothesen hat.

Die vorliegende Arbeit kann nur die Perspektive von Frauen und deren Verhütungsbiografien miteinbeziehen. Die Perspektive von Männern kann in der vorliegenden Arbeit aus forschungspragmatischen Gründen nicht betrachtet werden, hier zeigt sich bereits ein Bedarf für weitere Forschung.

Die Arbeit gliedert sich wie folgt: Im nächsten Kapitel werden die theoretischen Grundlagen vorgestellt. Dabei wird zunächst auf die Lebenslagen ungewollt Schwangerer eingegangen und anschließend deren Verhütungsbiografien betrachtet. Kapitel drei erläutert das forschungsmethodische Vorgehen der Studie. Darauffolgend werden in Kapitel vier die Ergebnisse der Studie dargestellt. Der Diskussion dieser Ergebnisse widmet sich Kapitel fünf, beginnend mit einer kritischen Betrachtung und dem Aufzeigen von Limitationen und der darauffolgenden inhaltlichen Diskussion der Ergebnisse durch die Bildung von Hypothesen. Die Arbeit schließt mit einem zusammenfassenden Fazit und einem Ausblick.

2 Theoretische Grundlagen

Im Folgenden wird in Kapitel 2.1. ein Überblick über den Forschungsstand gegeben und die relevanten Studien kurz vorgestellt. Anschließend wird mit Hilfe der genannten Studien der Fokus auf Schwangerschaftsabbrüche gelegt (2.2), dabei wird zuerst die gesellschaftspolitische Rahmung beschrieben und anschließend die individualbiografische Ebene des Erlebens eines Abbruchs näher betrachtet. Kapitel 2.3. wirft dann den Blick auf Verhütungsmethoden, Verhütungsverhalten und Verhütungsbiografien. Abschließend wird die Verhütungsberatung beleuchtet, insbesondere im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung.

2.1 Überblick über den Forschungsstand

Die Studie *frauen leben 3* spielt bezüglich des aktuellen Forschungsstandes in der vorliegenden Arbeit eine zentrale Rolle, da die Daten zur Beantwortung der Forschungsfrage aus diesem Forschungsprojekt stammen. Unter dem Namen *frauen leben* werden bereits seit 1998 durch das SOFFI F. retrospektiv qualitative und quantitative Daten zum Lebenslauf und zur Lebensführung in Hinblick auf Familienplanung, Partner*innenschaft, Verhütung und Vereinbarkeit von Familie und Beruf erhoben und ausgewertet. Die Studie *frauen leben 3* (durchgeführt 2011 bis 2021) beschäftigt sich mit aktuellen Herausforderungen rund um Familienplanung und setzt einen Schwerpunkt auf die Erkundung der Schwangerschaftsintention, insbesondere bezüglich ungewollter Schwangerschaften und den Gründen für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch. Dazu wurden neben den bewährten Erhebungsinstrumenten (standardisierte Telefonbefragung und qualitative biographische teilnarrative Interviews) erstmals auch Expert*inneninterviews mit Berater*innen der Schwangerschaftskonfliktberatung geführt (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 13 f.). Verschiedene Sonderauswertungen der Daten von *frauen leben 3* beschäftigen sich mit dem Thema Verhütung. Dazu zählen die Sonderauswertung zum sogenannten „Unmet Need“, der Verhütungslücke bei Frauen ohne Schwangerschaftsabsicht (vgl. Helfferich et al., 2021) sowie das Thema der sozialen Lage und Verhütungsmittel (vgl. Helfferich, 2017).

Eine quantitative Telefon-Befragung zum aktuellen Verhütungsverhalten der Bundeszentrale für gesundheitlich Aufklärung (BZgA) wird in regelmäßigem Abstand seit 2013 durchgeführt. Die letzte Befragung fand 2018 statt (vgl. BZgA, 2018). Die Studie liefert Ergebnisse zur Anwendung von Verhütungsmitteln, zu Anwendungsproblemen, zur Informiertheit der Nutzer*innen sowie zur Einstellung zur hormonellen Verhütung. Darüber hinaus liefert die BZgA mit der 2019 durchgeführten Studie „Jugendsexualität 9. Welle“ weitere Erkenntnisse über das Verhütungsverhalten Jugendlicher (vgl. Scharmanski, Hessling, 2021, S. 2). Schon etwas älter ist die ebenfalls von der BZgA geförderte Studie von 2013 zu „Jugendsexualität im Internetzeitalter. Eine qualitative Studie zu sozialen und sexuellen Beziehungen von Jugendlichen“, durchgeführt durch u. A. Silja Matthiesen, Jasmin Mainka und Urszula Martyniuk. In der Studie zur „Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter“ widmen sich Philipp Franz und Silja Matthiesen (2017) der Frage nach Schwangerschaften im Studium und der Thematik des Schwangerschaftsabbruchs sowie der Verhütung.

Darüber hinaus gibt es weitere Studien, deren Erkenntnisse in das folgende Kapitel über die theoretischen Grundlagen einfließen werden, die an dieser Stelle jedoch nicht näher erläutert werden können.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es im deutschsprachigen Raum bereits einige Studien im Bereich Familienplanung, Schwangerschaftsabbruch und Verhütungsbiografien gibt, jedoch keine den Schwerpunkt der Verhütungsbiografien von Frauen mit mindestens einem Schwangerschaftsabbruch hat. Internationale Studien wie beispielsweise die US-amerikanische Turnaway Studie (vgl. Greene Foster, 2020) geben zwar spannenden Erkenntnisse bezüglich Familienplanung, Verhütung und ungewollten Schwangerschaften, sind jedoch aufgrund der sehr unterschiedlichen nationalen gesellschaftlichen und politischen Rahmenbedingungen nur schwer vergleichbar.

Die Relevanz des Themas ergibt sich, neben der politischen und gesellschaftlichen Thematisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und der politischen Relevanz des Themas, aus der eindeutigen Forschungslücke. Die genannten Studien sowie weitere Erkenntnisse im folgenden theoretischen Teil dieser Arbeit werden in die deduktive Kategorienbildung der Auswertung mit einfließen.

2.2 Lebenslagen ungewollt Schwangerer

Im Rahmen der *frauen leben 3* Studie und der Sekundäranalyse der vorliegenden Arbeit werden ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche aus einer handlungsorientierten Perspektive im Sinne des Konzepts der Lebensbewältigung nach Böhnisch (2019) betrachtet. Lebensbewältigung bedeutet nach Böhnisch das Streben nach Handlungsfähigkeit von Menschen in kritischen Lebenssituationen und betrachtet nicht nur individuelle, sondern auch sozialinteraktive und gesellschaftliche Bedingungen, welche einen Einfluss auf das individuelle Bewältigungshandeln haben (vgl. Böhnisch, 2019, S. 11).

Das Erleben eines Schwangerschaftsabbruches wird genauer betrachtet und dabei werden „subjektive Belastungs- und Bewältigungskonzepte, eingebettet in den Kontext reproduktiver Biografien und der individuellen Lebenslagen“ (Böhm, 2020, S. 127) fokussiert. Das Konzept der Lebensbewältigung lässt sich auch auf Empfängnisverhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch beziehen. Besonders interessant für die vorliegende Arbeit ist dabei, „das potenzielle Stigmatisierungserleben, das die subjektive Bewältigung ungewollter Schwangerschaften und möglicher Abbrüche erschweren kann“ (ebd.) einzubeziehen, welches einen Einfluss auf die weitere Empfängnisverhütung haben kann (siehe Kapitel 2.3.6).

Die Vielfältigkeit und Verschiedenheit der ungewollt Schwangeren sowie deren Erleben und Erfahrungen wird stets beachtet.

2.2.1 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland

Laut Statistischem Bundesamt (vgl. Destatis, 2022, o. S.) wurden 2021 in Deutschland 94.600 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. 96 % der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche wurden nach der Beratungsregelung nach § 218a Abs.1 StGB und §§ 5 ff. Schwangerschaftskonfliktgesetz durchgeführt, 4 % wurde aufgrund einer medizinischen oder kriminologischen Indikation durchgeführt. Nach den Daten von *frauen leben 3* wurden 43 % der ungewollten Schwangerschaften abgebrochen. 17 % aller befragten Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren hatten bereits mindestens einen Schwangerschaftsabbruch (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 281)².

41 % der Frauen, die 2021 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, hatten noch kein Kind zur Welt gebracht (vgl. Destatis, 2022, o. S.). Der Großteil der Frauen (70 %) war zwischen 18 und 34 Jahre alt. Nur 3 % waren jünger als 18 Jahre (vgl. ebd.). 19 % der Frauen waren hingegen zwischen 35 und 39 Jahre alt (vgl. ebd.).

1995 wurde das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHAndG) sowie das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG) verabschiedet. Seitdem gilt in Deutschland eine Rechtslage, die eine Mischung aus Indikations- und Fristenregelung mit Pflichtberatung hervorgebracht hat. Der Abbruch einer Schwangerschaft wird nach § 218 StGB aus ethischen Gründen als rechtswidrig angesehen und ist eine Straftat gegen das Leben. Jedoch kann es auf Basis der Grundrechte der Schwangeren „in Ausnahmesituationen zulässig sein, der Schwangeren die Rechtspflicht zum Austragen des Kindes nicht aufzuerlegen“ (Madeker et al., 2012, S. 30), wie in § 219a StGB geschildert. Daraus ergibt sich, neben der kriminologischen und der medizinischen Indikation, welche an dieser Stelle nicht näher erläutert werden kann, die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs nach der Beratungsregelung. Durch die sogenannte Schwangerschaftskonfliktberatung mit Beratungsbescheinigung, einer dreitägigen Bedenkzeit und der Durchführung des Abbruchs durch eine Ärzt*in wird der Abbruch innerhalb der ersten zwölf Wochen nach Empfängnis als straffrei gehandhabt (vgl. pro familia, 2017, S. 9).

² Ungewollte Schwangerschaften mit einem Schwangerschaftsabbruch gleichzusetzen ist falsch, denn die Daten von *frauen leben 3* zeigen, dass mit 57 % jede zweite ungewollte Schwangerschaft ausgetragen wurde (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 281).

Die sogenannte Schwangerschaftskonfliktberatung in einer anerkannten Beratungsstelle, welche als Pflichtberatung vor einem Schwangerschaftsabbruch diesen straffrei macht, „folgt der Erkenntnis, dass ungeborenes menschliches Leben in der Frühphase der Schwangerschaft nur mit der Frau und nicht gegen sie zu schützen ist“ (BMFSFJ, 2019, S. 12). Sie beruht rechtlich auf § 219 StGB und ist in den Paragrafen 5 und 6 SchKG inhaltlich ausgestaltet.

Inhalte der Pflichtberatung sind je nach Sachlage medizinische, soziale und juristische Informationen sowie Beratung zu rechtlichen, finanziellen und praktischen Hilfen und Unterstützungsmaßnahmen. Außerdem muss angeboten werden, die Schwangere im weiteren Verlauf zu unterstützen, insbesondere bei der praktischen Unterstützung im Fall einer Entscheidung für die Schwangerschaft sowie im Fall eines Schwangerschaftsabbruchs bei der Nachbetreuung.

Generell dient die Pflichtberatung dem Schutz des ungeborenen Lebens und

„hat sich von dem Bemühen leiten lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen. Sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen – im Wissen darum, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat“ (BMFSFJ, 2019, S. 12).

Wenn es von der Schwangeren gewünscht ist, kann auch das Thema Empfängnisverhütung in das Gespräch integriert werden (mehr hierzu in Kapitel 2.4).

Durch den Zwangscharakter der sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatung ergeben sich für die Durchführung dieser einige spezifische Herausforderung, die sie von anderen Angeboten psychosozialer Beratung unterscheiden (vgl. Franz, 2015, S. 258). Als eine Dreiecksbeziehung bezeichnet Jutta Franz (vgl. ebd., S. 264) die Beziehung bestehend aus der schwangeren Person, welche die Schwangerschaft abbrechen möchte, der beratenden Person und der Gesetzeslage, die den Zwangskontext der Beratung vorgibt. Dadurch ergeben sich Problemlagen und Dilemmata für die Berater*innen. Oft haben Schwangere in der Beratung kein eigenes Anliegen, kommen also unfreiwillig in die Beratung. Die Beratung kann nicht ausschließlich klient*innenzentriert erfolgen, da bestimmte Inhalte vorgeschrieben sind. Zudem gilt trotz der geforderten Ergebnisoffenheit das Ziel der Fortführung der Schwangerschaft. Der gesellschaftliche Konflikt zwischen dem Schutz des ungeborenen Lebens und dem Recht auf reproduktive Selbstbestimmung beeinflusst die Beratung direkt, da der Gesetzgeber sozusagen „mit am Tisch sitzt“. Madeker et al. (2012) schreiben:

„Die Herausforderung für die Beraterinnen besteht darin, trotz des Zwangscharakters der Beratung ein Maximum an Autonomie für die Schwangere zu gewährleisten. Gerade darin liegen die Legitimation der Beratung und der Unterschied zur Unterweisung“ (ebd., 2012, S. 33).

Kritik an der Sinnhaftigkeit der Schwangerschaftskonfliktberatung ist demnach nicht nur aus dem professionellen Berater*innenverständnis heraus, sondern auch basierend auf der Wirksamkeit der Pflichtberatung auszuüben. Verschiedene Studienergebnisse zeigten allerdings auf, dass die Beratung meist kaum einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung hat (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 159; Böhm, 2020, S. 129).

Für mehr als zwei Drittel der im Rahmen von *frauen leben 3* befragten Frauen hatte die Beratung keinen Einfluss auf die Entscheidungsfindung. Ein Viertel hat die Entscheidung im Anschluss an die Beratung nochmal überdacht (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 159). Die am häufigsten genannten Wirkung der Pflichtberatung ist die, dass sich die Frauen nach dem Gespräch mit ihrer Entscheidung sicherer fühlten. Die in der Studie befragten Berater*innen schätzen die Rahmenbedingungen der Pflichtberatung wie fehlende Freiwilligkeit, einmaliger Kontakt und Zeitdrucks als ungünstig ein (vgl. ebd., S. 174). Helfferich (2015, S. 7) schildert kontraproduktive Effekte, da der Pflichtcharakter zu einer „hartnäckig sich haltenden Wahrnehmung der Beratung als Überredungsversuch auf Seiten der befragten Frauen“ führt, obwohl sich in der Praxis eine wenig normativ und bekehrende Praxis etabliert hat (vgl. ebd.).

2.2.2 Bedeutung des Abbruchs in der Lebenslaufperspektive

Im folgenden Abschnitt werden einige wichtige Studienergebnisse von *frauen leben 3* zu Schwangerschaftsabbrüchen vorgestellt und mit weiteren Studienergebnissen ergänzt.

Frauen leben 3 geht in Übereinstimmung mit der internationalen Forschung davon aus,

„dass ungewollte Schwangerschaften nur erklärt werden können, wenn ihre Vorgeschichte, also die sexuelle Aktivität, der Kinderwunsch und das Verhütungsverhalten, sowie deren Bedingungsfaktoren wie die Partnerschaft, soziale Normen und persönliche Ressourcen in die Betrachtung einfließen“ (Helfferich et al., 2016, S. 276).

Die Gründe für einen Abbruch sind so vielfältig wie die Frauen, die ungewollt schwanger wurden und sich für einen Abbruch der Schwangerschaft entscheiden. Aufgrund dessen ist eine Kontextualisierung des Schwangerschaftsabbruchs in seinem Entstehungskontext immer notwendig. Sowohl der Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft als auch der Abbruch dieser ist von multifaktoriellen Bedingungen beeinflusst. Bestimmte Lebensbedingungen haben unterschiedlich starke Ausprägungen in den drei Lebensabschnitten junges Alter (Lebensumstände sind noch nicht konsolidiert und Kinderwunsch wird überwiegend aufgeschoben, bis 25 Jahre), mittleres Alter (günstig für Kinder, 25 bis 34) und ab 35 Jahren (Familienplanung häufig abgeschlossen) (vgl. ebd., S. 283). Denn „in jedem Alter geben jeweils andere Lebensbedingungen den Ausschlag für die Akzeptanz oder den Abbruch der Schwangerschaft“ (ebd.).

Eine schwierige Partnerschaftssituation³ wird als der einflussreichste Faktor und häufigste angegebene Abbruchgrund in allen drei Lebensabschnitten angegeben. Auch wenn Partnerschaftsprobleme in allen drei Abschnitten häufig sind, so wirkt dieser Faktor mit 39,5 % noch stärker bei jüngeren Frauen, die zu dem Zeitpunkt noch kinderlos waren, als mit 21,3 % bei den befragten Frauen, die bereits zwei oder mehr Kinder hatten (vgl. ebd., S. 149). Berufliche und finanzielle Unsicherheit ist der zweithäufigste genannte Grund und spielt vor allem bei Jüngeren eine Rolle bei der Entscheidung hin zu einem Abbruch. Auch eine schwierige Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist v. a. für jüngere Frauen ein wichtiger Faktor (vgl. ebd., S. 283). Gesundheitliche Bedenken, als dritthäufigster genannter Grund, betrifft vor allem die Gruppe der über 35-Jährigen. Der Faktor „jung, unreif“ sowie die aktuelle Situation in Ausbildung oder Studium hat nur bei den unter 25-Jährigen einen Einfluss (vgl. ebd.).

Zum Zeitpunkt des Abbruchs in der Biografie lässt sich bei hoch qualifizierten Frauen sagen, dass der Abbruch bei drei Vierteln dem Aufschub der Familiengründung diene, indem er vor einer ersten möglichen Geburt war. Bei niedrig qualifizierten Frauen war dies nur bei knapp jedem zweiten Abbruch der Fall, Abbrüche dienen bei diesen eher zur Begrenzung der Familiengröße. Je höher also die Bildung, desto häufiger lag der Schwangerschaftsabbruch vor der (möglichen) Geburt eines ersten Kindes (vgl. ebd., S. 285).

Ungewollte Schwangerschaft ist eine Folge gelebter heterosexueller Sexualität, mit der individuell und paarbezogen umgegangen werden muss (vgl. pro familia, 2006, S. 8). Wie letztlich ein Schwangerschaftsabbruch ins Leben integriert wird, insbesondere durch die Frau, die dies unmittelbar körperlich erlebt, ist von vielen Faktoren abhängig (vgl. Schweiger, 2015, S. 245 ff.). Unter anderem gesellschaftliche Rahmenbedingungen, internalisierte Werte und Normen haben einen großen Einfluss auf das Erleben, Entscheiden und Verarbeiten – dazu mehr im folgenden Kapitel 2.2.3.

2.2.3 Erleben des Abbruchs und die Zeit nach dem Abbruch

Die Zeit rund um einen Schwangerschaftsabbruch ist häufig eine emotional dichte Zeitspanne. Die Frauen müssen die aktuelle Situation der Belastungen durch den Schwangerschaftsabbruch bewältigen, sowohl emotionaler als auch organisatorischer Art:

³ Unter „schwierige Partnerschaftssituation“ werden die Merkmale „kein Partner“, „Partner wollte kein Kind“ und „unsichere Partnerschaft, Krise, Trennung“ zusammengefasst (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 149).

„Viele Frauen erleben die Zeit bis zum Termin des Abbruchs wesentlich belastender als den Eingriff selbst oder die Zeit danach. Die Gewissheit, dass nach dem Abbruch das `normale' Leben wie bisher weitergeht, ist stabilisierend“ (Schweiger, 2015, S. 245).

Eine US-amerikanische Studie zeigte auf, dass vor allem die Zeit vor dem Schwangerschaftsabbruch von den betroffenen Frauen durch die Entscheidungsfindung, die Belastung durch die Organisation eines Abbruchs sowie die Sorge vor dem medizinischen Eingriff oft als belastend empfunden wird. Diese Belastung nimmt aber nach dem Abbruch wieder ab (vgl. Rocca et al., 2015, zit. n. Robert Koch-Institut, 2020, S. 283). Der Weg zu einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung in Deutschland beinhaltet während oder auch nach der Entscheidungsfindung mehrere Schritte, dazu zählen die Feststellung der Schwangerschaft durch ein/eine Gynäkolog*in, die Schwangerschaftskonfliktberatung, eventuell ein Kontakt mit der Krankenkasse zum Erlangen einer Kostenübernahmebescheinigung, ein Vorgespräch vor dem Schwangerschaftsabbruch sowie der eigentliche Abbruch und die Nachuntersuchung (vgl. pro familia, 2017, S. 24 ff.).

Schweiger (2015, S. 235) schreibt, dass ein Schwangerschaftsabbruch „eine Bandbreite von Gefühlen“ umfasst. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Befragung des Familienplanungszentrums Hamburg von 1995, dessen Veröffentlichung den Titel „Traurig und befreit zugleich“ trägt (vgl. Knopf et al., 1995). Zwischen Erleichterung, Schuldgefühlen, Angst, Traurigkeit und Freude über die Autonomie über den eigenen Körper können die Gefühle schwanken, wie die Autorinnen aus der eigenen Beratungserfahrung wissen.

Gefühle wie Traurigkeit oder Bedauern direkt nach dem Abbruch sind verständlich und begründen keine psychiatrische Störung (vgl. Casey, 2010, S. 492). Es gibt aber Frauen mit bestimmten Risikofaktoren, bei denen eine gewisse Vulnerabilität für psychiatrische Störungen nach einem Abbruch vorliegen kann – der Abbruch stellt aber keinen kausalen Zusammenhang dar, sondern kann ein auslösender Faktor sein, wie es auch andere Stresserlebnisse sein können (vgl. ebd., S. 493).

Durch verschiedene internationale Studien wurde insofern aufgezeigt, „dass für die retrospektive Einordnung und Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs vor allem Belastungen zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft und in der Vorgeschichte relevant sind“ (Böhm, 2020, S. 126). Ein sogenanntes „Post-Abortion-Syndrom“, welches eine psychische Reaktion auf einen Schwangerschaftsabbruch aufgrund seines Charakters als traumatisch impliziert, ist weder in der Medizin noch in der Psychologie anerkannt. Pro familia (vgl. 2014, o. S.) stellt die These auf, dass der Begriff vor allem von Gegner*innen reproduktiver Selbstbestimmung in Debatten rund um Schwangerschaftsabbrüche verwendet

wird. In verschiedenen Studien gab es keine Hinweise auf ein höheres Risiko für das Auftreten psychischer Erkrankungen im Vergleich zu Frauen, die eine Schwangerschaft austragen (vgl. Böhm, 2020, S. 126; RKI, 2020, S. 283).

Jedoch gilt zu beachten:

„Ein Abbruch ist ein Ereignis im Leben einer Frau, das positive und/oder negative Wirkungen haben kann. Er kann, wie viele andere schwierige Lebenssituationen, manchmal prägend in Erinnerung bleiben“ (Schweiger, 2015, S. 246).

David (2021) stellte eine Auswertung von Reviews zusammen, die sich (unter anderem) mit den psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs für die betroffene Frau beschäftigen. Dabei kommt er zu dem Schluss, dass die Studienergebnisse zu psychischen Folgen für betroffene Frauen nicht eindeutig sind, da es auch Studien gibt, die eine erhöhte Prävalenz psychischer Komplikationen aufzeigen. Allerdings werden von David (ebd.) auch bei vielen Studien methodische Mängel und Kritikpunkte angemerkt.

David stellt in Anlehnung an Lipp (vgl. 2009, zit. n. David, 2020, S. 542) eine „Checkliste“ von Indikatoren für ein mögliches Risiko psychischer Komplikationen vor. Dazu zählen auf den Abbruch bezogen ein Mangel an sozialer oder familiärer Unterstützung, Schwierigkeiten bei der Entscheidungsfindung sowie ein Wertekonflikt mit der eigenen Religion, ethnischen Gruppe und dem sozialen Umfeld. Des Weiteren sind psychische Erkrankungen in der Vorgeschichte, Suizid in der Familie, geringes Selbstwertgefühl und ein starker Einfluss des männlichen Partners weitere Risikofaktoren (vgl. ebd.). Den größten Einfluss auf das Aufkommen von psychischen Störungen nach einem Schwangerschaftsabbruch hat nach dem Robert Koch-Institut ebenfalls die psychosoziale Situation vor dem Abbruch (vgl. Robert Koch-Institut, 2020, S. 283).

Unter anderem durch die Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs im Strafgesetzbuch werden Abbrüche gesellschaftlich als etwas Ungutes gesehen (vgl. pro familia, 2017, S. 14 ff.), denn „die prinzipielle Verfügbarkeit der Möglichkeiten der Familienplanung bedeutet nicht, dass sie auch gesellschaftlich akzeptiert und zugänglich sind.“ (Busch, 2020, S. 128). Schwangerschaftsabbrüche werden tabuisiert und verschwiegen. Betroffene sprechen nicht darüber und erleben,

„dass ein ohnehin intimes Thema nicht als eines, das viele Frauen verbindet, erlebt wird, sondern Frauen sich als Vereinzelte und Schuldige spüren, dieses Thema nicht (mehr) selbstbewusst besetzen“ (Busch, 2015, S. 22).

Durch die Geheimhaltung des Themas erfährt der Schwangerschaftsabbruch eine Individualisierung, wobei die gesellschaftspolitische Ebene unbeachtet bleibt. Durch fehlende

Repräsentationen in Filmen, Medien und der Kunst „bleibt Frauen oft nur die Möglichkeit, ihre Erfahrungen mit dem Thema ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch im Zerrspiegel der politischen, moralischen und religiösen Kämpfe in der Gesellschaft zu erleben“ (Diehl, 2010, S. 81). Betroffene können sich isoliert und allein in dieser besonderen Lebenslage fühlen.

Die gesellschaftliche Stigmatisierung des Abbruchs kann verschiedene Auswirkungen haben. Sie kann Frauen verunsichern, wodurch der Entscheidungsprozess erschwert werden kann (vgl. pro familia, 2017, S. 16). Silja Matthiesen erkennt in einer Studie zu Schwangerschaftsabbrüchen von Minderjährigen eine Wechselwirkung zwischen gesellschaftlicher Stigmatisierung und individueller Verdrängung. Im Fall einer ungewollten Schwangerschaft mit Schwangerschaftsabbruch müssen sich junge Frauen mit starken negativen Zuschreibungen auseinandersetzen. Deshalb entsteht das Risiko, dass Frauen die Situation lieber verdrängen, „als sich rechtzeitig einzugestehen, dass auch sorgsame und verantwortungsvolle Verhütung scheitern kann“ und es bei gescheiterter Verhütung ein Handeln bedarf, wie die Pille danach zu nehmen oder nach einem Abbruch eine passende Verhütungsmethode zu finden (vgl. Matthiesen, 2008, S. 2 ff.). Ein potenzielles Stigmatisierungserleben kann also auch einen Einfluss auf die weitere Verhütung haben, wie im Kapitel 2.3.6 näher erläutert wird.

2.3 Verhütungsbiografien

In der Studie „Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter“ (vgl. Franz, Matthiesen, 2017) basierte die gescheiterte Verhütung, die zur ungewollten Schwangerschaft führte, auf „Anwendungsfehlern, dem (phasenweisen) Verzicht auf Verhütungsmittel oder [entstanden] aufgrund eines Wechsels der Verhütungsmethode“ (ebd., S. 186). Es gibt auch einen kleinen Teil der Befragten, die keine Vermutungen über die Gründe des Scheiterns der Verhütung hat. Der Frage, wie ungewollte Schwangerschaft trotz dem Vorhandensein von sicheren Verhütungsmethoden entstehen, wird in diesem Unterkapitel nachgegangen. Dazu werden zuerst Verhütungsmethoden und ihre Nutzung in Deutschland genauer betrachtet (2.3.1) und darauf eingegangen welche Faktoren bei der Wahl einer Methode von Einfluss sein können (2.3.2). Anschließend werden nach Helfferich, Klindworth und Kruse (2004) Verhütungsmotive als analytische Erkenntnishilfe vorgestellt (2.3.3). Kapitel 2.3.4. widmet sich dem Phänomen der unterlassenen Verhütung trotz fehlender Schwangerschaftsabsicht („unmet need“) und Kapitel 2.3.5. Anwendungsproblemen, Anwendungsfehlern und

Verhütungspannen. Zum Schluss werden Forschungsergebnisse zu Verhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch zusammengetragen (2.3.6).

2.3.1 Verhütungsmethoden und ihre Nutzung

Verhütungssicherheit hat in Deutschland einen hohen Standard, insbesondere im internationalen Vergleich (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 290). Die Ergebnisse der Repräsentativbefragung der BZgA zum Verhütungsverhalten Erwachsener von 2018 zeigen jedoch folgendes auf: Das Verhütungsverhalten erfährt aktuell einen Wandel hinsichtlich der eingesetzten Mittel (vgl. BZgA, 2020, S. 10). Auch wenn Pille und Kondom nach wie vor die wichtigsten Verhütungsmittel in Deutschland sind, ist die Pille im Vergleich zu 2011 6 Prozentpunkte weniger gefragt, während die Kondomnutzung um 9 Prozentpunkte zu 2011 deutlich zugenommen hat – und dadurch mit der Pille gleichzieht (47/46 %, vgl. ebd.).

An dritter Stelle der Nutzungshäufigkeit steht die Spirale mit einem Anteil von 10 %. An vierter Stelle steht die Sterilisation des Mannes (3 %) sowie die Kalendermethode (3 %), von welcher die symptothermale Methode mit 2 % nochmal separat erhoben wurde. Sterilisation der Frau dient 2 % aller sexuell aktiven Deutschen zwischen 18 und 49 Jahren als Verhütungsmethode (vgl. ebd.).

Bezieht man die Variable Alter mit ein, zeigt sich nochmal ein ausdifferenzierteres Bild (vgl. ebd., S. 11 ff.). In der Gruppe der 18- bis 29-jährigen ist im Vergleich mit den anderen Altersgruppen die Pillennutzung (56 %) und Kondomnutzung (58 %) am höchsten. Gerade in dieser Altersgruppe zeigt sich der Rückgang der Pille mit 16 Prozentpunkten weniger im Vergleich zu Vorgängererhebung 2011 als eine deutliche Entwicklung. In diesem Alter hat die Spirale eine geringe (5 %) und Sterilisation noch keine Relevanz.

Die Nutzung der Pille reduziert sich mit dem Alter, wie die Gruppe der 30- bis 39-jährigen (45 %) und der 40- bis 49-Jährigen (39 %) aufzeigt. Bei den 40- bis 49-jährigen verändert sich das Verhütungsverhalten besonders deutlich: Langzeitverhütungsmittel wie die Spirale (20 %) und die Sterilisation (13 %) nehmen deutlich zu, bei gleichzeitiger Abnahme der Pille- und Kondomnutzung.

Die Doppelnutzung von Kondom und Pille hat im Vergleich zu 2011 abgenommen. 2018 werden fast gleich häufig Pille (34 %) und Kondom (35 %) als alleiniges Verhütungsmittel eingesetzt (vgl. ebd., S. 11). Die Ergebnisse der quantitativen Befragung im Rahmen von *frauen leben 3* zeigen ein ähnliches Bild auf (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 116 ff.).

Die rückläufige Pillennutzung hängt mit der Einstellung zu hormoneller Verhütung zusammen. 55 % der Frauen stimmen der Aussage zu, dass die Verhütung mit der Pille negative Auswirkungen auf Körper und Seele hat (vgl. ebd., S. 24), die höchsten Zustimmungswerte

zu dieser Aussage finden sich bei den 18- bis 29-jährigen. Gleichzeitig findet sich jedoch eine Zunahme anderer hormoneller Verhütungsmethoden wie das Implantat, den Hormonring und die Hormonspirale. Unter den jungen Frauen zwischen 18 und 25 Jahren hatte 2015 jede Zehnte auch schon andere hormonelle Verhütungsmittel ausprobiert (vgl. Heßling, Bode, 2015, S. 175).

Was ist Menschen bei der Wahl ihrer Verhütungsmethode wichtig?

Sicherheit und Zuverlässigkeit sind die wichtigsten Kriterien, denn mehr als vier von zehn Frauen nennen diesen Aspekt (vgl. BZgA, 2020, S. 14). Der Aspekt Sicherheit muss jedoch unterteilt werden in Methodensicherheit und Anwendungssicherheit. Eine Methode kann sehr sicher sein (dies zeigt der Pearl-Index⁴ an), jedoch bei niedriger Anwendungssicherheit auch unsicher werden (z. B. bei Einnahmefehlern der Pille, mehr dazu in Kapitel 2.3.5).

Praktikabilität und Einfachheit in der Anwendung (31 %) sowie wenig Nebenwirkungen (21 %) sind weitere wichtige Kriterien (vgl. ebd.). Weitere Gründe, die jedoch alle in der Nennungshäufigkeit unterhalb der 10-Prozent-Marke blieben, sind Gewohnheit und Vorerfahrung, dass das Verhütungsmittel leicht zu besorgen ist, Empfehlungen der Ärzt*in, Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten, Unverträglichkeit und Ablehnung der Pille sowie die spontane Anwendung (vgl. ebd., S. 14).

7 % der Befragten nannten als Grund für die Wahl eines bestimmten Verhütungsmittels, dass es preiswert war (vgl. ebd.). Die Auswertungen der Studie *frauen leben 3* hat aufgezeigt, dass die Kosten für Verhütung ein Hindernis für eine sichere Verhütung sein können, insbesondere bei Frauen im Sozialleistungsbezug, die mit Hilfe sicherer und langfristiger Verhütungsmethoden verhüten möchten (vgl. Pflügler, 2021, S. 4). Frauen im Sozialleistungsbezug entwickeln je nach Lebens- und Partnerschaftsform verschiedene Lösungsstrategien, um mit den Verhütungskosten umgehen zu können. Dazu zählen eine Kostenreduktion durch Aufteilen mit dem Partner oder Erlangen von Stiftungsgeldern, Sparen sowie das Ausweichen auf günstigere Präparate oder andere Verhütungsmethoden oder der gänzliche Verzicht auf Verhütungsmittel. Das Ausweichen auf andere Verhütungsmethoden geht jedoch mit einem erhöhten Schwangerschaftsrisiko einher (vgl. ebd., S. 6). Einige Frauen verzichten jedoch auch auf Geschlechtsverkehr generell oder weichen auf nicht verhütungsrelevante Sexualpraktiken aus. Eine Sonderauswertung der *frauen leben 3* Daten zeigte auf, dass für Frauen im Sozialleistungsbezug sichere Verhütung sehr wichtig ist, „aber die Kosten bei

⁴ Der Pearl-Index, welcher die Sicherheit von Verhütungsmitteln darstellt, gibt an, wie viele von 100 Frauen, die ein Jahr lang mit einer bestimmten Methode verhüten, in diesem Zeitraum trotzdem schwanger werden (vgl. BZgA, o. J. a, o. S.).

Teilgruppen zu Kompromissen im Verhütungsverhalten und zu Schwangerschaftsrisiken führen“ (vgl. Pflügler, 2021, S. 7). Jede vierte Sozialleistungsbezieherin sah die Kosten für Verhütung bei der letzten Verhütungsentscheidung als sehr wichtigen Aspekt an, was auf eine Unzufriedenheit mit der aktuellen Verhütungspraxis hindeutet (vgl. ebd., S. 12). Diese Unzufriedenheit ist bei Sozialleistungsempfängerinnen mit abgeschlossener Familienplanung am höchsten: 57 % würden gerne ein anderes Verhütungsmittel verwenden (vgl. ebd., S. 13).

Darüber hinaus spielen verschiedene biographische und persönliche Aspekte eine Rolle bei der Wahl einer Verhütungsmethode, wie im folgenden Kapitel näher erläutert wird.

2.3.2 Verhütungsbiographische Einflussfaktoren bei der Wahl einer Methode

Die relevanten Aspekte bei der Wahl eines Verhütungsmittels verändern sich im Laufe des Lebens. Der Einfluss des Alters, wie im vorangegangenen Kapitel 2.3.1 beschrieben, ist ein Einflussfaktor bei der Wahl einer Verhütungsmethode, steht jedoch nicht allein, sondern hat einen starken Zusammenhang mit der damit verbundenen Lebensform, denn „die Lebensform beinhaltet immer auch ein spezifisches Profil der sexuellen Interaktion und dies kann ein Argument für die Wahl einer Verhütungsmethode mit spezifischen Eigenschaften sein“ (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 118). Ob beispielsweise eine junge Frau alleinstehend oder in einer festen Partnerschaft ist, bereits die Ausbildung abgeschlossen hat oder sich noch in dieser befindet, kann gravierende Auswirkungen auf das aktuelle Verhütungsverhalten haben.

Die Wahl einer Verhütungsmethode ist immer beeinflusst von der aktuellen partnerschaftlichen Situation, insbesondere vom Konsolidierungsgrad einer Partnerschaft. Die Verhütungsfrage wird meist beim Eingehen einer neuen Partnerschaft neu verhandelt. Die Studie zum Verhütungsverhalten Erwachsener von 2018 (vgl. BZgA, 2019, S. 14) kam zu dem Ergebnis, dass der Wunsch des Partners für Frauen als Faktor bei der Wahl einer Verhütungsmethode an Relevanz zunimmt (2018 plus 6 Prozentpunkte im Vergleich zu 2011).

Die aktuell gelebte Partnerschaftsform und die Zahl vorhandener Kinder, also die partnerschaftliche und familiäre Lebenssituation, zeigt sich als wichtige Determinante. So werden beispielsweise Kondome häufiger in sexuellen Beziehungen außerhalb einer festen Partnerschaft verwendet, dies erklärt sich zum Teil aus dem Schutz vor übertragbaren Krankheiten (vgl. Helfferich, Klindworth, Kruse, 2004, S. 11). Die Studie zur Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter fand heraus, dass Studierende auch bei unverbindlichem Sex ohne Erwartungen an eine Beziehung versuchen verantwortungsvoll zu verhüten (vgl. Plagge,

Matthiesen, 2017, S. 74). Bereits aus den Daten der *frauen leben 1* Studie von 1998 wurde deutlich, dass „je höher die Kinderzahl, umso seltener werden [Pille und Kondom] verwendet (...). Umgekehrt steigt mit der Zahl der Kinder der Anteil an Befragten, die die Spirale verwenden oder – vor dem Hintergrund der einer abgeschlossenen Familienplanung – eine Sterilisation berichten“ (Helfferich, Klindworth, Kruse, 2004, S. 12).

Mit Abschluss der Familienplanung werden andere Verhütungsmittel angewandt, die längerfristig vor ungewollten Schwangerschaften schützen sollen und situationsunabhängiger sind, wie beispielsweise die Spirale, Hormonimplantat oder auch Sterilisation. Daran zeigt sich, dass sich „im Laufe des Lebens die Anforderungen und Bedürfnisse an die Familienplanung – also auch an die passenden Verhütungsmittel [ändern]“ (pro familia, 2019, S. 8). Matthiesen et al. (vgl. 2013, S. 56) beschreiben ein typisches Verlaufsmuster der Verhütung in jugendlichen heterosexuellen Beziehungen, wobei zu Beginn entweder allein oder in Kombination mit der Pille mit Kondom verhütet wird und im Beziehungsverlauf dann auf die Pille umgestiegen wird. Gründe für das Weglassen des Kondoms liegen in der verringerten Spontanität, den Beeinträchtigungen beim Empfinden sowie der Unsicherheit von Kondomen. Basis für diese Veränderung sind gegenseitiges Vertrauen in die Gesundheit beider Partner*innen sowie Vertrauen in die Sicherheit der Pille und die Anwendung dieser. Denn hormonelle Verhütungsmethoden wirken im Vergleich zur Barriere methode Kondom unsichtbar (vgl. ebd., S. 58). Mit der Dauer der Partnerschaft nimmt auch bei Erwachsenen die zusätzliche Verwendung des Kondoms neben der Pille ab (vgl. Helfferich et al., 2021a).

Der Bildungsstand hat einen Einfluss auf die Kondomnutzung, denn je höher dieser, desto häufiger wird mit Kondomen verhütet (vgl. Helfferich, Klindworth, Kruse, 2004, S. 12). Ein weiterer Einfluss des Bildungsstandes zeigt sich bei den unterschiedlichen reproduktiven Lebensläufen. Frauen mit einer niedrigeren Bildung haben einen früheren Beginn und dadurch auch ein früheres Ende der Familienbildungsphase (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 122).

2.3.3 Motive des Verhütungsverhalten

Helfferich, Klindworth und Kruse (vgl. 2004, S. 25 ff.) beschreiben verschiedene idealtypische Verhütungsmotive von Frauen, die als „wiederholt auftauchende Bilder oder Argumentationsstrukturen“ (ebd., S. 25) gesehen werden können und als „analytische Erkenntnis-hilfe“ (ebd.) dienen. Es geht dabei nicht um Handlungsmotive im psychologischen Sinne.

Diese Motive wurden aus den qualitativen Interviews der *frauen leben 1* Studie herausgearbeitet und stellen eine Abstraktion dar.⁵

Das Motiv „Sicherheit“ vs. „Abgrenzungsmotiv“:

Das „Sicherheitsmotiv“ beinhaltet, dass Frauen für sich selbst und ihre Autonomie sorgen, da sie es sind, die schwanger werden können (vgl. ebd., S. 26). Die Verhütung wird als „Frauensache“ gesehen, weil sie die Konsequenzen tragen und bevorzugen, sich selbst darum zu kümmern. Pille, Spirale und Sterilisation wird vor dem Kondom als alleinige Verhütung bevorzugt, da dieses mit Unsicherheit assoziiert wird. Das Motiv „Sicherheit“ geht stark mit der Angst vor ungewollter Schwangerschaft einher. Deshalb bedeutet sichere Verhütung Angstfreiheit, was wiederum sexuelle Lust ermöglicht.

Das „Abgrenzungsmotiv“ wird vor allem in Bezug auf die Kondomnutzung, welches zusätzliche Sicherheit bei beginnenden Beziehungen oder neuen Kontakten schafft, beschrieben. Die körperliche Barriere dient als emotionale Abgrenzung (vgl. ebd.).

Das Motiv „Glauben und Vertrauen“:

Dieses Motiv beinhaltet, dass die Frauen dem gewählten Verhütungsmittel vertrauen und an ihre Sicherheit „glauben“, dem gewählten Verhütungsmittel also mehr vertrauen als anderen. Gleichzeitig kann das Motiv auch beinhalten, dass die Frauen sich nicht „nicht auf den Partner verlassen wollen“ (ebd., S. 27) und diesem die Verhütung nicht anvertrauen wollen.

Das Motiv des Normalen:

Dieses Motiv „bündelt Aussagen zur ‚Normalität‘ und des normativ Faktischen“ (ebd., S. 28), bei dem die Pille das Verhütungsmittel der ersten Wahl ist. Es geht einher mit einer Selbstverständlichkeit, die schon in der Jugend durch Mütter und Ärzt*innen vermittelt wird. Den Frauen wurde schon früh eindeutig zur Pille geraten – „Wissen um Verhütung [wird] als Wissen um die Pille weitergegeben“ (ebd.). Das „Normale“ der Pille wird jedoch auch durch Mangel an Alternativen an sicheren Verhütungsmethoden konstruiert. Hier zeigt sich eine Verbindung zum Sicherheitsmotiv: Sorge um Sicherheit der Verhütung ist sinnvoll und die Pille wird normativ mit Sicherheit verbunden.

⁵ Helfferich, Klindworth und Kruse (2004, S. 25 ff.) beschreiben diese Motive für Männer und für Frauen. Die Verhütungsmotive von Männern wurden aus dem qualitativen Interviewmaterial der Studie „männer leben“ herausgearbeitet. Da in der vorliegenden Arbeit jedoch nur die Perspektive von Frauen auf ihre Verhütungsbiografien thematisiert werden kann, werden an dieser Stelle die Verhütungsmotive von Männern und ihre spezifischen Aspekte ausgelassen.

Das Motiv der reproduktiven Autonomie:

Frauen verstehen und präsentieren „sich als aktiv Gestaltende und Entscheidung treffende“ (ebd., S. 29) und beanspruchen für sich reproduktive Autonomie. Die Entscheidungen zur Verhütung stehen allein ihnen zu, nicht weil es ihre Verantwortung ist, sondern weil es um ihre Autonomie geht. Dieses Motiv weist einen starken Bezug zu Ost-Sozialisation in der ehemaligen DDR auf und hängt mit der damaligen egalitären Position der Frauen zusammen. Bei diesem Motiv und dem Motiv der Sicherheit wird die „alleinige und selbstverantwortliche Entscheidungsautonomie der Frau angesprochen“ (ebd., S. 30).

Das Motiv der Egalität, (gemeinsamen) Verantwortung, Fairness und Schonung:

Dieses Motiv beinhaltet die partnerschaftliche Aushandlung der Verhütungsmethode sowie die gemeinsame Verantwortungsübernahme. Konkret bedeutet dies neben der Kommunikation über Verhütung und einer gemeinsamen Entscheidung auch die gemeinsame Umsetzung oder zumindest die Unterstützung der Partner dabei, soweit möglich. Es findet sich also von Seiten der Frauen eine klare Erwartung und Anspruch an die Partner. Dieses Motiv beruht auf Konsens und Gemeinschaftlichkeit als grundlegende Beziehungswerte. Aufgrund dessen spielt die Schonung des Körpers der Frau eine wichtige Rolle, auch von Seiten der Partner, denn „dahinter steckt ein spezifisches Körperkonzept, bei dem `Eingriffe` in den `natürlichen Abläufe` und der `Hormonhaushalt` nicht als positive Kontrolle der Fruchtbarkeit, sondern negativ als `Eingriffe` und `Belastung` angesehen werden“ (ebd., S. 32). Meist wird hormonelle Verhütung und alle Methoden, die den Körper der Frau beeinflussen, abgelehnt oder zumindest kritisch betrachtet.

2.3.4 Unterlassene und unsichere Verhütung

Der Begriff „unmet need“ beschreibt das Phänomen der unterlassenen Verhütung durch den ungedeckten Bedarf an Verhütungsmittel trotz vorhandener sexueller Interaktion ohne Schwangerschaftsabsicht, die zu einer ungewollten Schwangerschaft führen könnte (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 116). Eine Inkonsistenz zwischen der aktuell fehlenden Schwangerschaftsabsicht und der fehlenden Verhütung ist häufig zu beobachten. Mehr als ein Drittel der nichtbeabsichtigten Schwangerschaften in der *frauen leben 3* Studie trat ohne Verhütung ein (vgl. ebd., S. 280). 4,2 % aller befragten Frauen verhüten zum Zeitpunkt der Befragung nicht, obwohl ein Bedarf besteht, weil sie nicht schwanger sind und es auch nicht werden wollen (vgl. ebd., S. 124). Drei Aspekte sind dabei hervorzuheben (vgl. ebd., S. 124 ff.). Erstens fällt auf, dass „der Anteil der Frauen mit einem `unmet need` leicht erhöht [ist] unter den Frauen, die verheiratet sind bzw. in einer nichtehelichen Partnerschaft leben (5,3 % bzw.

4,5 %). Zweitens steigt mit dem Alter der „unmet need“ (1,4 % bei den 20- bis 24-jährigen Frauen, 5,3 % bei den 35- bis 39-Jährigen, 6,1 % bei den 40- bis 44-Jährigen). Die älteren, verheirateten Frauen gehen häufiger das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft ein, indem sie nicht verhüten. Drittens ist der ungedeckte Verhütungsbedarf bei Frauen mit niedriger Bildung deutlich stärker (6,9 %) im Vergleich zu den Hochqualifizierten (2,7 %). Auch hier zeigt sich der Zusammenhang zur finanziellen Lage, da niedrige Bildung meist in Korrelation mit niedrigem Einkommen steht, wie bereits in Kapitel 2.3.2 beschrieben. Frauen, die sich finanziell in einer sehr guten Lage befinden, haben einen `unmet need` von 3,9 % und bei „eher schlechter“, „schlechter“ und „sehr schlechter“ finanzieller Lage zwischen 5,4 % und 6,7 % (vgl. ebd., S. 125).

Die Auswertung der *frauen leben 3* Daten zeigte auf, dass es altersabhängig unterschiedliche Risiken ungewollter Schwangerschaften in Zusammenhang mit der Verhütung gibt (vgl. ebd., S. 279). Unter 25 Jahren bilden Unerfahrenheit und noch nicht konsolidierte Partnerschaften Verhütungsrisiken, denn die „sexuelle Aktivität ist von wechselnder Intensität“ (ebd.), auch wenn die Verhütung überwiegend gut ist. Im Alter von 25 bis 34 Jahren tragen vor allem finanziell schlecht gestellte Frauen ein Verhütungsrisiko, welche eine sichere Verhütung mit der Methode der Wahl nicht finanzieren können. Die Gruppe der über 34 Jahre alten Frauen ist einem altersspezifisches Verhütungsrisiko ausgesetzt, da die eigene Fertilität unterschätzt wird oder nicht mehr als gegeben angenommen wird und die Frauen aufgrund dessen nicht verhüten.

Helfferrich et al. (2021b) erkennen drei grundlegende Motivlagen der Nicht-Anwendung von Verhütungsmitteln. Die erste Motivlage beinhaltet das Spielen mit dem ambivalenten Kinderwunsch und damit einhergehender Leichtsinn. Es ist also kein strikte Schwangerschaftsablehnung vorhanden, was „als Hinweis gewertet werden [kann], dass eine weggelassene oder inkonsequente Verhütung in der Tendenz auf eine `etwas mehr gewollte` respektive weniger strikt abgelehnte Schwangerschaft hindeutet“ (Helfferrich et al., 2021b, S. 1412). Laut dem Datensatz von *frauen leben 3* trifft dies bei 24 % der dezidiert ungewollten Schwangerschaften als Grund für die fehlende Verhütung zu (vgl. ebd., S. 1412). Es wird die These aufgestellt, dass „in der Lebenswirklichkeit der Frauen vielfach nur bedingt Klarheit hinsichtlich der Schwangerschaftsabsicht besteht“ (ebd., S. 1413), was zu einer Risikoverdrängung führen kann. Eine Folge kann auch der Wechsel zu weniger sichereren Verhütungsmethoden sein. Allerdings ist zu betonen, dass ein ambivalenter Kinderwunsch auch

gegenteilig ein starkes Sicherheitsbedürfnis bei der Verhütung einer Schwangerschaft auslösen kann (vgl. ebd., 2004, S. 37).

Als zweite Motivlage werden individuelle und strukturelle Hürden benannt. Dazu zählen gesundheitliche Aspekte und Nebenwirkungen, die bei 15,6 % der unbeabsichtigten Schwangerschaften, deren Eintritt ohne Verhütung passierte, als Grund für das Weglassen der Verhütung zählen (vgl. ebd., 2021b, S. 1413). Weitere Gründe sind die Verhütungsmüdigkeit und das Fehlen einer passenden Methode, zu hohe Kosten, Hürden bei der Beschaffung und dem Zugang, Absetzen der alten Methode und fehlende neue Methode sowie Gründe, die beim Partner liegen.

Als dritte Motivlage benennen Helfferich et al. (vgl. 2021b, S. 1412) die irrtümliche Annahme, nicht schwanger werden zu können aufgrund einer Erkrankung bei sich oder ihrem Partner oder der fehlenden Fertilität aufgrund des Alters. Dies betrifft insgesamt 7,8 % der unbeabsichtigten Schwangerschaften ohne Verhütung. Eine weitere häufige irrtümliche Annahme ist, dass Frauen während der Stillzeit eines Kindes nicht schwanger werden können. Diese Motivlage kann durch den Aspekt der „Mythenbildung“ rund um Schwangerschaft und daraus folgende Risikoverdrängung ergänzt werden (vgl. Busch, 2009, S. 38).

Eine geringe Partnerschaftsstabilität und häufige Wechsel von Partner*innen sowie „Defizite in der partnerschaftlichen Kommunikation zur Verhütung, vor allem in nicht egalitären Paarbeziehungen und bei männerdominierter Sexualität“ (Busch, 2009, S. 39) können sich auf das Verhütungsverhalten auswirken.

Durch eine Expertise im Auftrag der BZgA 2009 wurden Interviews mit Berater*innen geführt (vgl. Busch, 2009, S. 38 ff.). Die Berater*innen schildern als Ursache der Nichtanwendung von Verhütungsmitteln auch das fehlende oder nicht ausreichende Wissen. Dies sehen sie insbesondere bei Migrantinnen, die einen geringeren Zugang zu Wissen rund um die Anwendung von Verhütungsmethoden haben, da beispielsweise wegen sprachlichen Barrieren notwendiges Wissen nicht umfassend vermittelt werden kann. Dies gilt sowohl im Rahmen von Ärzt*innengesprächen oder auch mit Blick auf das Verständnis von Beipackzetteln (vgl. ebd., S. 38).

Neben unterlassener Verhütung trotz fehlender Schwangerschaftsabsicht, gibt es auch unsichere Verhütungsmethoden. Zu den unsicheren Verhütungsmethoden zählt der sogenannte Coitus Interruptus, was von Menschen häufig als „aufpassen“ bezeichnet wird. Der Penis wird vor dem Samenerguss aus der Vagina herausgezogen, um die Ejakulation innerhalb der

Vagina zu verhindern. Es kann jedoch auch vor der Ejakulation einen Austritt von Samenflüssigkeit durch die sogenannten Lusttropfen geben. Da es nicht immer möglich ist, den Penis rechtzeitig zurückzuziehen, ist diese Methode sehr unsicher, was auch der Pearl-Index von 4 bis 22 belegt (vgl. BZgA, 2019, o. S.). Zum Vergleich: Der Pearl-Index für das Kondom liegt bei 2 bis 12, bei der Pille zwischen 0,1 und 0,9 (vgl. ebd.). Das heißt, dass weniger als eine von 100 Frauen, die ein Jahr lang mit der Pille verhüten, schwanger wird und zwischen 2 und 12 Frauen schwanger werden, die ein Jahr lang mit Kondom verhüten.

Die auch als Kalendermethode bezeichnete Knaus-Ogino-Methode, bei welcher rein rechnerisch die fruchtbare Zeit im Zyklus bestimmt wird, gilt ebenfalls als unsichere Verhütungsmethode. Da der Eisprung unerwartet früher oder später als nach der Berechnung auftreten kann, weil der Zyklus durch äußere Einflüsse veränderbar ist, ist die Methode nicht sicher und wird mit einem Pearl-Index von 5 bis 20 bewertet (vgl. ebd.).

Der Pearl-Index ist jedoch nur ein Anhaltspunkt, denn „die Sicherheit eines Verhütungsmittels hängt im Einzelfall immer davon ab, ob es vorschriftsmäßig angewandt wurde“ (BZgA, o. J. a, o. S.). In Studien von Herstellern von Verhütungsmitteln werden außerdem Anwendungsfehler nicht miteinbezogen. Näheres zu Anwendungsfehlern und Verhütungspannen findet sich im folgenden Kapitel 2.3.5.

Frauen leben 3 betrachtet nähergehend die Frage, wieso Menschen mit diesen als unsicher deklarierten Verhütungsmethoden verhüten (vgl. Helfferich et al., 2013, S. 26). Dies kann in Situationen auftreten, wenn die Verfügbarkeit, aufgrund von Zeitmangel, Geldmangel oder einer fehlenden Zufriedenheit mit den vorhandenen Methoden, nicht gegeben ist. Situative Faktoren wie die fehlende Kommunikation, sexualisierte Gewalt oder Geschlechtsverkehr in „Situationen, die kognitiv wenig zugänglich bzw. unerwartet waren“ (ebd.) stellen weitere Gründe dar. Des Weiteren gibt es einen Zusammenhang zwischen dem individuellen Planungsverhalten und der Anwendung von sicheren Verhütungsmethoden: Es wird nichts geplant, sondern der Maxime „komme was wolle“ gefolgt (vgl. ebd.).

2.3.5 Anwendungsprobleme und Verhütungspannen

Ungewollte Schwangerschaften entstehen nicht nur, wenn nicht verhütet wird, sondern auch immer wieder durch misslingende Verhütung. In der Studie zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen (vgl. Matthiesen et al., 2009, S. 70) gaben 65 % der minderjährigen Schwangeren an, dass sie bei dem Geschlechtsverkehr, der zur Zeugung führte, mit Pille und/oder Kondom verhütet hatten.

Im Rahmen der Studie *frauen leben 3* wurden Erklärungen für unter Verhütung eingetretener Schwangerschaften von betroffenen Frauen und Expert*innen der Schwangerschaftskonfliktberatung zusammengestellt (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 125 ff.). Die subjektiven Erklärungen der Frauen wurden in drei Kategorien unterteilt.

Die erste ist die „Feststellung der Unerklärlichkeit“, wenn Frauen keine Hinweise für das Versagen einer Methode erkennen, z. B. wenn eine Schwangerschaft trotz (angeblich) korrekter Kondomanwendung eintrat.

Die zweite Kategorie ist methodenbezogen und beinhaltet „Erklärungen über einen Fehler der Methode“, auf diese Fehler hatten die Frauen keinen Einfluss. Diese Kategorie beinhaltet beispielsweise das Verrutschen einer Spirale. Da sich daraus kein Veränderungspotenzial für die Frauen ergibt, außer die Methode zu wechseln, wird an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen.

Die dritte Kategorie beinhaltet „Erklärungen über fehlerhafte bzw. unregelmäßige Anwendung der Methode“. Auf Anwendungsfehler wird im Folgenden genauer eingegangen. Die Studie der BZgA zum Verhütungsverhalten Erwachsener von 2018 erkennt verschiedene Probleme. Knapp vier von fünf Frauen benennen Schwierigkeiten bei der Anwendung der Pille in den letzten zwölf Monaten (vgl. BZgA, 2018, S. 27). Vor allem die pünktliche Einnahme der Pille stellt bei fast zwei Dritteln der Frauen ein Problem dar: Sie hatten mindestens einmal in den letzten zwölf Monaten die (pünktliche) Einnahme vergessen (vgl. ebd.). Unsicherheit über die Wirksamkeit aufgrund von Erbrechen, Durchfall oder Einnahme von Antibiotika erlebten sieben Prozent der befragten Frauen (vgl. ebd.).

Die Anwendung des Kondoms wird von 57 % der befragten Männer als problemlos bezeichnet (vgl. ebd., S. 28). Sollte es Probleme in den letzten 12 Monaten gegeben haben, sind die häufigsten genannten und etwa gleich weit verbreiteten Probleme bei der Anwendung, „Kondom geplatzt, gerissen“, „zu trocken“, „zu klein“ (18 %, 15 %, 14 %). „Kondom abgerutscht“, „Schwierigkeiten beim Überrollen“, „Erregung verloren beim Überrollen“, „Schmerzen gehabt“, „Allergie“ sind weitere, jedoch weniger häufig genannte Schwierigkeiten (vgl. ebd.). Die Sicherheit eines Kondoms ist sehr stark von seiner korrekten Anwendung abhängig, denn die Lagerung, die richtige Größe, der Zeitpunkt des Überziehens und Abziehens sind wichtige Determinanten für die Sicherheit. Es ist wenig überraschend, dass „vor allem bei spontanen sexuellen Kontakten oder am Anfang einer Beziehung hier größere Risikopotentiale zu sehen [sind]“ (Pflügler, 2021, S. 14). Denn es benötigt Kommunikationskompetenz, ein Kondom richtig anzuwenden, beziehungsweise die (richtige) Anwendung überhaupt einzufordern (vgl. ebd.).

Auch bei anderen Methoden sind zahlreiche weitere Anwendungsfehler zu erwähnen. Beispiele dafür sind mit Blick auf die Verhütung mit einem Hormonring die zu späte oder falsche Anwendung. Bei der natürlichen Familienplanung können Mess-, Beobachtungs- oder Auswertungsfehler auftreten. Schweiger (vgl. 2015, S. 236) zählt verschiedene Gründe für Anwendungsfehler auf, die sich mit den Erklärungsansätzen für „unmet need“ überschneiden (siehe Kapitel 2.3.4). Bestimmte Lebensphasen bergen darüber hinaus ein höheres Risiko, ungewollt schwanger zu werden, wie beispielsweise die Trennungsphase, nach einer Geburt und während der Stillzeit und auch in partnerlosen Phasen. Denn in diesen Phasen kann Sexualität eher Spontancharakter zugeschrieben werden. Zudem ist die Kommunikation über Verhütung in diesen Phasen schwieriger (vgl. ebd., S. 252).

Das Risiko von spontanem Geschlechtsverkehr ist damit zu erklären, dass "sichere Verhütung [...] Planungskonsistenz [braucht], die bei gelebter Sexualität in ihrer Spontanität nicht immer gegeben sein kann" (Busch, 2020, S. 126.).

Gewalterleben in der Partnerschaft ist ein weiterer Risikofaktor für eine unsichere Verhütung mit Anwendungsfehlern (vgl. ebd.). Eine andere Ursache liegt im fehlenden Wissen zu möglichen Anwendungsfehlern,. So kann beispielsweise zu wenig Kenntnis über die eigene Fruchtbarkeit und die des Partners zu einer falschen Einschätzung der Wirksamkeit der angewandten Methode führen (vgl. ebd., S. 236). Unterschiedliche Wirksamkeiten, Wechselwirkungen und gängige Anwendungsfehler sind oft nicht bekannt (vgl. Fiala et al., 2012, S. 17). Oppelt et al. (vgl. 2018, S. 1000) erkannten in ihrer Studie zur Verhütungssituation von Adolescentinnen in Deutschland ebenfalls Wissensdefizite bei den Wirkmechanismen der angewandten Verhütungsmethoden.

Schweiger (vgl. 2015, S. 236) mutmaßt, dass auch unbewusste Gründe zu Anwendungsproblemen führen können. In Trennungssituationen kann „fehlende Verhütung bzw. eine ungewollte Schwangerschaft ein unbewusster Versuch, die Beziehung zum Partner zu retten“ (ebd.) sein. Eine ungewollte Schwangerschaft kann auch unbewusst die „Ablösung von der Herkunftsfamilie [symbolisieren]“ (ebd.).

Werden Verhütungspannen wie ein gerissenes oder abgerutschtes Kondom oder die vergessene Einnahme der Pille bemerkt, gibt es die Möglichkeit von Notfallkontrazeption durch die Pille danach oder die Spirale danach. Die Pille danach ist seit 2015 rezeptfrei in Apotheken erhältlich. In der 2019 durchgeführte Studie „Jugendsexualität 9. Welle“ der BZgA waren 95 % der 14- bis 25-jährigen Mädchen und Frauen über die Pille danach informiert (vgl. Scharmanski, Hessling, 2021, S. 2). Die Anwendung der Spirale danach ist im Vergleich zur Pille danach sehr gering. Dies ist damit zu erklären, dass diese Möglichkeit einerseits häufig

nicht bekannt ist und die Möglichkeit andererseits einen größeren organisatorischen Aufwand unter Zeitdruck bedeutet, da die Frau sich möglichst schnell eine Spirale als Notfallkontrazeption einsetzen lassen muss (vgl. ebd.). Auch wenn die Möglichkeit der Pille danach bekannt ist, so haben Frauen, die ungewollt schwanger waren und einen Schwangerschaftsabbruch hatten, offensichtlich keine oder zu spät Notfallkontrazeption angewandt. Gründe dafür können Risikoverdrängung, das fehlende Wissen über den eigenen Zyklus sowie Geld – und Zeitmangel sein (vgl. Matthiesen et al., 2009, S. 103 ff.).

Matthiesen et al. (vgl. ebd., S. 71 ff.) erkennen in ihrer Studie „Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen“ vulnerable Gruppen und Risikofaktoren für ungewollte Jugendschwangerschaften, ob ausgetragen oder abgebrochen.

Bei vorhandener sozialer Benachteiligung in Hinblick auf eigene Schulbildung und die Schulbildung des Partners sowie bei Arbeitslosigkeit der Eltern, haben die befragten jungen Frauen besonders nachlässig verhütet. Im Vergleich dazu wurden sozial besser gestellte junge Frauen häufiger durch Anwendungsfehler schwanger.

Sind in einer Paar- oder Sexualbeziehung die Geschlechterverhältnisse nicht egalitär und es findet sich ein Machtungleichgewicht, können die Verhandlungsmöglichkeiten der Frau eingeschränkt sein - Drängeln oder Zwang wird eher nachgegeben. Gründe dafür können beispielsweise eine Altersdifferenz zum Partner sein. Die Durchsetzungsfähigkeit und Handlungsfähigkeit der Frauen wird hierdurch beeinflusst: „Zusammenfassend kann man sagen, dass das Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft in solchen Beziehungen erhöht ist, in denen die Fähigkeit oder Möglichkeit der Frau zum selbstbestimmten Handeln beeinträchtigt oder eingeschränkt ist“ (ebd., S. 74). Bei jungen Menschen spielt außerdem auch die geringe Erfahrung eine große Rolle: „Verhütung ist ein Bereich der Sexualität, in dem Erfahrungen gesammelt und eine gewisse Routine erworben werden muss, um Verhütungspannen zu minimieren.“ (Matthiesen et al., 2013, S. 62).

2.3.6 Verhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch

Nach dem Schwangerschaftsabbruch ist es möglich, sofort wieder schwanger zu werden, da bei 80 % der Frauen die Ovulation meistens innerhalb eines Monats wieder einsetzt, manchmal auch schon nach acht bis zehn Tagen (vgl. Lux, 2021, S. 22; Maeffert, Tennhardt, 2021, S. 33). Aufgrund dessen besteht der Bedarf der Anwendung von Verhütung ab dem Schwangerschaftsabbruch. Sowohl nach dem operativen als auch nach dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch können alle Verhütungsmittel angewandt werden (vgl. Maeffert,

Tennhardt, 2021, S. 93). Die Kupferspirale, die Kupferkette oder die Hormonspirale können im Rahmen des operativen Abbruchs direkt im OP eingesetzt werden (vgl. ebd., S. 94). Ma-effert und Tennhardt (vgl. ebd., S. 34) weisen darauf hin, dass im Fall des Eintritts der ungewollten Schwangerschaft, trotz der Anwendung von Verhütungsmethoden, deren korrekte Anwendung besprochen werden sollte, beziehungsweise beispielsweise bei der Nutzung eines Diaphragmas der Sitz von einem*einer Gynäkolog*in kontrolliert werden sollte.

Auch wenn von mehreren Professionen in diesem Prozess erwähnt wird, dass nach dem Schwangerschaftsabbruch sofort ein neuer Zyklus beginnt und Überlegungen zur Verhütung in der Zukunft dringend notwendig sind, kann, wie in Kapitel 2.2.3 dargestellt, die aktuelle Belastung während des Entscheidungsprozesses und vor und unmittelbar nach dem Abbruch das Thema Verhütung erstmal in den Hintergrund rücken.

Verschiedene gynäkologische Studien kamen zu dem Ergebnis, dass Verhütung und damit die Prävention weiterer ungewollter Schwangerschaften nach einem Schwangerschaftsabbruch signifikant effektiver ist, wenn Frauen bereits im Rahmen der Versorgung rund um den Abbruch in Bezug auf die weitere Verhütung konkret versorgt werden (vgl. Gemzell-Danielsson et al., 2014, S. 52). Des Weiteren ist die Verhütung effektiver, wenn die Frauen danach reversible Langzeitverhütungsmethoden nutzen (vgl. ebd., S. 53). Mehr als die Hälfte der Frauen hat bereits im Laufe von zwei Wochen nach dem Abbruch wieder Geschlechtsverkehr (vgl. ebd.).

Im Rahmen der US-amerikanischen „Turnaway“ Studie wurde das Verhütungsverhalten von 670 Frauen, die zwischen 2008 und 2010 in den USA einen Schwangerschaftsabbruch hatten, im Rahmen einer fünf Jahre andauernden Langzeitstudie erhoben und analysiert (vgl. Moseson et al., 2018, S. 8). Die Autor*innen beziehen sich als Grundlage ihrer Arbeit auf weitere Langzeitstudien in den USA, die herausfanden, dass die Wahrscheinlichkeit unbeabsichtigt schwanger zu werden, bei Frauen innerhalb eines Jahres nach einem Abbruch um 35% erhöht ist, im Vergleich zur allgemeinen Wahrscheinlichkeit einer unbeabsichtigten Schwangerschaft generell (vgl. Upadhyay et al., 2012 zit. n. Moseson et al., 2018, S. 7).

86 % der Frauen haben nach dem Abbruch eine Verhütungsmethode verwendet (vgl. ebd., S. 10), dabei wurden jedoch die weniger effektiven Methoden wie hormonelle Kurzzeit-Verhütungsmethoden oder Barrieremethoden verwendet und weniger häufig Sterilisation oder Langzeitverhütungsmethoden wie beispielsweise die Spirale (vgl. ebd., S. 11). Die Autor*innen betonen, dass das erhöhte Risiko einer weiteren unbeabsichtigten Schwangerschaft nicht an einem Mangel an Motivation bei der Verhütung liegen könne und aufgrund dessen eine Erforschung der kontextuellen Faktoren für das erhöhte Risiko notwendig ist

sowie beispielsweise auch die erhöhte Fertilität mancher Frauen als Erklärung dienen kann (vgl. ebd.). Auffallend war jedoch, dass die abgebrochene Schwangerschaft häufig in Zusammenhang mit einem Wechsel zu einer neuen Methode oder einer kurzfristigen Lücke in der Anwendung von Verhütung stand (vgl. ebd.).

Diese Erkenntnisse sind nur sehr eingeschränkt auf den deutschsprachigen Raum zu übertragen, da es sich um unterschiedliche Gesellschafts- und Gesundheitssysteme handelt und sozioökonomische Faktoren differenziert betrachtet werden müssen. Generell ist mit Blick auf das Thema der Verhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch außerdem zu beachten, was die Ursache für die ungewollte Schwangerschaft war (fehlende Verhütung/Verhütungsspanne/keine Erklärung möglich). Je nachdem kann sich der Schwangerschaftsabbruch unterschiedlich auf die weitere Verhütungsbiografie auswirken.

Die Studie von Matthiesen et al. (vgl. 2009) zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen zeigte auf, dass „für die meisten jungen Frauen Schwangerschaft, die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch und der Abbruch selbst einschneidende und [für] sie bewegende Ereignisse [sind]“ (vgl. ebd., S. 139). Dies zeigt sich auch in den Veränderungen im Verhütungsverhalten. Von den 53 befragten Frauen, die nach dem Abbruch Geschlechtsverkehr mit einem Mann hatten, haben 38 sicherer als vorher, mit anderen Verhütungsmitteln verhütet. Weitere 15 Frauen verhüteten zwar immer noch mit der Pille, „geloben aber oft ausdrücklich eine größere Sorgfalt“ (vgl. ebd., S. 146). Die große Relevanz von hormonellen Verhütungsmethoden zeigt sich hier, da der Großteil (49 von 53) hormonell verhütet, wovon jedoch nur 7 von 53 hormonelle Langzeitmethoden verwenden, was sich durch das junge Alter erklären lässt (siehe Kapitel 2.3.2). 13 von 53 Frauen verhüteten auch zusätzlich mit Kondom, um die Sicherheit zu erhöhen. (vgl. ebd.). Die Autor*innen der Studien sprechen von einer „enormen Zunahme an Sorgfalt und Sicherheit – zumindest wenige Wochen nach einem Abbruch“ (ebd.), werfen jedoch auch die Frage auf, ob dieses neue sicherere Verhütungsverhalten sich stabilisieren wird⁶. Trotz des verbesserten Verhütungsverhaltens haben die Mehrheit der Frauen Angst vor einer erneuten Schwangerschaft, denn „ihre Erfahrung hat das Risiko konkret und real gemacht. Der Grad der Angst variiert von einem leichten Unbehagen bis zu einer deutlichen Verunsicherung“ (Matthiesen et al., 2009, S. 143). Diese Angst hindert jedoch nur die Wenigsten an der Wiederaufnahme von

⁶ Die interviewten Frauen, die vor dem 18. Geburtstag schwanger wurden und die Schwangerschaft abgebrochen haben, wurden zwei bis drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch befragt (vgl. Matthiesen et al., 2009, S. 35 ff.).

Geschlechtsverkehr, denn „oft besänftigen die Frauen ihre Angst damit, dass sie nun besser verhüten und sich vornehmen, vorsichtiger zu sein“ (ebd., S. 144).

Eine große nationale Studie zu Frauen mit Schwangerschaftsabbruch in Frankreich kann Daten eines Samples von insgesamt 7.541 Frauen aufweisen und kam zu dem Ergebnis, dass ein Drittel der Frauen nach dem Abbruch die gleiche Verhütungsmethode nutzte, 54 % eine effektivere Methode verschrieben bekommen haben als vor dem Abbruch und 14 % eine weniger effektive oder gar keine Verhütungsmethode anwandten (vgl. Moreau et al., 2010, S. 341). Fast 80 % der Frauen gaben an, im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs Informationen zu Verhütungsmethoden erhalten zu haben (vgl. ebd., S. 340). Insgesamt ist nach dem Schwangerschaftsabbruch ein Anstieg in der Verschreibung sehr effektiver Verhütungsmethoden (IUD, hormonelle Methoden) zu erkennen (vgl. ebd., S. 341).

Auch Knopf, Mayer und Meyer schreiben bereits 1995, dass viele der von ihnen im Rahmen ihrer Studie befragten Frauen in der ersten Zeit nach dem Abbruch von großer Angst erfüllt waren vor einer erneuten Schwangerschaft:

„So überdachten fast alle Frauen ihr Verhütungsverhalten oder änderten dieses, da sie darin verunsichert worden waren. In den Gesprächen wurden Unzufriedenheit mit den bestehenden Verhütungsmitteln und deren Unzulänglichkeiten sichtbar, da immerhin mehr als die Hälfte der Frauen verhütet hatte, als sie schwanger wurde“ (Knopf, Mayer, Meyer, 1995, S. 20).

In der Studie zur Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter führte bei keiner der Studentinnen der Schwangerschaftsabbruch zu einer längeren Phase sexueller Inaktivität (vgl. Franz, Matthiesen, 2017, S. 190). Nach der körperlichen Erholung vom Abbruch wird die sexuelle Aktivität wie vor der ungewollten Schwangerschaft weitergeführt. Das Verhütungsverhalten wurde jedoch von allen Befragten nach dem Abbruch verändert, durch den Wechsel zu einer hormonellen Verhütungsmethode oder zur kombinierten Anwendung von Kondom und einer weiteren Verhütungsmethode, um die Sicherheit zu erhöhen. Die Frauen schilderten ihr „konsequenteres und sorgfältigeres Verhütungsverhalten, mit dem sie sich gegen eine weitere ungeplante Schwangerschaft absichern, die sie mit allen Mitteln verhindern wollen“ (ebd.).

Ein weiterer Aspekt beeinflusst die zukünftige Verhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch: Die „normative Verurteilung wiederholter Schwangerschaftsabbrüche“ (Böhm, 2020, S. 132), welche trotz liberaler Einstellungen der befragten Frauen mit Abbrucherfahrung in der Studie zu Studierendensexualität auffallend sei. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass eine durch fehlende Verhütung oder Anwendungsfehler entstandene ungewollte Schwangerschaft in unserer Gesellschaft „dem etablierten Leitbild eines verantwortungsbewussten Umgangs mit Sexualität, bei dem ‚die aktive Verhinderung der Zeugung die Norm darstellt‘ (Foltys, 2014, S. 67) diametral gegenüber [steht]“ (Franz, Matthiesen, 2017, S. 195). In

Zusammenhang mit der Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen ist es von großer Relevanz, mit einer Sensibilität gegenüber Stigmatisierungserfahrungen in die Beratung zu Verhütungsmethoden im Rahmen der Schwangerschaftsabbruchversorgung zu gehen (vgl. Böhm, 2020, S. 132). Denn ungewollte Schwangerschaften können nicht mit völliger Sicherheit verhindert werden, auch wenn dies gewünscht ist. Zum einen, da keine Verhütungsmethode einen hundertprozentigen Schutz bietet, zum anderen, da „sexuelles Verhalten nicht immer planbar ist: Affekte und Verlangen intervenieren“ (Franz, Matthiesen, 2017, S. 195). Auch wenn es ein vermeidbares Risiko gibt, sind ungewollte Schwangerschaften eine Begleiterscheinung sexueller Aktivität, da immer ein Restrisiko bestehen bleibt.

2.4 Beratung zu Verhütungsmitteln im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung

Seit auf der UN-Menschenrechtskonferenz 1968 in Teheran erstmals das Recht auf Familienplanung als Menschenrecht formuliert wurde, wurde auf internationaler Ebene mit Nachdruck an der Formulierung der sexuellen und reproduktiven Rechte gearbeitet. Die individuelle Entscheidung über Verhütung wurde in einen „größeren Kontext von sexuellem Wohlbefinden, Gesundheit und Gleichberechtigung“ (Thoß, 2005, o. S.) verortet. 1994 wurden bei der UN-Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo diese Rechte weiter ausformuliert und ein freier Zugang zu Verhütungsmitteln sowie der Zugang und die Verfügbarkeit zu Informationen und Dienste im Bereich der Familienplanung als Notwendigkeit genannt, um „eigenverantwortliche und freie Entscheidungen über Schwangerschaft und Methoden der Familienplanung zu ermöglichen und zu unterstützen“ (UN, 1995, S. 40 zit. n. Caesar, 2019, S. 8). Heute ist Verhütungsberatung auf internationaler Ebene weitestgehend anerkannt als Teil der sexuellen und reproduktiven Rechte und dadurch auch die Pflicht des Staates, rechtsbasierte Verhütungsberatung zur Verfügung zu stellen. Es ist jedoch anzuzweifeln, dass die Anerkennung dieser Rechte auch deren konkrete Umsetzung bedeutet. Denn ohne qualitativ hochwertige, diskriminierungsfreie und niedrigschwellige Verhütungsberatung können „viele der sexuellen und reproduktiven Rechte (...) unter Umständen gar nicht oder nur bedingt umgesetzt werden“ (Caesar, 2019, S. 15).

In Deutschland wird die Verhütungsberatung zum einen durch Gynäkolog*innen durchgeführt, zum anderen durch psychosoziale Schwangeren- und Familienberatungsstellen im Rahmen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, da nach § 2 Abs. 1 SchKG jede Frau und jeder Mann einen Rechtsanspruch auf Beratung bei "Fragen der Sexualaufklärung,

Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft mittelbar oder unmittelbar berührenden Fragen" hat.

Gynäkolog*innen haben trotz der Mediennutzung eine Schlüsselrolle bei der Informationsvermittlung inne, wie Studienergebnisse zeigen (vgl. Bode, Heßling, 2015, S. 43 ff.). Sollte es Informationsbedarf geben, so ist der*die Gynäkolog*in die erste Anlaufstelle bei 68 % der Befragten (vgl. BZgA, 2020, S. 22). Vier von fünf Frauen bewerteten das Gespräch als hilfreich (vgl. ebd.). Die Beratung umfasst körperliche, psychische und soziale Aspekte.

Das Thema Empfängnisverhütung kommt bei jedem Schwangerschaftskonflikt auf.

Es wird meist bei dem Ärzt*innetermin zur Feststellung der Schwangerschaft, dem Beratungsgespräch in einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, dem ärztlichen Vorgespräch sowie beim eigentlichen ambulanten Schwangerschaftsabbruch immer wieder thematisiert. Denn nach dem SchKG berichtet die Schwangerschaftskonfliktberatung „auf Wunsch der Schwangeren auch über Möglichkeiten, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden“ (§ 5 Abs. 2 Satz 3 SchKG). Im Rahmen einer Expertise im Auftrag der BZgA durch Busch (vgl. 2009) wurden u. A. qualitative Interviews mit Expert*innen aus dem beraterischen und medizinischen Bereich geführt. Es wird geschildert, dass laut Beratungsprotokollen der Pflichtberatung häufig im Rahmen einer Schwangerschaftskonfliktberatung eine Verhütungsberatung angeboten oder sogar durchgeführt wird. Allerdings ist Folgendes zu beachten:

„Welche Bedeutung das Verhütungsthema erhält, machen die Beraterinnen allerdings hochgradig vom wirklichen Interesse und Bedarf der Frauen abhängig. Sie erleben Frauen diesbezüglich unterschiedlich. Viele Frauen sind dankbar, einmal ausführlicher über das Verhütungsthema reden zu können, andere wiederum möchten dies mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt klären oder sind in dieser konkreten Situation nicht offen für das Thema, weil anderes (der Abbruch selbst, die Entscheidungsfindung etc.) sie vordringlich beschäftigt“ (Busch, 2009, S. 38 ff.).

Offen bleibt, ob die Durchführung einer Verhütungsberatung im Kontext einer Schwangerschaftskonfliktberatung eher dem Präventionswunsch der Berater*innen entspricht oder aus dem Informationsbedürfnis der Frauen resultiert, denn der Pflichtcharakter der Schwangerschaftskonfliktberatung steht dem Aspekt der Freiwilligkeit gegenüber (vgl. ebd.). Diese wird von den meisten Klient*innen nicht freiwillig aufgesucht. Aufgrund dessen kann die eigene Motivation sehr gering sein. Dabei gilt jedoch bei der psychosozialen Beratung der dem Pflichtcharakter widersprechende Grundsatz, dass diese freiwillig sein sollte, eine „klientenzentrierte Balance“ (Wälte, Lübeck, 2021, S. 25) hergestellt werden und die Beratung nach dem Anliegen der Klient*innen gestaltet werden sollte.

Internationale Forschung zeigt, dass Verhütungsberatung im Rahmen der Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch die anschließende Verhütungsanwendung erhöhen kann (vgl. Kapitel 2.3.6). Es gibt jedoch auch Studien, die dabei keinen Einfluss auf die weitere Verhütung festmachen (vgl. Kavanaugh et al., 2011, S. 585). Eine weitere qualitative Studie aus dem Vereinigten Königreich zeigte auf, dass Frauen im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs Probleme hätten, während der kurzen Termine (in der Beratung, bei Ärzt*innen) Informationen zu Verhütung aufzunehmen und zu verarbeiten, da die Frauen während diesen Terminen unter Druck stehen (vgl. Kumar et al., 2004, o. S., zit. n. Kavanaugh et al., 2011, S. 586).

Die im vorangegangenen Kapitel 2 dargelegten theoretischen Grundlagen bilden die Grundlage der deduktiven Kategorienbildung zur Auswertung der Interviews. Das folgende Kapitel 3 wendet sich nun dem empirischen Teil der vorliegenden Arbeit zu, indem das forschungsmethodische Vorgehen der vorliegenden Studie erläutert wird.

3 Forschungsmethodik

3.1 Datenerhebung und Sekundäranalyse

Der Zugang zur Beantwortung der Forschungsfrage erfolgt über eine Sekundäranalyse der teilnarrativen, biografischen Leitfadeninterviews der Studie *frauen leben 3*. Inhalt der Interviews sind chronologische Erzählungen der Biografie beginnend mit der Kindheit mit besonderem Fokus auf Partnerschaft, Familie und Familienplanung. *Frauen leben 3* setzt einen Schwerpunkt auf die Erkundung der Schwangerschaftsintention, insbesondere bei ungewollten Schwangerschaften und den Gründen für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch.

Die Sekundäranalyse ist nicht als eigenständige Methode zu verstehen, sondern bezieht sich auf die Auswahl des Datenmaterials. Bereits vorhandene Datensätze können unter neuen Fragestellungen noch einmal analysiert werden. Der Vorteil ist dabei eindeutig: Die Fokussierung auf die Datenauswertung ohne die eigene Datenerhebung ermöglicht gerade bei einer Qualifikationsarbeit, auch mit größeren Datensätzen zu arbeiten (vgl. Döring, Bortz, 2016, S. 191).

Die Studie *frauen leben 3* bildet sowohl den praktischen als auch den theoretischen Ausgangspunkt. Die für diese Arbeit ausgewerteten biografischen Interviews mit 20- bis 44-jährigen Frauen stammen aus der ersten, dritten und vierten Erhebungsphase von *frauen*

leben 3 und wurden zwischen 2011 und 2020 geführt⁷. Die ausgewählten Interviews haben gemeinsam, dass die interviewten Frauen „jemals eine nicht beabsichtigte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen hatten“ (Helfferich et al., 2016, S. 15). Die leitfadengestützten Interviews (vgl. ebd., S. 339) wurden größtenteils Face-to-Face durch weibliche Interviewerinnen geführt. Ausnahme bildete hierbei pandemiebedingt die vierte Erhebungsphase 2020. Die Interviews dauerten zwischen 25 und 127 min, waren durchschnittlich 63 min lange, wurden aufgezeichnet, wortgetreu transkribiert und nach den zugesicherten Datenschutzrichtlinien anonymisiert. Für die Ergebnisdarstellung in Kapitel 4 wurden die Zitate aus den Interviews sprachlich geglättet, um einen besseren Lesefluss zu ermöglichen.

Die Erhebungsform bildet eine Kombination aus offenem Leitfadeninterview und narrativem Interview. Die offenen Erzählimpulse und Erzähleinladungen, besonders zu Beginn des Interviews, wurden aus der Erhebungsform ‚narratives Interview‘ übernommen. Die Interviewerin gibt zu Beginn so wenig wie möglich vor (vgl. Przyborsky, Wohlrab-Sahr, 2021, S. 79). Ein Leitfaden wurde jedoch vorbereitet, um das Interview später vom Allgemeinen zum Spezifischen zu lenken (vgl. ebd., S. 127). Der Leitfaden wurde aus Vorgängerstudien (z. B. *frauen leben 1 und 2*) übernommen und für *frauen leben 3* mit offenen Erzählstimuli und Nachfragen zu unbeabsichtigten Schwangerschaften ergänzt (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 339).

Im Leitfaden der biografischen, teilnarrativen Interviews wird das Thema Verhütung während der Pubertät, vor der unbeabsichtigten Schwangerschaft und aktuell zum Zeitpunkt des Interviews thematisiert. Anhand dieser Daten werden in der vorliegenden Arbeit die Verhütungsbiografien betrachtet.

Durch die Offenheit bei der Erhebung eignen sich die Interviewdaten von *frauen leben 3* für eine Sekundäranalyse, denn „[q]ualitative Daten stellen eine reichhaltige Quelle von Forschungsmaterial dar, die jedoch häufig unausgeschöpft bleibt“ (Witzel et al., 2008, S. 12). Der Vorteil einer Sekundäranalyse mit vorhandenen Daten liegt nach Witzel et al. auch in der „Rücksicht auf Befragte, insbesondere wenn es sich um sensible Forschungsthemen und schwierig zu erreichende Bevölkerungsgruppen handelt, die so vor einer Überbefragung geschont werden“ (ebd.). Witzel et al. sehen außerdem einen weiteren, für die Autorin dieser Arbeit persönlich wichtigen Vorteil in der Sekundäranalyse: Die Analyse der Daten wird „mit einer Distanz ermöglich[t], die der in die eigene Forschung persönlich verstrickte

⁷ In der zweiten Erhebungsphase wurden keine qualitativen Interviews geführt.

Primärforschende nur schwierig erreicht“ (ebd., 2008, S. 13). Da die Autorin dieser Arbeit selbst in der Schwangerschaftskonfliktberatung arbeitet, könnte bei einer eigenen Erhebung ein Konflikt zwischen zweierlei Rollen auftreten: Die der Beraterin sowie die der Forscherin. Ein Nachteil zeigte sich jedoch im Laufe des Forschungsprozesses. Da die „Datensätze oft Variablen oder Aspekte nicht enthalten, die für das eigene Forschungsproblem relevant wären“ (Döring, Bortz, 2016, S. 191) bleiben einige Aspekte auch nach der Sekundäranalyse offen. Hinzu kommt der die Sekundäranalyse erschwerende Aspekt, dass *frauen leben 3* „keine speziell nur auf Verhütung ausgerichtete Studie [ist]; Verhütung ist ein Thema unter andern“ (Helfferrich et al., 2021a, S. 10). Mehr zu den Grenzen und Limitationen findet sich in Kapitel 5.1.

Der Datenschutz wurde bereits von SOFFI F. eingehalten und Aspekte der Forschungsethik im Rahmen der Erhebung diskutiert. Die Interviews stehen nur noch anonymisiert nach den Datenschutzrichtlinien des SOFFI F., vor allem in Bezug auf Namen und Orte, zur Verfügung. Für diese Masterarbeit werden die Transkripte nicht veröffentlicht. Weitere Informationen dazu findet sich in Anhang 2.

3.2 Beschreibung des Sample

Insgesamt wurden in der ersten, dritten und vierten Erhebungsphase von *frauen leben 3* 136 Interviews mit 20- bis 44-jährigen Frauen geführt, die jemals in ihrer reproduktiven Biografie eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen haben.

Die Interviewten stammen aus den folgenden Bundesländern:

Baden-Württemberg, Sachsen, Niedersachsen, Berlin (Phase 1)

Brandenburg, Schleswig-Holstein, Thüringen (Phase 3)

Bayern, Saarland, Hessen, Sachsen-Anhalt (Phase 4)

Die Stichprobe der qualitativen Interviews setzt sich aus den Frauen zusammen, die bei der vorab statt gefundenen standardisierten Telefonbefragung ihre Bereitschaft zur weiteren Teilnahme an einem Interview erklärt hatten. Kriterium der Auswahl dieser waren „Erfahrungen mit einer ausgetragenen, nicht auf den Zeitpunkt hin gewollten (gewollt, aber später/ungewollt/unentschieden) Schwangerschaft und/oder mit einem Schwangerschaftsabbruch“ (vgl. Helfferrich et al., 2016, S. 339). Mehr zu der Auswahl der qualitativen Stichprobe in der Erhebung durch das SOFFI F. findet sich bei Helfferrich et. al. (vgl. ebd., S. 339 ff.).

Helfferrich et al. (vgl. ebd., S. 343) bewerten die Güte der qualitativen Stichprobe als sehr gut aufgrund der Größe und Kontrastierung. Die Vielfalt der Biografien reicht von „einer Bildungsbenachteiligung bis zu einer akademischen Führungsposition, von einem konventionellen bis zu einem alternativen Lebensentwurf, von gradlinigen bis zu durch Gewalterfahrungen gebrochenen Lebensläufen“ (ebd.).

Der erste Schritt für die Zusammenstellung des Samples der vorliegenden Arbeit war eine Vorauswahl von 55 Interviews aus der ersten, dritten und vierten Erhebungsphase von *frauen leben 3*. Diese Vorauswahl wurde mittels des Programms SPSS und dem Kriterium „Schwangerschaftsabbruch“ forschungspragmatisch erstellt: Bei allen der 55 damit vorab ausgewählten Interviews berichteten die Frauen von einem oder mehrere Abbrüche. Mit Hilfe dieses Kriteriums konnten aufgrund der vorgelagerten quantitativen Telefonbefragungen und der daraus erfolgten Verknüpfung der quantitativen und qualitativen Daten die Interviews erstmalig gesichtet werden. Es zeigte sich, dass die Fallauswahl bereits forschungspragmatisch verkleinert werden konnte, indem nur Fälle mit Abbrüchen in Deutschland nach der Beratungsregelung nach § 218a Abs. 1StGB und §§ 5 ff. Schwangerschaftskonfliktgesetz ausgewählt wurden. Des Weiteren wurden viele Interviews aussortiert, bei deren frühzeitiger Beendigung der Schwangerschaft es sich um eine Fehlgeburt oder Totgeburt handelte. Einige Interviews wurden nicht ausgewertet, da auf die zur Beantwortung der Forschungsfrage relevanten Aspekte zu wenig eingegangen wurde.

Der nächste Schritt war die Feinauswahl der übrigen Interviews, die letzten Endes das Sample dieser Sekundäranalyse bildeten und ausgewertet wurden. Dazu wurde das Verfahren des theoretischen Sampling genutzt, welches aus der Grounded Theory stammt (vgl. Glaser & Strauss, 1999, S. 245, zit. n. Döring et. al, 2016, S. 302). Durch einen iterativen Prozess wurde der Auswertungsprozess zunächst mit einigen Interviews begonnen, die interessant sein könnten (vgl. Döring et al., 2016, S. 302). Dabei wurde auf wichtige Hinweise zur Kontrastierung des Samples geachtet und so die weitere Auswahl begründet, um durch „die gezielte Auswahl von einigen wenigen Fällen die Bandbreite der Erscheinungsformen des untersuchten sozialen Sachverhaltes möglichst erschöpfend abzubilden“ (ebd.). Damit sollte eine theoretische Sättigung erreicht werden:

„Der Grundgedanke dabei ist, dass ein Sample nicht – wie es häufig der Fall ist – gleich zu Beginn der Untersuchung festgelegt wird, sondern nach den theoretischen Gesichtspunkten, die sich im Verlauf der empirischen Analyse herauskristallisieren, erst nach und nach zusammengestellt wird“ (Przyborsky et al, 2021, S. 231).

Die theoretische Sättigung ist dann erreicht, wenn „weitere Fälle keinen neuen Informationsgehalt für die Theoriebildung versprechen“ (Döring et. al, 2016, S. 302).

Durch die Sichtung der ersten Interviews zeigte sich: Ist der Abbruch zum Interviewzeitpunkt erst weniger als ein Jahr her, so ist dies eher ungünstig, da ein zu kurzer Zeitraum meist wenig Entwicklung im Bereich der Verhütungsbiografie aufzeigt. Fälle bei denen der Abbruch länger als 15 Jahre her war wurden ebenfalls ausgegliedert, da hier oft detaillierte Erinnerungen fehlten.

Es zeigte sich, dass als Kontraste und Vergleichsdimensionen folgende Auswahlkriterien spannend waren:

- Zeitraum in Jahren seit dem Abbruch
- Sozialisation in Ost- oder Westdeutschland
- Alter beim Abbruch
- Bildungsstand
- Abbruch war erste Schwangerschaft? Ja oder Nein
- Eintritt der Schwangerschaft unter Verhütung? Ja oder Nein
- Anzahl ausgetragener Schwangerschaften

Anhand dieser wurden nach und nach die Interviews gelesen, erste Erkenntnisse gewonnen und daraus resultierend weitere Interviews ausgewählt. Die Stichprobenauswahl und Datenanalyse verliefen somit nicht linear, sondern zirkulär durch „verschiedene und wechselnde Kriterien zur bewussten Auswahl von Fällen (ebd.). Aufgrund des begrenzten zeitlichen und inhaltlichen Rahmens durch den Charakter dieser Arbeit als Qualifikationsarbeit, konnte sich einer theoretischen Sättigung nur angenähert werden. Es stellte sich im Laufe der Erhebung heraus, „dass viele weitere Kriterien für das untersuchte Phänomen wichtig sind, die notwendigen Ressourcen für eine entsprechend große Stichprobe jedoch nicht zur Verfügung stehen“ (Glaser & Strauss, 1999, S. 245, zit. n. Döring et. al, 2016, S. 302).

Ein Aspekt bei der Auswahl des Samples soll an dieser Stelle noch einmal kritisch betrachtet werden: Migrantische Frauen sind deutlich unterrepräsentiert. Aufgrund dessen wurde der Aspekt des Migrationshintergrundes nicht in die Auswertung miteinbezogen.

Das Sample bilden abschließend zwölf Interviews, wovon neun Interviews aus der ersten (2012), ein Interview aus der dritten (2018) und zwei Interviews aus der vierten Erhebungsphase (2020) stammen.

Interviews, in denen Sterilisationen der Frau oder des Partners vorkommen, kommen aufgrund eines spezifischen Interesses der Forscherin unverhältnismäßig häufig vor. Anders als ursprünglich geplant, wurden zwei Interviews, bei denen die Frauen von mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen berichten, nicht mit einbezogen. Es zeigte sich, dass zur

Analyse dieser speziellen Situation Aspekte in den Interviews fehlen, um eine valide Datenauswertung in Bezug auf die Forschungsfrage vornehmen zu können.

Eine Übersicht des Samples findet sich im Anhang 1.

3.3 Auswertungsmethodik

Da es sich um eine Sekundäranalyse handelt und das Material sehr umfangreich ist, wurden für die Auswertung der Interviews nur die jeweils relevanten Passagen zur Beantwortung der Forschungsfrage ausgewertet, um die Komplexität des Materials zu reduzieren. Die Interviews wurden anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet. Zur Unterstützung und Systematisierung des Prozesses wurde mit der Datenanalyse Software MaxQDA gearbeitet.

Kern der qualitativen Inhaltsanalyse ist es, aus „qualitativem Text- oder Bildmaterial systematisch v. a. die manifesten Inhalte durch Kategorienbildung heraus-zuarbeiten“ (Döring, Bortz, 2016, S. 602). Sie wird von „dem explorativen (gegenstandserkundenden, hypothesen- und theoriebildenden) Erkenntnisinteresse qualitativer Forschung“ (ebd.) geleitet. Sie ist stark deskriptiv und beschäftigt sich mit manifesten, also unmittelbaren Wortbedeutungen und betrachtet weniger als andere Auswertungsmethoden die latenten Inhalte tieferer Bedeutungsebenen. Bei der qualitativen Inhaltsanalyse werden bereits frühzeitig Extrakte aus dem Text genommen und nur noch mit diesen Extrakten gearbeitet, um systematisch die Informationsfülle zu reduzieren.

Die qualitative Inhaltsanalyse unterscheidet sich von anderen qualitativen Auswertungsmethoden, indem kategorienbasiert und systematisch „mit klar festgelegten Regeln für die einzelnen Schritte“ (Kuckartz, 2016, S. 26) vorgegangen wird. Durch die Systematik in der Auswertung und der daraus folgenden Anerkennung von Gütekriterien (vgl. ebd., S. 201 ff.) sollen andere „die Analyse verstehen, Nachvollziehen und überprüfen können“ (Mayring, 2015, S. 13). Die qualitative Inhaltsanalyse erfolgte, wie es meist der Fall ist, zuerst fallbezogen und wurde erst im zweiten Schritt fallübergreifend, in dem durch die Ergebnisse im Rahmen der Kodierung des Materials Themen und Thesen entwickelt wurden (vgl. Döring, Bortz, 2016, S. 599).

Das zentrale Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse bildet das Kategoriensystem. Das Kategoriensystem war während des Auswertungsprozesses immer offen für Veränderungen, indem beispielsweise aus den gewonnenen Daten weitere Kategorien hinzugefügt und die bereits bestehenden Hauptkategorien überarbeitet wurden (vgl. Gläser et al., 2010, S. 201).

„Die Forderung, das gesamte Material gleichberechtigt einzubeziehen“ (ebd., S. 204), indem alle Texte gelesen und alle Daten gleichbehandelt werden sollen, führt dazu, dass bei jeder Information neu entschieden wird, ob sie relevant ist. Aufgrund der Fülle des Materials entstanden während des Kodierprozesses zahlreiche Hauptkategorien. Aus forschungspragmatischen Gründen wurden nur die besonders relevanten Schlüsselkategorien ausgewertet, da sich nicht alle für eine weitere Auswertung eigneten. So zeigte sich, dass die Kategorie „Familiär-biografische Muster“ nicht ausgewertet wurde, da die kodierten Segmente nicht ausreichend Ergebnisse lieferten.

Doch was genau macht die qualitative Inhaltsanalyse aus? Margit Schreier schreibt dazu: „Die‘ qualitative Inhaltsanalyse gibt es nicht, und es besteht kein Konsens darüber, was qualitative Inhaltsanalyse ausmacht“ (Schreier, 2014, S. 2). Darüber hinaus gibt es je nach Theoretiker*in verschiedenste Methoden. So definiert Udo Kuckartz (vgl. Kuckartz, 2016, S. 48 ff.) drei grundlegende Basismethoden qualitativer Inhaltsanalyse. Aufgrund dessen soll an dieser Stelle das genaue Vorgehen erläutert werden. Die qualitative Inhaltsanalyse in dieser Forschungsarbeit orientierte sich methodisch im Vorgehen an Udo Kuckartz und seiner Methode der inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse. Kuckartz (vgl. 2016, S. 101 ff.) erläutert sieben Phasen der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse. Im Folgenden wird der Forschungsprozess dieser Arbeit in Anlehnung an Kuckartz erläutert.

Phase 1: Initiierende Textarbeit, Markieren wichtiger Textstellen und Schreiben von Memos

Die erste Phase beinhaltete initiierende Textarbeit, Memos wurden geschrieben und erste stichwortartigen Fallzusammenfassungen erstellt, was dazu dienen sollte, „den subjektiven Sinn“ (Kuckartz, 2016, S. 56) zu verstehen.

Diese Phase ging aufgrund der großen vorhandenen Datenmenge gleichzeitig mit der Auswahl der Fälle für das Sample einher. Es wurden aus den sehr ausführlichen biographischen Interviews die relevanten Passagen ausgewählt und dafür Fallzusammenfassungen erstellt, „jedoch nicht als eine allgemein beschreibende Zusammenfassung, sondern gezielt aus der Perspektive der Forschungsfrage(n)“ (Kuckartz, 2016, S. 58). Unterstützend waren dabei die Fallanalysen der Erstauswertung der *frauen leben 3* Daten des Forschungsinstituts SOFFI F. Zusätzlich haben die Fälle zur besseren Übersicht einen weiblichen Vornamen bekommen und wurden in die Datenanalyse Software MaxQDA importiert.

Phase 2: Entwickeln von thematischen Hauptkategorien

In der zweiten Phase wurden Kategorien deduktiv aus den Forschungsfragen (vgl. Kuckartz, 2016, S. 101), durch den Leitfaden sowie Literaturarbeit und Vorwissen der Autorin dieser Arbeit entwickelt. Diese ersten Kategorien wurden, wie es Kuckartz vorschlägt, bei einem ersten Durchlauf der Kodierung einigen Interviews angewandt, „um die Themen bzw. Subthemen und ihre Definitionen noch einmal auf ihre konkrete Anwendbarkeit auf das empirische Material hin zu überprüfen“ (2016, S. 102).

Phase 3: Erster Kodierprozess: Kodieren des gesamten Materials mit den Hauptkategorien

In der dritten Phase wurde das gesamte ausgewählte Material sequenziell kodiert und den thematischen Hauptkategorien zugeordnet. Hier kam es auch vor, dass eine Textstelle mehreren Kategorien zugeordnet wurde.

Aufgrund der Eigenschaft dieser Forschungsarbeit als Masterarbeit konnte das Material, anders wie es Kuckartz vorschlägt (vgl. 2016, S. 105 ff.) nur von der Autorin dieser Arbeit kodiert werden. Dabei wurden die von Kuckartz (vgl. ebd., S. 204 ff.) aufgestellten allgemeinen Kodierregeln beachtet.

Phase 4: Zusammenstellen aller mit der gleichen Kategorie kodierten Textstellen

Eine Zusammenstellung aller mit der gleichen Kategorie kodierten Textstellen erfolgte mit MaxQDA.

Phase 5: Induktives bestimmen von Subkategorien am Material

Um die noch eher allgemein gehaltenen Hauptkategorien ausdifferenzieren und besser zu strukturieren, war es notwendig, Subkategorien zu bilden. Diese Kategorien wurden größtenteils induktiv aus dem Material heraus gebildet⁸, denn sowohl Kuckartz (vgl. ebd.) als auch Schreier heben die „Bedeutung der Entwicklung von Kategorien (auch) am Material“ (Schreier, 2014, S. 2) hervor. Es wurden Definition der Kategorien festgelegt, Ankerbeispiele zusammengestellt sowie, falls notwendig, Kodierregeln erarbeitet. Die Hauptkategorie ‚Sonstiges‘ wurde hinzugefügt, um eine vollständige Auswertung sicherzustellen. Nach Kuckartz ist es die Aufgabe der Forschenden, „eine Systematisierung und Untergliederung zu finden, die plausibel ist, theoretische Horizonte eröffnet, gut kommunizierbar ist und

⁸ Das Kategoriensystem mit der Vorgehensweise der Bestimmung einer Kategorie findet sich in Anhang 3 dieser Arbeit.

möglichst auch bereits in der Literatur vorhanden Differenzierungen und Kategorisierungen in die Überlegungen einbezieht“ (vgl. ebd., S. 109).

Phase 6: Zweiter Kodierprozess - Kodieren des kompletten Materials mit den ausdifferenzierten Kategorien

Die sechste Phase beinhaltete den zweiten Kodierprozess, bei dem das komplette Material anhand des nun bestehenden Kodierleitfadens kodiert wurde. In diesem Schritt wurden auch einige Subkategorien zusammengefasst. Abbildung 1 zeigt das fertig gestellte Codesystem und die zugehörigen Codes in MAXQDA.

Codesystem	Janina	Hanna	Greta	Ella	Fiona	Rana	Bettina	Ina	Kaya	Nora	Olivia	Paula
Aspekte Wahl Verhütungsmethode												
Einstellung zu Methoden	1	1	2		1		4	1		1	1	1
Gesundheitliche Aspekte	1			1	1	2		1	2		1	2
Emotionale Aspekte	3			1	2							
Lebenssituation		1	2		2		2		1	1		
Verfügbarkeit	1			3	1		1		2			
Finanzielles Aspekte	1	1					2		2		3	1
Zufriedenheit mit Methode(n)			1	2		3	2			1	1	1
Bedeutungsebene Sexualität Verhüt	1			4		1	2				1	
Verhütungsverantwortung												
Verantwortung für Entstehen ungew	2			3	1	1	1	2	1			3
Haltung dazu	2	2		1			3		1	1		
Kommunikation dazu zwischen (Sex	2	2	1			1	2	1	1	2	3	1
Umgang mit Risiken	2									3	2	
Unmet Need - Gründe NICHT sicher		4		4	2			1				
Notfallkontrazeption		1				1			1	1		1
Subjektive Theorien	4		2	1	1					1		
Abbruch												
Erklärungen Versagen Verhütung		1		1	1	1	2	3	2	1		2
Verhütung VOR Abbruch	1			1	1	1	2	3	1	1	1	2
Verhütung NACH Abbruch	1		2	1	1	1	1	1		1		2
Entscheidungsprozess	2	2	4	1	3	2	3	2	2	3	2	5
Befinden nach dem Abbruch	2	2	3	1	1	2	2	6	1	2	2	1
Stigmatisierungserleben und Tabuis	1	2		1	2		2	2	1	1	1	
Schamerleben	1	2	1					1			2	1
Bedeutung Abbruch Verhütungsbio	2		2		1	1	1	4				1
Beratung zu Verhütung	1							1	2			
Aufklärung zu Verhütung												
Aufklärung (möglicher) Tochter	1	1	1	4	1	1	2	1	2	3	1	
Aufklärung eig. Jugend	2	1	1		1	1		2	1	1	1	2
Verhütungsverhalten im Lebenslauf												
Verhütung beim ersten Mal Geschle	1		1	2		1	1	1	1	1	1	
Faktoren Veränderung Verhütung	1		2	1	1		4		1	1	1	
Grund der Motivation f. sichere Verh	2			1			1	1				
Norm. Bewertung (gescheiterter) Ve	5	1	2	1	3	1	1	2	1		4	4
Sicherheits- und Kontrollbedürfnis		1	1		3		1		1	1	1	1
Einfluss Sozialisation OST/WEST				1	2							
Familiär-biographische Muster	1			3					1			1

Abbildung 1: Codesystem mit Anzahl der kodierten Segmente in MAXQDA.

Phase 7: Analyse

In der siebten Phase fand der eigentliche Auswertungsprozess statt und die Ergebnispräsentation wurde vorbereitet. Nach Kuckartz (2016, S. 118 ff.) können sechs Auswertungsformen dafür genutzt werden. In der vorliegenden Arbeit wurden vor allem die Haupt- und Subkategorien kategorienbasiert analysiert. Des Weiteren wurden auch andere Auswertungsformen wie zum Beispiel das Aufzeigen von Zusammenhängen zwischen Haupt- und

Subkategorien angewandt. Darüber hinaus wurden Zusammenhänge mit Hilfen von Abbildungen visualisiert (vgl. Kuckartz, 2016, S. 118 ff.).

Basierend auf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse werden in Kapitel 4 die Ergebnisse dargestellt und in Kapitel 5 abschließend diskutiert.

3.4 Gütekriterien qualitativer Forschung

Klassische quantitative Gütekriterien wie Reliabilität und Validität greifen als Maßstab zur Messung der Qualität der Ergebnisse für die qualitative Sozialforschung zu kurz. Aufgrund dessen wurden in der Literatur verschiedene Gütekriterien für die qualitative Forschung diskutiert und erarbeitet (vgl. Mayring, 2015, S. 118 ff.).

In dieser Ausarbeitung werden die von Mayring (vgl. 2002, S. 144 ff.) entwickelten Gütekriterien für inhaltsanalytisch ausgewertete Forschungsdaten zur Überprüfung der Ergebnisse angewandt.

Die Verfahrensdokumentation als erstes Gütekriterium wurde in Kapitel 3.1 bis 3.4. verschriftlicht, damit der Forschungsprozess nachvollziehbar ist.

Das Gütekriterium der argumentativen Interpretationsabsicherung wurde erfüllt, indem im Rahmen der Diskussion in Kapitel 5 die Interpretationen in Bezug auf das theoriegeleitete Vorverständnis, die Schlüssigkeit der Argumente sowie auf Alternativdeutungen geprüft wurden.

Die Regelgeleitetheit stellt ein drittes Gütekriterium dar, welches ein sequenzielles, systematisches Vorgehen der Analyse fordert und sich an bestimmte Verfahrensregeln hält, die jedoch modifiziert werden können (vgl. ebd., S. 145 ff.). Die Wahl der qualitativen Inhaltsanalyse in der vorliegenden Arbeit als Auswertungsverfahren stellt ein systematisches, strukturierendes Verfahren dar.

Die Nähe zum Gegenstand wird in der qualitativen Forschung durch eine Anknüpfung „nahe an der Alltagswelt der beforschten Subjekte“ (ebd., S. 146) und die Erforschung dieser in deren Lebenswelt erfüllt.

Durch leitfadengestützte teilnarrative biografische Interviews kommen die beforschten Subjekte selbst zu Wort und wurden in ihrer Alltagswelt, bei sich zuhause oder telefonisch, interviewt.

Durch kommunikative Validierung im Rahmen einer Diskussion der Ergebnisse mit den beforschten Subjekten kann die Gültigkeit der Ergebnisse überprüft werden. Die Forschenden können durch „die Absicherung der Rekonstruktion subjektiver Bedeutungen“ (ebd., S. 147)

Argumente zur Einschätzung der Ergebnisse bekommen. Da die vorliegende Forschungsarbeit eine Sekundäranalyse darstellte war eine solche Diskussion der Ergebnisse mit den befragten Subjekten nicht möglich. Aus forschungsethischen sowie datenschutzrechtlichen Gründen wäre es jedoch ohnehin fragwürdig, bei einem solchen sensiblen Themen die Ergebnisse mit den Interviewten zu diskutieren. Im Anschluss an die Einreichung dieser Arbeit als Qualifikationsarbeit sollen jedoch die Ergebnisse mit Berater*innen der Schwangerschaftskonfliktberatung diskutiert werden.

Triangulation beinhaltet den Versuch, zur Beantwortung der Fragestellung unterschiedliche Lösungswege einzuschlagen und diese miteinander zu vergleichen (vgl. ebd., S. 147). Festzuhalten ist, dass dieses Gütekriterium nur teilweise umgesetzt wurde aufgrund des geringen Umgangs dieser Arbeit als Qualifikationsarbeit. Es wurde jedoch in der Analyse der Daten das Prinzip der Triangulation angewendet, indem sowohl deduktiv als auch induktiv vorgegangen wurde.

Ergänzt werden sollen die von Mayring formulierten Gütekriterien um einige wichtige weitere Gütekriterien, wie sie beispielsweise Steinke formuliert hat (vgl. Mayring, 1999, zit. n. Döring, Bortz, 2016, S. 111) und die für die vorliegende Forschungsarbeit wichtig erscheinen. Die Arbeit muss empirisch verankert sein, dies findet sich in Kapitel 2. Das Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit kann nur eingeschränkt erfüllt werden, da eine Replikation nur begrenzt möglich war aufgrund des Charakters einer Qualifikationsarbeit. Wie bereits geschildert durch das Kriterium der Verfahrensdokumentation nach Mayring wurde jedoch die regelgeleitete und beschreibbare Vorgehensweise in Kapitel 3.1 bis 3.4 dokumentiert.

Limitationen, ein weiteres Gütekriterium nach Steinke (vgl. Steinke, 1999, zit. n. Döring, Bortz, 2016, S. 111) werden ausführlich in Kapitel 5.1 beschrieben. Auf den Aspekt der reflektierten Subjektivität und der Rolle der Forscherin mit ihren „subjektiven Sicht- und Verhaltensweisen“ (Döring, Bortz, 2016, S. 111) und deren Nutzen für den Erkenntnisprozess wird ebenfalls in Kapitel 5.1 näher eingegangen. Dabei wird insbesondere die doppelte Rolle der Autorin dieser Arbeit als Forschende und Beraterin reflektiert.

4 Darstellung der Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse einzelner ausgewählter Kategorien vorgestellt, die sich als besonders relevant für die Beantwortung der Forschungsfragen erwiesen haben. Aus forschungspragmatischen Gründen können nicht alle Kategorien in die Ergebnisdarstellung

miteinbezogen werden, da dies zu umfangreich wäre. Da im Rahmen von *frauen leben 3* bereits bestimmte Themen näher analysiert wurden (siehe Kapitel 2) wäre ein solches Vorgehen bei einer Sekundäranalyse nicht sinnvoll gewesen. Dazu zählen insbesondere die Kategorien „Aspekte bei der Wahl einer Verhütungsmethode“, „Entscheidungsprozess für den Abbruch“ und „Befinden nach dem Abbruch“ sowie die Kategorien zu Verhütungsverantwortung und Kommunikation dazu. Diese Kategorien und die Kodierung der passenden Segmente war jedoch im Forschungsprozess sinnvoll, um ein vollständiges Bild des Forschungsgegenstandes zu erhalten.

4.1 Soziodemografische Auswertung des Samples

Da das Sample sehr heterogen ist soll an dieser Stelle auf einige Aspekte kurz eingegangen werden. Nähere Informationen zu soziodemografischen Aspekten findet sich in einer Übersichtstabelle in Anhang 1.

Bei acht Interviewten wurde die erste Schwangerschaft abgebrochen, bei vier Interviewten war es die zweite, dritte oder fünfte Schwangerschaft.

Vier Interviewte haben zum Interviewzeitpunkt (noch) keine Kinder, wohingegen acht der Interviewten bereits Kinder haben.

Sieben Interviewte sind in der ehemaligen DDR aufgewachsen oder kurz nach der Wende geboren und in den neuen Bundesländern aufgewachsen und sozialisiert, die restlichen fünf Interviewten wurden in westdeutschen Bundesländern sozialisiert. Da die Ergebnisse zu einem potenziellen Einfluss dieser unterschiedlichen gesellschaftlichen Sozialisationen jedoch nicht ausreichend waren, kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher darauf eingegangen werden. Es findet sich jedoch in Anhang 5 ein Exkurs zu Familienplanung in Ost- und Westdeutschland, der die Grundlage für diese Entscheidung bildete.

Zum Interviewzeitpunkt waren die Interviewten zwischen 22 und 45 Jahren alt.

Der Abbruch war zwischen zwei und vierzehn Jahren her und die Interviewten waren beim Abbruch zwischen 17 und 39 Jahre alt. Die Interviewten Ina, Olivia und Paula waren mit 17 Jahren beim Abbruch noch minderjährig.

Auch der Bildungsweg sowie der höchste Schulabschluss zeigen sich als sehr heterogen, wie in Anhang 1 deutlich wird. Die Bildungsbiografie der Interviewten lässt auf einen hohen Bildungsgrad schließen. Zwei Interviewte sind zum Zeitpunkt der Erhebung noch im Studium. Von den restlichen zehn Interviewten haben nur die Interviewten Ina und Olivia keine Ausbildung absolviert, beziehungsweise diese abgebrochen. Alle anderen acht Interviewten

haben zum Erhebungszeitpunkt entweder eine Ausbildung oder einen Studienabschluss abgeschlossen.

4.2 Umgang mit Risiken

4.2.1 Gründe, nicht sicher zu verhüten

Im Folgenden werden Gründe der Interviewten genannt, die zu einer unsicheren oder fehlenden Verhütung führten. Dabei wird sich nicht nur auf das Verhütungsverhalten unmittelbar vor dem Abbruch bezogen, sondern auf die ganze Verhütungsbiografie.

Bei einigen Interviewten geht die unsichere Verhütung mit ihrem jungen Alter und der fehlenden Konsolidierung ihrer Beziehung einher. Ina und Rana berichten von regelmäßigen Fehlern bei der Einnahme der Pille, als sie jung waren. Es fällt auf, dass beide die Pille zuerst aus gesundheitlichen Gründen verschrieben bekommen hatten, Ina sogar schon mit circa 12 oder 13 Jahren wegen Periodenschmerzen (vgl. Ina, Abs. 34). Ina hatte jedoch angenommen, dass der Sexualpartner bei ihrem ersten Mal Geschlechtsverkehr ein Kondom verwendet hatte. Es zeigt sich hier eine fehlende Kommunikation in einer nicht-konsolidierten Sexualbeziehung. Zudem entstand die Situation recht spontan (vgl. ebd., Abs. 18). Sie erklärt sich ihr fehlendes Nachfragen damit, dass sie in dem Moment „einfach so berauscht“ war (ebd., Abs. 46). Die Planungskonsistenz war in dieser Situation aufgrund der Spontanität der Sexualität nicht gegeben.

Rana schildert, dass sie aufgrund von Periodenschmerzen „recht früh“ (Rana, Abs. 28) die Pille genommen hat. Auch sie befand sich in einer noch nicht-konsolidierten Paarbeziehung, als sie ungewollt schwanger wurde.

Es lässt sich die These aufstellen, dass bei beiden der Einstieg in Verhütung eher unbewusst geschah, da der primäre Zweck nicht die Empfängnisverhütung war. Dies könnte wiederum die Schwierigkeiten mit der regelmäßigen Einnahme erklären. Rana wurde mit 19 Jahren schwanger aufgrund von Einnahmefehlern bei der Pille. Ina wurde mit 17 Jahren schwanger. Bettina nahm bereits mit 13 oder 14 Jahren die Pille aus gesundheitlichen Gründen ein. Zusätzlich verhütete sie später jedoch immer mit Kondom (vgl. Bettina, Abs. 32).

Auch Olivia und Ella benennen unter anderem ihr junges Alter als Grund dafür, dass sie sich keine Gedanken über Verhütung gemacht haben (vgl. Olivia, Abs. 51 ff.; Ella, Abs. 14). Olivia benennt als weiteren Grund eine nur kurz andauernde Beziehung (vgl. Olivia, Abs. 51 ff.).

Ein weiterer Grund, nicht oder nicht sicher zu verhüten, lässt sich in der spontanen Entstehung von Geschlechtsverkehr erkennen, bei dem rationale Abwägungen bezüglich Verhütung untergeordnet sind. Wurde dann davor nicht über Verhütung kommuniziert, kann die Anwendung von Verhütungsmittel schwierig werden. Bei Fiona ist der Geschlechtsverkehr, bei dem nicht verhütet wurde, aus Petting heraus, "eher nebenbei" (vgl. Fiona, Abs. 38) entstanden, ebenfalls bei Ella (vgl. Ella, Abs. 16).

Auch Hanna begründet eine fehlende Verhütung bei ihrem ersten Mal Geschlechtsverkehr aus der spontanen Begegnung mit einem Mann (vgl. Hanna, Abs 42). Da sich in ihrer Verhütungsbiografie die Phasen unsicherer Verhütung häufen, benennt sie als weiteren Grund eine fehlende Achtsamkeit mit sich selbst während einer un stetigen Lebensphase in ihrer Studienzeit (vgl. ebd., Abs. 48).

Ella benennt retrospektiv als weiteren Grund, in ihrer Jugend nicht sicher zu verhüten, ihre fehlende Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft (vgl. Ella, Abs. 14). Sie hatte nur durch Coitus Interruptus verhütetet und beschreibt sich als „recht unbesonnen" (Ella, Abs. 14) dabei und überlässt es dem Zufall oder Schicksal, ob sie schwanger wird, da sie den damaligen Partner als den „Richtigen“ (ebd.) empfand.

Janina sieht Gründe darin, nicht mit sicheren Verhütungsmitteln zu verhüten in ihrem persönlichen Sicherheitsgewinn durch einen regelmäßigen Zyklus (vgl. Janina, Abs. 42). Sie geht aufgrund dessen unbewusst ein höheres Risiko ein und unterlässt die Verhütung, da sie „immer ein gutes Verhältnis“ (Janina, Abs. 42) zu ihrem Körper hatte und wisse, wann sie ihren Eisprung habe.

Nora geht in konsolidierten Paarbeziehungen ein höheres Risiko ein, indem sie auf eine Doppelverhütung mit Pille und Kondom verzichtet (vgl. Nora, Abs. 73). Da dies für Nora in ihrem Sinnzusammenhang eine geringere Sicherheit bedeutet, wird dieser Aspekt an dieser Stelle beschreiben, auch wenn es sich bei der alleinigen Nutzung der Pille bereits um eine sichere Methode handelt.

Für Ella ist ihre „nach hinten abgeklappte[n] Gebärmutter“ (Ella, Abs. 18), welche die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft deutlich reduziert, ein Grund nicht zu verhüten.

4.2.2 Sicherheit – und Kontrollbedürfnis sowie Umgang mit Risiko

Dieser Kode sammelt Aussagen zu dem Sicherheits- und Kontrollbedürfnis der Interviewten in Bezug auf Aspekte der Familienplanung wie Verhütung und Schwangerschaft sowie zu ihrem Umgang mit Risiken. Dabei wird an dieser Stelle noch nicht auf eine mögliche Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs auf das Sicherheit- und Kontrollbedürfnis eingegangen. Dies wird in erst in Kapitel 4.4.4 thematisiert.

Der ambivalente Kinderwunsch als Aspekt bei dem eigenen Sicherheitsbedürfnis in Bezug auf Empfängnisverhütung wird von Fiona thematisiert. Bei ihrer ersten Schwangerschaft, die ungeplant war, jedoch ausgetragen wurde, hatte sie ein geringes Sicherheitsbedürfnis vorab in Bezug auf Verhütung, denn „es war nicht direkt geplant jetzt ein Kind aber (...) wir haben auch nicht aufgepasst es war nicht so schlimm wenn es passiert“ (Fiona, Abs. 44). Sie hatte damals auch nicht abgewogen, welche Verhütungsmethoden sicherer sind (vgl. ebd., Abs. 86). Später hatte sie „wirklich bewusst“ (ebd.) verhütet. Diese Aussage kann verstanden werden als ein Bedürfnis nach sicherer Verhütung, da sie keinen ambivalenten Kinderwunsch mehr hatte wie zuvor. Zu dieser These passt, dass die dann „auf dauerhafte Sachen gesetzt“ (ebd.) hat.

Bei der Aussage von Bettina, die bezüglich Verhütung und dem eigenen Kinderwunsch mit ihrem Partner ganz genau überlegt hatte „wann es gut wäre um einen Kita beziehungsweise Schulplatz zu bekommen“ (Bettina, Abs. 12) für ein zukünftiges Kind, zeigt sich ein sehr starkes Kontrollbedürfnis. Bettinas Vorstellung und Wunsch ist eine geplante Schwangerschaft. Voraussichtlich aufgrund dessen wählte sie in ihrer Biografie auch immer sehr sichere Verhütungsmethoden wie die Doppelverhütung durch Pille und Kondom und später die Kupferspirale. Bettina wurde schwanger trotz der Verhütung durch die Kupferspirale.

Der Verzicht auf Geschlechtsverkehr aufgrund des Mangels an sicheren Verhütungsmitteln kann als besonders starkes Sicherheitsbedürfnis verstanden werden. Olivia schildert, dass sie zeitweise auf Geschlechtsverkehr verzichtet hatte, da sie sich damals die Pille finanziell nicht leisten konnte (vgl. Olivia, Abs. 226) und das als „sicherste Verhütung“ (ebd., Abs. 226) bezeichnet. Es ist anzunehmen, dass bei dieser Haltung jedoch auch die Erfahrung des Schwangerschaftsabbruchs mit siebzehn Jahren von Relevanz ist. Damals hatte sie nicht verhütet. Die starke Selbstkontrolle, die Olivia bei der Durchsetzung dieser Haltung zeigte, lässt sich anhand von folgendem Zitat sehr deutlich machen: „wir hatten keinen Spaß gehabt also wir hatten dann ich hatte dann gar keinen Sex“ (ebd., Abs. 224).

Bei Greta hatte sich das Bedürfnis nach sicherer Verhütung mit einem Partnerwechsel verändert. Ihr Exmann, von dem sie ungewollt schwanger wurde, hatte sich nach dem Abbruch basierend auf dem gemeinsamen Wunsch nach Beendigung der Familienplanung sterilisieren lassen. In Zusammenhang mit ihrem neuen Partner beschreibt sie nun zwar Überlegungen für eine sichere Verhütung (vgl. Greta, Abs. 108), jedoch scheint sie generell ein eher geringeres Sicherheit -und Kontrollbedürfnis in Bezug auf Verhütung zu haben:

„ja und wenn es je passieren sollte was ja nicht geplant ist aber selbst wenn dann wär es jetzt au nicht schlimm [mhm] dann kommt noch eins (...) ob jetzt vier oder fünf ich glaub des fällt nicht mehr auf“ (ebd., Abs. 112).

Das Bedürfnis nach sicherer Verhütung, meist in Form von einer Doppelverhütung durch das zusätzliche Kondom, zeigt sich insbesondere in (noch) nicht konsolidierten Paarbeziehungen und bei Sexualkontakten außerhalb von festen Beziehungen (vgl. Bettina, Abs. 32; Rana, Abs. 39). Nora drückt es wie folgt aus: „gerade auch bei One-Night-Stands doppelter Schutz, falls das Kondom reißt, okay du bist immer noch geschützt“ (Nora, Abs. 73).

Der Aspekt Sicherheit bezieht sich dabei jedoch nicht nur auf die Verhinderung ungewollter Schwangerschaften sondern auch auf den Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten. Es stellt sich die Frage, was den Interviewten Sicherheit bei der Empfängnisverhütung gibt. Der Methode vertrauen zu können spielt bei Nora eine große Rolle (vgl. Nora, Abs. 77). Sie braucht ein sicheres Gefühl bei der Verhütung und bleibt deshalb auch bei den Verhütungsmethoden Pille und Kondom, denen sie vertraut und die sie bereits kennt. Es scheint, dass dabei jedoch nicht nur wissenschaftliche Ergebnisse zum Sicherheitsempfinden (oder Bewertung) einer Verhütungsmethode (z. B. durch den Pearl Index) beitragen, sondern vor allem Erfahrungen anderer und was diese bei ihr auslösen: „Also ich weiß meine Tante hat eine Spirale und die hat zwei Kinder trotz Spirale bekommen und da habe ich immer gedacht Nein möchte ich nicht“ (vgl. ebd.).

Den eigenen Körper zu kennen und zu verstehen, gibt Greta ein Gefühl von Sicherheit:

„wenn man dann des so als Frau sich eingespielt hat dann weiß man es eigentlich ziemlich gut, wann was kommt und wann ich aufpassen muss ja und des klappt ganz gut“ (Greta, Abs. 102).

Sie verhütete durch die Kalendermethode, unklar ist ob durch die symptothermale Methode oder die Knaus-Ogino-Methode.

Ähnliches findet sich bei Janina, die durch das Kennen ihres Körpers, ihren regelmäßigen Zyklus und Achtsamkeit gegenüber ihren Körpersignalen sowie Wissen über den Zyklus Sicherheit gewinnt:

„ich habe immer ein gutes Verhältnis auch zu meinem Körper gehabt und hab es immer noch und hab dann auch wirklich auch gewusst wenn ich so meine fruchtbaren Tage hatte dann wusste ich das auch ja mit der Zeit man wird älter man informiert sich man weiß wo die Risiken liegen und so“ (Janina, Abs. 42).

Bei beiden finden sich ähnliche Muster in der Verhütung. Bei beiden werden auch die Gründe für das Scheitern der Verhütung, bei der Schwangerschaft die abgebrochen wurde, nicht explizit benannt. Generell wird eher wenig sachlich über Verhütung gesprochen, es geht deutlich mehr um die emotionale Ebene bei der Verhütung und beide versuchen sich in alternativen, natürlichen Verhütungsmethoden. Greta hatte mit 26 Jahren einen Abbruch, bei

ihr war es die dritte Schwangerschaft. Janina war 28 Jahre alt und hat ihre erste Schwangerschaft abgebrochen. Die damaligen Partner von beiden hatten sich nach dem Abbruch sterilisieren lassen. Es ist jedoch offen, ob noch ein Kinderwunsch mit dem (möglichen) neuen Partner besteht.

Zusammengefasst lässt sich sagen, dass das Sicherheitsbedürfnis bei den Interviewten stark von eigenen Emotionen und Erfahrungen anderer geprägt zu sein scheint und weniger auf sachlichen Informationen beruht und durch diese befriedigt werden kann.

4.2.3 Notfallkontrazeption

Keine der Interviewten hat Erfahrung mit der Spirale danach. Die Pille danach als Notfallkontrazeption bei einer Verhütungspanne haben Hanna, Nora, Paula und Rana bereits ein oder mehrmals eingenommen.

Rana und Nora schildern die Einnahme der Pille danach in Zusammenhang mit der unregelmäßigen Einnahme der Pille (vgl. Rana, Abs. 59; Nora, Abs. 79). Bei Rana findet dies als präventive Maßnahme statt, sie erklärt es folgendermaßen:

„weil ich halt meine Pille nicht so regelmäßig nehme und da wollte man dann doch sicher gehen vorsichtshalber ja deswegen habe ich sie glaub ich zwei oder dreimal genommen“ (Rana, Abs. 59).

Rana hatte bei der ungewollten Schwangerschaft, die abgebrochen wurde, jedoch nicht an die Pille danach gedacht, da sie auch damals die Pille unregelmäßig eingenommen hatte (vgl. ebd., Abs. 51). Es bleibt offen, ob die Einnahmen der Pille danach, die sie mit „vorsichtshalber“ (vgl. ebd., Abs. 59) kennzeichnet, vor oder nach dem Abbruch liegen.

Nora hat zwar auch unregelmäßig mit der Pille verhütet, jedoch aufgrund dessen bereits Kondome benutzt und das Reißen des Kondoms führte einmal zur Einnahme der Pille danach (vgl. Nora, Abs. 79). Paula (vgl. Abs. 43) berichtet von der Einnahme der Pille danach, als sie und ihr Partner merkten, dass das Kondom gerissen war. Sie hatte zu dieser Zeit nur mit Kondom verhütet. Sie schildert gleich danach, dass sie die Verhütungspanne ein anderes Mal nicht bemerkt hatten und daraufhin schwanger wurde.

Die Pille als Notfallkontrazeption bei fehlender Verhütung hat Hanna (vgl. Abs. 42) eingenommen. Sie benötigte jedoch den Hinweis einer Freundin, denn das waren „Sachen über die ich gar nicht nachgedacht hatte in dem Moment schon mal gar nicht und im Nachgang auch nicht richtig“ (ebd., Abs. 42). Sie bringt die Einnahme der Pille danach mit "Vernunft" in Verbindung: „das war auch bestimmt ganz vernünftig“ (ebd.).

Kaya gibt an, noch nie die Pille danach genommen zu haben. Sie hat die Einstellung, "entweder ist es dann so oder ist es dann nicht so" (Kaya, Abs. 51) und drückt damit aus, dass sie es dem Zufall oder Schicksal überlässt, ob sie schwanger wird. Kaya wurde zweimal

ungewollt schwanger, die erste ungewollte Schwangerschaft hat sie jedoch ausgetragen. Damals wurde sie schwanger, da sie gerade aus finanziellen Gründen die Pille nicht eingenommen hatte und stattdessen durch Kondom verhütet hatte (vgl. ebd., Abs. 39). Sie merkt jedoch an: „wir haben aufgepasst“ (ebd.). Das Entstehen der zweiten ungewollten Schwangerschaft, die abgebrochen wurde, ist ihr ebenfalls unerklärlich, da sie mit Kondom und der Pille verhütet hatte. Diese Erfahrung könnte erklären, wie Kaya zu dieser Einstellung gegenüber Notfallkontrazeption kommt.

Von den anderen Interviewten sind leider keine Erfahrungswerte bezüglich der Anwendung von Notfallkontrazeption bekannt.

4.3 Schwangerschaftsabbruch

4.3.1 Verhütung vor und nach dem Abbruch

Zehn der Zwölf Interviewten haben ihr Verhütungsverhalten nach dem Schwangerschaftsabbruch angepasst und als Motivation zeigt sich deutlich die Erfahrung des Schwangerschaftsabbruchs.

Hanna, Ina und Rana, die zuvor die Pille unregelmäßig eingenommen hatten, nahmen diese nun regelmäßig ein beziehungsweise verhüteten zusätzlich mit Kondom.

Nora, die während des Wechsels zu einem anderen Pillenpräparat schwanger wurde, nahm ein anderes ein und verhütet außerhalb von Beziehungen zusätzlich mit Kondom. Olivia begann später mit der Einnahme der Pille und verhütete zusätzlich mit Kondom. Paula begann zusätzlich zum Kondom mit hormoneller Verhütung durch die Dreimonatsspritze und die Pille. Bettina wechselte von der Kupfer- zur Hormonspirale.

Ella und Fiona, welche beide bereits Kinder hatten, ließen sich im Rahmen des Abbruchs sterilisieren. Der Partner von Greta hat sich ebenfalls sterilisieren lassen, auch sie hatte bereits Kinder.

Leider fehlen von Kaya, die ebenfalls bereits ein Kind hatte, Informationen zu ihrem Verhütungsverhalten nach dem Abbruch. Auch von Janina sind keine eindeutigen Informationen zu ihrem Verhütungsverhalten nach dem Abbruch bekannt. Sicher ist jedoch, dass sich ihr Partner später nach ihrer zweiten unbeabsichtigten, aber ausgetragenen Schwangerschaft sterilisieren lassen hat.

Eine Übersicht über die Verhütung vor und nach dem Abbruch sowie eine Erklärung für das Versagen der Verhütung, wenn verhütet wurde, findet sich in Tabelle 1.

Name	Alter bei Abbruch	Eintritt der Schwangerschaft unter Verhütung + Erklärung Versagen Verhütung	Verhütung nach Abbruch
BETTINA	21, 1. SS	Kupferspirale (unerklärbar)	Hormonspirale (trotz Kritik an Hormonen)
HANNA	24, 1. SS	Pille (unregelmäßige Einnahme)	Pille, dann nur noch Kondom weil Hormone kritisch und feste Partnerschaft. Aktuell Kinderwunsch.
INA	17, 1. SS	Pille (unregelmäßige Einnahme)	Erstmal kein Bedürfnis nach Partnerschaft, dann später Pille, nun seit zweiter ungeplanter Schwangerschaft zusätzlich Kondom
JANINA	28, 1. SS	Natürliche Verhütung durch Knaus-Ogino (unsicher)	Später Sterilisation des Partners nach Geburt des 1. Kindes (2. Schwangerschaft)
NORA	22, 1. SS	Pille (Präparat Wechsel)	Anderes Pillenpräparat, außerhalb von Beziehungen zusätzlich Kondom
OLIVIA	17, 1. SS	Keine Verhütung	Pille, Kondom
PAULA	17, 1. SS	Kondom (unerklärbar)	Pille, Dreimonatsspritze, immer mit Kondom nach Abbruch
RANA	19, 1. SS	Pille (unregelmäßige Einnahme)	Pille
ELLA	39, 3. SS	Keine Verhütung, aber geringe Empfängnischancen weil abgeknickte Gebärmutter	Sterilisation im Rahmen des Abbruchs
FIONA	34, 5. SS	Keine Verhütung, aber Stillen	Sterilisation im Rahmen des Abbruchs
GRETA	26, 3. SS	Unklar	Partner hat sich sterilisieren lassen
KAYA	23, 2. SS	Pille und Kondom (unerklärbar)	Unklar

Tabelle 1: Verhütung vor und nach dem Abbruch⁹

4.3.2 Befinden und Bewältigung nach dem Abbruch

Die Interviewten schildern ein sehr unterschiedliches Befinden nach dem Schwangerschaftsabbruch. Diese Kategorie wies die meisten kodierten Segmente auf. Das Befinden wird im

⁹ 'SS' steht als Abkürzung für Schwangerschaft.

Folgenden genauer betrachtet, da im Forschungsprozess die Frage aufkam, ob sich das das Befinden und die Bewältigung des Abbruchs auf die später Verhütungsbiografie auswirkt. Diese Frage kann abschließend nicht ausreichend beantwortet werden, da die Datenlage dafür nicht ausreicht. Es lassen sich tendenziell jedoch drei Gruppen erkennen.

Die erste und größte Gruppe schildert ein emotional eher gemäßigtes Befinden nach dem Abbruch. Die Entscheidung wird von dieser Gruppe retrospektiv als für sie richtig bewertet und das emotionale Spektrum reicht von traurig bis erleichtert zugleich, wie es Greta formuliert:

„befreiend absolut es war ein Gefühl von ja es ist gut gewesen also in dem Moment (...) war ich nur dankbar es kam dann später nochmal zu einem späteren Zeitpunkt hat es mich nochmal eingeholt“ (Greta, Abs. 86).

Sechs der Zwölf Interviewten lassen sich dieser Gruppe zuordnen: Hanna (vgl. Abs. 54), Greta (vgl. Abs. 86), Bettina (vgl. Abs. 6), Kaya (vgl. Abs. 53), Nora (vgl. Abs. 65) und Paula (vgl. Abs. 23). Hanna beschreibt es als „traurige“ und „komische“ (ebd., Abs. 58) Erfahrung.

Die zweite Gruppe schildert ein sehr schlechtes Befinden nach dem Abbruch und berichtet explizit von Depressionen und einem über Jahre andauernden negativen Befinden (bleibt offen, ob die Depressionen selbst diagnostiziert wurden oder eine medizinische Diagnose vorlag. Ina (vgl. Abs. 62) und Olivia (vgl. Abs. 187) können zu dieser Gruppe dazu gezählt werden. Beide befanden sich bei dem Abbruch in sehr schwierigen Lebenssituation. Olivia wurde von Ihrem Partner stark unter Druck gesetzt (vgl. ebd., Abs. 189) und Ina hatte eine problematische Beziehung zu ihrer Familie zu der Zeit und lebte bei einer Freundin (vgl. Ina, Abs. 18). Beide waren 17 Jahre alt.

Die dritte Gruppe berichtet ebenfalls über ein negatives Befinden wie die erste Gruppe, jedoch nicht im Ausmaß einer Depression. Ella, Fiona und Rana berichten, dass die Zeit um den Abbruch herum und danach für sie sehr schlimm war, sie jedoch die Entscheidung nicht bereuen (vgl. Ella, Abs. 18; Fiona, Abs. 74; Rana, Abs. 45). Janina ist die Einzige in dieser Gruppe, die die Entscheidung für den Abbruch stark hinterfragt (vgl. Janina, Abs. 92).

4.3.3 Stigmatisierungserleben und Tabuisierung des Abbruchs

Dieser Kategorie beinhaltet Aussagen zum Erleben von Stigmatisierung oder Selbststigmatisierung bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs sowie zur Tabuisierung von Abbrüchen.

Janina hat im Rahmen des Entscheidungsprozesses schlechte Erfahrungen durch Beeinflussungsversuche anderer gemacht. Manche haben ihre Entscheidung wohl direkt bewertet, dabei habe sie Aussagen erlebt wie zum Beispiel „hm des hätte ich jetzt nicht gemacht und fühlst du dich gut dabei“ (Janina, Abs. 118). Diese Erfahrung führte bei ihr dazu, dass sie über den Abbruch nicht mehr spricht:

„Diesen Abbruch habe ich jetzt extra erstmal ausgelassen wenn sie mich nicht angesprochen hätten glaub ich hätte ich mich gar nicht dazu geäußert aber es ist halt immer schwierig also des äh wenn man mit diesem Thema öffentlich wird ähm dann äh werden sie ja schon verurteilt“ (ebd.).

Sie betrachtet den Abbruch als Merkmal, durch welches sie in negativer Weise gekennzeichnet wird. Es lässt sich die These aufstellen, dass der Abbruch auch inzwischen für sie selbst ein Tabuthema darstellt und sie diese gesellschaftliche Meinungsvorschrift übernommen hat. Dies führt zu einer Selbststigmatisierung, was sich an folgendem Zitat zeigt: „also des hat mich über wie gesagt Jahre verfolgt (...), dass ich schlecht gehandelt habe“ (ebd., Abs. 32). Dass Janina die Schwangerschaft von damals heute wahrscheinlich nicht mehr abbrechen würde, unterstützt diese These: „Ich würde es nicht mehr machen also wenn jetzt nicht ein medizinischer Grund ein wirklich dringender vorliegen würde, dann würde ich es nicht mehr machen“ (Janina, Abs. 92). Sie scheint große Angst vor zukünftiger Stigmatisierung zu haben und scheint auch deswegen nicht mehr über den Abbruch zu sprechen.

Auch Hanna schildert: „mir war schon irgendwie klar, das, was gesellschaftlich erwünscht ist, ist was anderes deswegen hatte ich irgendwie Angst dass da versucht wird mir einzureden dass ich mich anders entscheiden soll“ (Hanna, Abs. 58). Sie spricht dabei soziale Normen an, die sich auch auf die Norm der sicheren Schwangerschaftsverhütung beziehen könnten. Ina erlebt Stigmatisierung in der eigenen Familie: „natürlich habe ich voll den Anschiss kassiert warum ich nicht verhütet hab“ (Ina, Abs. 58). Das „natürlich“ zu Beginn des Satzes impliziert, dass sie die Kritik an der Verletzung der sozialen Norm der sicheren Empfängnisverhütung auch erwartet hatte. Aus Angst vor Verurteilung und Stigmatisierung spricht sie jedoch auch ähnlich wie Janina nicht mehr mit ihrer Verwandtschaft darüber, da sie annimmt, dass diese den Abbruch aus christlichen Glaubensgründen verurteilen könnten (vgl. ebd., Abs. 56).

Auch Olivia (vgl. Abs. 218) und Fiona (vgl. Abs. 78) haben nur mit sehr wenigen Menschen über den Abbruch gesprochen, „weil man ja doch immer nur angeprangert wird in der Öffentlichkeit“ (Olivia, Abs. 218). Sie benennen jedoch keine konkreten Erfahrungen.

Es fällt auf, dass bis auf Hanna alle der eben genannten Interviewten, die von Stigmatisierungserfahrung berichten, zu den beiden im vorherigen Kapitel 4.3.2. beschriebenen Gruppen zugeordnet werden, die von einem negativem bis sehr schlechtes Befinden nach dem

Abbruch berichten. Ina und Olivia sprechen von Depressionen nach dem Abbruch (vgl. Ina, Abs. 18; Olivia, Abs. 208 ff.). Janina hatte der Abbruch sehr lange beschäftigt und sie hinterfragt heute ihre Entscheidung. Fiona leidet zwar heute nicht mehr darunter und hat den Abbruch nie bereut, die Zeit danach war jedoch sehr schlimm für sie (vgl. Fiona, Abs. 74). Hier zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Stigmatisierungserleben, Tabuisierung und dem Befinden nach dem Abbruch und der Bewältigung der Erfahrung.

Dieser Zusammenhang wird auch nochmals durch die dazu recht gegensätzlichen Erfahrungen von Bettina, Kaya und Paula bestätigt. Alle drei erleben im sozialen Umfeld einen sehr offenen Umgang (vgl. Bettina, Abs. 4; Kaya, Abs. 55, Paula, Abs. 19). Alle drei lassen sich auch der Gruppe der gemäßigten Reaktion zuordnen (siehe Kapitel 4.3.2) – die Entscheidung war für sie richtig, sie fühlten sich danach im Gefühlsspektrum zwischen traurig und befreit zugleich (vgl. Bettina, Abs. 6; Kaya, Abs. 53; Paula, Abs. 23).

Bettina schildert, dass sie einen sehr offenen Umgang mit ihrem Schwangerschaftsabbruch hat und auch bei der Nachfrage nach Kindern vom Abbruch erzählt (vgl. Bettina, Abs. 6). Sie scheint dabei einen eigenen aufklärerischen Auftrag zu verfolgen:

„ja wo ich dann den Leuten dann immer mal mitgegeben habe dass sie bitte ihren Kopf einschalten sollen und nicht ständig nach irgendwelchen möglichen Kindern fragen sollen, dass es nicht das Lebensziel jeder Person sein muss, möglichst viele und schnellstmöglich Kinder zu bekommen“ (ebd.).

Dass Bettina so souverän mit dem Thema umgeht, kann auch daran liegen, dass Sie trotz der Kupferspirale schwanger wurde. Es lässt sich die These aufstellen, dass Sie die Verantwortung für das Entstehen der ungewollten Schwangerschaft vor allem beim Verhütungsmittel sieht (mehr hierzu in Kapitel 4.4.3) und aufgrund dessen die soziale Norm der sicheren Verhütung ja erfüllt hat, was einen offenen Umgang in der Gesellschaft ermöglicht.

Paula berichtet von einer „größtenteils komplett[en]“ (ebd., Abs. 19) Akzeptanz ihrer Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch durch ihr Umfeld. Sie sieht diese Akzeptanz jedoch auch auf ihren Beweggründen für die Entscheidung basierend, insbesondere ihrem jungen Alter.

Im Rahmen der medizinischen Behandlung spricht nur Hanna von der von ihr als Massenabfertigung empfundenen Behandlung in der Klinik, was für sie sehr schlimm war (vgl. Hanna, Abs. 58). Es stellt sich die Frage, ob sie dies als Stigmatisierung erlebt hat.

Ella als auch Fiona hingegen beschreiben die Erfahrungen im Rahmen der medizinischen Behandlung als sehr positiv, „reibungslös“ (Ella, Abs. 24) und „angenehm“ (ebd.) und stoßen auf großes Verständnis. Ella berichtet, dass es keine Diskussionen gab (vgl. Ella, Abs. 24) und Fiona betont, dass sie nicht mit Vorwürfen konfrontiert war, weil sie „ja nicht

irgendwie jetzt kopflos oder (...) ohne nachzudenken dort eine Schwangerschaft unterbreche oder leichtfertig“ (Fiona, Abs, 74) ist.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Angst vor Stigmatisierung sehr groß und der Abbruch von den Interviewten selbst tabuisiert wird, um eventuelle Stigmatisierung zu vermeiden. Die Sorge vor potenzieller Stigmatisierung scheint deutlich größer zu sein bei den Interviewten, welche von einem schlechten Befinden nach dem Abbruch berichten. Gleichzeitig fiel auf, dass erlebte Stigmatisierungserfahrungen das Befinden und die Bewältigung negativ beeinflussen können. Das konkrete Erleben von Stigmatisierung nimmt eine kleinere Rolle ein wie zuerst angenommen.

4.3.4 Schamerleben und Schuldgefühle

Die Interviewten schildern Schamerleben in Bezug auf die nicht erfolgreiche Verhütung und den Schwangerschaftsabbruch auf unterschiedliche Weise.

Hanna (vgl. Abs. 58) und Paula (vgl. Abs. 13) berichten davon, dass Sie sich geschämt haben, zur Gynäkolog*in zu gehen, um die Schwangerschaft feststellen zu lassen. Hanna hatte Angst vor der Frage der Ärzt*in, ob die Schwangerschaft gewollt sei (vgl. Hanna, Abs. 58). Hierbei könnte Scham aufgrund der Verletzung der sozialen Norm der sicheren Verhütung ein Grund sein. Paula gibt keine direkten Gründe an, schildert aber, dass sie den Besuch drei Wochen rausschob, weil sie sich nicht getraut hatte (vgl. Paula, Abs. 13).

Die Aussage von Ina, „also das hat mir dann echt zu bedenken gegeben dass ich richtig Scheiße gebaut hab weil ich hätt natürlich auch äh gucken müssen wegen der Verhütung“ (Ina, Abs. 46), kann ebenfalls als Schamempfinden aufgrund der unterlassenen Verhütung, einer Normverletzung, gedeutet werden. Greta schildert Scham gegenüber ihrem früheren Ich, da sie immer zu sich selbst gesagt hatte, „wie kann man ein Kind abtreiben das gibt es doch gar nicht des kann man nicht machen“ (Greta, Abs. 86).

Es fällt auf, dass in den Aussagen zum Schamerleben ein starker Bezug zu einer selbst oder durch andere zugeschriebene Schuld an der misslungenen Verhütung oder dem Abbruch findet.

Janina berichtet von Schuldgefühlen gegenüber dem Embryo und empfindet Scham, da sie unverantwortlich gehandelt habe:

„also das hat mich über wie gesagt Jahre verfolgt erstens mal das ich schlecht gehandelt habe äh unverantwortlich eben auch eine also den anderen Menschen gegenüber obwohl ich ihn ja quasi nicht kannte oder gar keine Ahnung davon hatte wie er aussieht oder wie auch immer aber weil ich quasi dafür die Verantwortung getragen habe und ich hätte es ja auch äh ja besser machen können“ (Janina, Abs, 92).

Olivia berichtet von Schuldgefühlen und dass sie sich den Schwangerschaftsabbruch selbst nicht verzeihen kann (vgl. Olivia, Abs. 208). Sie berichtet auch, dass sie mit niemanden über

die dadurch ausgelöste Depression gesprochen hat, da sie nicht über den Abbruch an sich sprechen konnte (vgl. ebd., Abs. 210). Auch hier könnte neben dem im vorherigen Kapitel 4.3.3 genannten befürchteten Stigmatisierungserleben Scham ein Grund gewesen sein, wieso sie mit niemandem darüber gesprochen hat.

Die Frage nach dem Schamerleben im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs und die potenzielle Bedeutung für die weitere Verhütungsbiografie scheint ein geeigneter Ansatz für weitere Forschung zu sein, eine reine Inhaltsanalyse reicht jedoch nicht aus, um dieses zu explorieren. Hierbei könnten rekonstruktiv-hermeneutische Verfahren sinnvoller sein.

4.4 Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs auf die weitere Verhütungsbiografie

4.4.1 Erklärungen für das Versagen der Verhütung

Die Interviewten schildern unterschiedliches Verhütungsverhalten unmittelbar vor der Konzeption der ungewollten Schwangerschaft, die abgebrochen wurde. Dementsprechend gibt es unterschiedliche Erklärungen für das Versagen der Verhütung. Diese lassen sich in Gruppen unterteilen mit jeweils unterschiedlichen Verhütungsmustern. Abbildung 2 stellt diese Gruppen grafisch dar.

Eine Gruppe hat zwar mit sicheren Verhütungsmitteln wie der Pille, dem Kondom oder der Spirale verhütet, die Verhütung war jedoch nicht erfolgreich. Dies betrifft sieben Interviewte. Davon war die Verhütungspanne bei drei Interviewten unerklärbar. So hat Bettina mit der Kupferspirale verhütet, sie und ihr Partner wurden jedoch „eines Besseren belehrt dass man doch nicht auf so ein Ding vertrauen kann“ (Bettina, Abs. 8). Auch Kaya, die mit Pille und Kondom verhütet hat, kann sich die ungewollte Schwangerschaft trotz Verhütung nicht erklären (vgl. Kaya, Abs. 57). Paula hat mit Kondom verhütet und auch keine Verhütungspanne bemerkt (vgl. Paula, Abs. 43). Vier Interviewte, welche zwar mit eigentlich sicheren Methoden verhütet haben, können Gründe für das Versagen der Verhütungsmittel erkennen. Hanna, Ina und Rana haben mit der Pille verhütet zum Zeitpunkt der Konzeption und sehen eigene Einnahmefehler. Hanna schildert fehlende Zuverlässigkeit bei der Einnahme in einer

„Zeit in der ich glaube ich grundsätzlich nicht sehr achtsam mit mir umgegangen bin viel getrunken hab viel weggegangen bin viel ja Sex mit fremden Männern hatte“ (Hanna, Abs. 48).

Auch bei Ina war das Problem das Vergessen der Einnahme:

„ich habe die Pille genommen das Problem war nur dass ich sie zwei Mal vergessen hatte und dann wirkt sie ja nicht mehr und da habe ich auch nicht mehr dran gedacht das ist mir dann erst eingefallen als ich erfahren hab dass ich schwanger bin“ (Ina, Abs. 48).

Hinzu kommt, dass sie angenommen hatte, dass der Sexualpartner ein Kondom benutzt, jedoch nicht explizit danach gefragt hatte. Rana wurde ebenfalls trotz Pilleneinnahme schwanger, denn sie hatte die „Pille nicht gut genug genommen“ (Rana, Abs. 51). Nora hat die Pille zwar regelmäßig eingenommen, jedoch kurz vor der Konzeption zu einem anderen Präparat gewechselt. Sowohl sie als auch die Frauenärztin fanden jedoch keine genauere Erklärung, wieso der Wechsel des Präparats zu der Konzeption führte (vgl. Nora, Abs. 61).

Eine zweite Gruppe hat sich zwar Gedanken über Verhütung gemacht, jedoch nicht mit sicheren Verhütungsmethoden verhütet, so zum Beispiel Fiona:

„sicher hatte ich da schon wieder Sex aber das ist ich ä hab gestillt und ja also es wird ja immer gesagt das das geht gar nicht und ja aber es ja wie gesagt es geht natürlich“ (Fiona, Abs. 74).

Ella begründet die fehlende Anwendung einer Verhütungsmethode damit, dass ihr aufgrund einer „abgeknickten Gebärmutter“ (Ella, Abs. 18) versichert wurde, dass die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft stark verringert sei (vgl. ebd.).

Bei Janina lässt sich aus dem Text herauslesen, dass sie durch die Wahrnehmung ihrer Körperzeichen angenommen hatte, bereits einen Eisprung gehabt zu haben (vgl. Janina, Abs. 66), denn sie schildert an anderer Stelle ihr gutes Körperbewusstsein und die dadurch von ihr angenommene sichere Bestimmung des fruchtbaren Zeitfenster.

Olivia hatte als einzige keine Verhütung angewandt und sich darüber auch keine Gedanken gemacht:

„ja ich hatte damals eine ganz kurze Beziehung gehabt hab mir nicht so richtig Gedanken in dem Moment über so Verhütung gemacht und so wie das halt mal auch mal so passiert in dem Alter ja. und dann äh ist es halt passiert“ (Olivia, Abs. 189).

Sie spricht dabei die Aspekte kurze Beziehungsdauer sowie ihr damals junges Alter an, worin sie die Erklärung für die fehlende Verhütung sieht.

Bei der Interviewten Greta findet sich leider keine Aussage zu dem Verhütungsverhalten vor der ungewollten Schwangerschaft und somit auch keine Erklärung zu dem Versagen der Verhütung. Hier zeigt sich das Problem einer Sekundäranalyse, mehr hierzu findet sich in Kapitel 5.1.

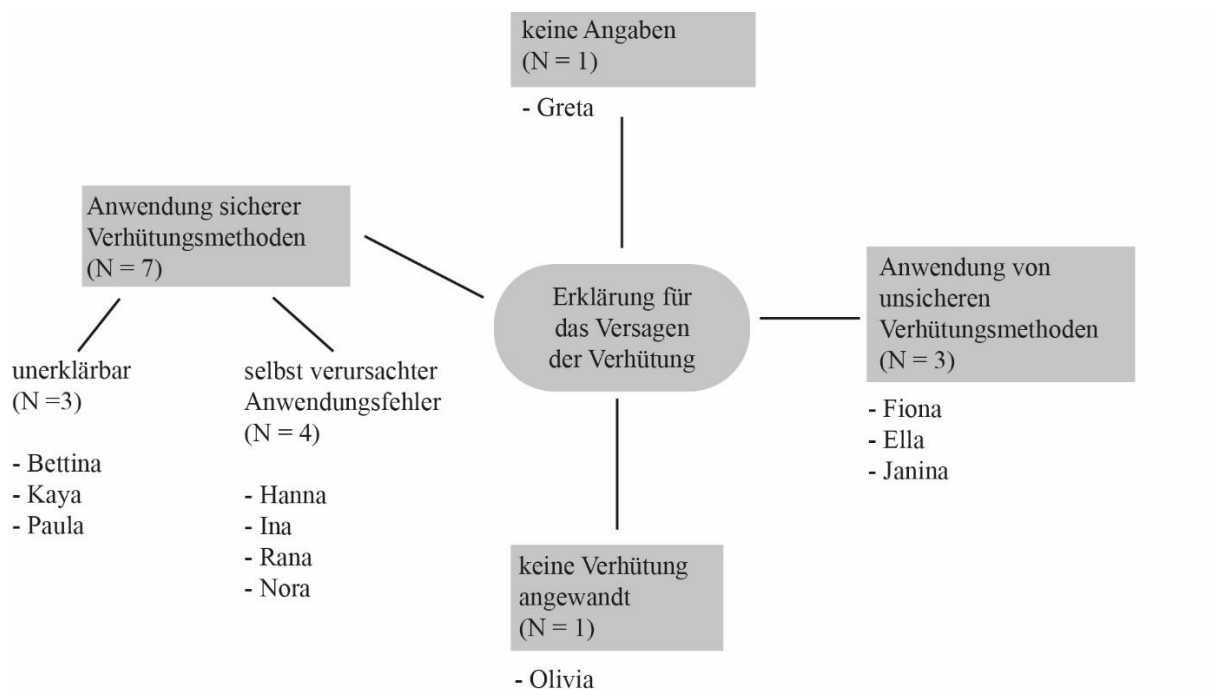


Abbildung 2: Erklärungen für das Versagen der Verhütung

4.4.2 Subjektive Erklärungsansätze des Entstehens der ungewollten Schwangerschaft

Bei der Auswertung der Interviews fiel auf, dass einige Interviewte subjektive Erklärungsansätze für das Entstehen, die Ursache und des Zeitpunkts der ungewollten Schwangerschaften haben, die abgebrochen wurden. Diese Kategorie ist geprägt von individuellen Glaubenssätzen und dem persönlichen Weltverständnis der Interviewten.

Greta schildert folgende Theorie:

„ich glaub eine Frau kann immer planen wenn sie kein Kind bekommen will also ich glaub das ist ganz gut in uns angelegt dass wir nicht schwanger werden müssen wenn wir es nicht wollen“ (Greta, Abs. 131).

Es stellt sich die Frage, ob Greta damit meint, dass eine Schwangerschaft durch den Willen verhindert werden kann im Sinne einer Steuerung des Körpers durch den Geist. Leider gibt es zu Greta keine Informationen über ihre Verhütung vor der ungewollten Schwangerschaft. Janina vertritt für ihre ungewollte Schwangerschaft eine Erklärung basierend auf dem Konzept von Schicksal:

„da hat sich halt jemand in das Leben ähm wie soll man sagen ähm geschmuggelt, manche Dinge passieren halt (...) weil sie passieren müssen oder wie auch immer ich kann es ihnen nicht sagen“ (Janina, Abs. 66).

Wie bereits im vorherigen Kapitel geschildert, kann sie sich auch nicht erklären, wie die Schwangerschaft trotz Verhütung entstanden ist. Da Janina jedoch auch mit unsicheren Methoden wie der Kalendermethode voraussichtlich verhütet hat, könnte „Schicksal“ hier auch

als persönliche Rechtfertigung gelten und offenbart ein Weltverständnis, das in Bezug auf Familienplanung eher weniger Kontrolle dem Einzelnen ermöglicht und die Entscheidungsfreiheit der Menschen eingeschränkt sieht. Dazu passt auch, dass Janina auch an anderer Stelle davon spricht, dass eine hundertprozentige Verhütung nie möglich ist (vgl. ebd., Abs. 92).

Auch bei Ella findet sich ein Bezug auf das Konzept von Schicksal und einer höheren Macht, indem sie anspricht, „es war wie von Gott gewollt dass ich irgendwie nicht schwanger werde“ (Ella, Abs. 18), da sie 15 Jahre nicht verhütet hatte. Diese Aussage könnte im Umkehrschluss so gelesen werden, dass die Schwangerschaft dann von Gott gewollt gewesen sei. Dies kann für Ella ein Erklärungsansatz sein, wieso sie nach fünfzehn Jahren schwanger wurde. Sie selbst bringt den Eintritt der Schwangerschaft auch in Bezug zu dem Schwangerschaftsabbruch der Tochter: „kurioserweise nach dem zweiten [Anm.: Schwangerschaftsabbruch der Tochter] war ich dann auch plötzlich wieder schwanger“ (Ella, Abs. 18).

Nora, die kurz nach dem Wechsel zu einem anderen Pillenpräparat schwanger wurde, agentiviert den Körper als autonom von Medizin und Kognition des Menschen, indem der Körper selbst handelt:

„warum wieso weshalb konnte meine Frauenärztin auch nicht rausfinden ähm es war einfach so, warum auch immer mein Körper hat gesagt nein das gefällt mir nicht wir machen das jetzt mal anders. Ja genau so“ (Nora, Abs. 61).

Der Körper bekommt eine eigene Handlungsmacht zugeschrieben, indem er selbst Entscheidungen trifft. Nora hatte keinen Kinderwunsch und befand sich in der Ausbildung und nennt dies als Gründe für den Abbruch. Es zeigt sich also ein anderer Ansatz wie bei Greta, die ja wiederum den Willen zu Verhütung einer Schwangerschaft als Geistessteuerung sieht. Bei Nora werden Körper und Geist als getrennt beschrieben.

4.4.3 Verantwortungszuschreibung der ungewollten Schwangerschaft

Dieser Kode wurde vergeben, wenn die Verantwortung für das Entstehen einer ungewollten Schwangerschaft benannt wird, die entweder abgebrochen oder ausgetragen wurde. Hier wird explizit die Verantwortung jemanden oder etwas zugeschrieben.

Janina schreibt sich selbst eine Verantwortung zu, denn „vorher zu verhüten wäre ja so einfach gewesen“ (Janina, Abs. 82). Sie berichtet an anderer Stelle jedoch auch vom Kindsvater: „weil ich quasi dafür die Verantwortung getragen habe und ich hätte es ja auch ja besser machen können“ (ebd., Abs. 92). Ob sie sich damit nur auf den Schwangerschaftsabbruch bezieht oder bereits auf die Verantwortung für das Entstehen der ungewollten Schwangerschaft, bleibt offen.

Ina schreibt sich selbst ebenfalls eine Verantwortung zu, obwohl sie angenommen hatte, dass ihr Sexualpartner ein Kondom benutzt und sie die Pille, wenn auch unregelmäßig, eingenommen hat:

„ja also das hat mir dann echt zu bedenken gegeben dass ich richtig Scheiße gebaut hab weil ich hätt natürlich auch gucken müssen wegen der Verhütung und so weiter aber ich glaub in dem Moment war ich einfach so berauscht“ (Ina, Abs. 46).

Auch bei Rana (vgl. Abs. 51) war die Situation ähnlich, da sie die „Pille nicht gut genug genommen“ hatte und „drauf geschissen“ hat wegen „Hormone“ und „Lust“ und bewertet es als „ja ach war scheiße“. Sie sieht eine Verantwortung bei sich, da sie an die Pille danach als Notfallkontrazeption nicht gedacht hatte (vgl. ebd.).

Olivia, die nicht verhütet hatte, benennt ihr junges Alter von 17 Jahren als Grund, wieso sie sich keine Gedanken gemacht hat, „so wie das halt mal auch mal so passiert in dem Alter“ (Olivia, Abs. 189).

Bei Fiona, die Stillen als Verhütungsmethode gesehen hat, könnte die Aussage „also es wird ja immer gesagt das das geht gar nicht“ (Fiona, Abs. 74) als Verantwortungszuschreibung an gesellschaftlich anerkanntes und verbreitetes Wissen, auf dass sie sich verlassen hatte, gesehen werden. Ihre nachdrückliche Äußerung „ich sag jetzt einfach mal so obwohl sich das blöd anhört - ich weiß nicht wie das passieren konnte“ (vgl. ebd.) könnte so verstanden werden, dass sie sich als passives Betroffene einer Fehlinformation sieht, welche die Konsequenzen tragen musste.

Ella sieht die Verantwortung für das Entstehen ihrer ersten ungewollten, aber ausgetragenen Schwangerschaft bei ihrer Frauenärztin:

„ich bin schwanger geworden weil ich nicht die Pille verschrieben bekam von meiner Frauenärztin weil sie meinte wenn ich mit 17 Jahren so früh schon anfang mit der Pille könnte es sein dass ich also tatsächlich nicht mehr keine Kinder bekommen könnte wenn ich so früh anfang ich sollte also erstmal anfangen mit der Fiebermessmethode“ (Ella, Abs. 2).

Bei ihrer zweiten ungewollten und abgebrochenen Schwangerschaft sieht sie ihren Partner und sich in der Verantwortung und benutzt den Begriff Schuld (vgl. ebd., Abs. 18). Sie betont jedoch auch, dass sie davor jahrelang nicht verhütet hatte und „es war wie von Gott gewollt dass ich irgendwie nicht schwanger werde“ (ebd., Abs. 18). Es stellt sich also auch hier die Frage, inwiefern sie „Gott“ eine Verantwortung für das Entstehen der Schwangerschaft zuschreibt.

Bettina, Kaya und Paula haben alle verhütet und auf Methoden vertraut, die jedoch nicht funktioniert haben (vgl. Bettina, Abs. 8; Kaya, Abs. 57; Paula, Abs. 23).

Paula fasst es so zusammen:

„ich habe das wirklich komplett ähm als Fehler abgetan und das musste auch so bleiben also ich hab damit auch so abgeschlossen das war ein Fehler und beziehungsweise was heißt Fehler ich sag mal so

direkt was wenn man schon verhütet und dann klappts nicht äh dann sag ich mal ist es so“ (Paula, Abs. 23).

Sie beschreibt zuerst einen Fehler ihrerseits, korrigiert dies jedoch nochmal. Sie hat ihren Beitrag geleistet, indem Sie mit Kondom verhütet hat und sich darauf verlassen hat, „dass Kondome nun funktionieren“ (ebd., Abs. 23). Außerdem hatte sie es nicht bemerkt, ansonsten hätte sie die Pille danach genommen wie bereits bei Verhütungspannen zuvor (vgl. Paula, Abs. 43).

Auch Bettina und Kaya haben auf Methoden (Spirale, Kondom) vertraut, die jedoch nicht funktioniert haben (vgl. Bettina, Abs. 8; Kaya, Abs. 39). Die Aussage von Kaya, „wir haben aufgepasst wir hatten dann mit Kondom auch verhütet“ (Kaya, Abs. 39) verweist darauf, dass sie keine Verantwortung bei sich sieht, sondern bei der Verhütungsmethode. Das Vertrauen auf eine als sicher eingestufte Verhütungsmethode hinterfragt Bettina, die trotz korrekt sitzender Kupferspirale schwanger wurde, denn sie und ihr Partner wurden „eines besseren belehrt dass man doch nicht auf so ein Ding vertrauen kann“ (Bettina, Abs. 8). Es bleibt offen, ob sie damit auch eine Teilverantwortung für das Entstehen der ungewollten Schwangerschaft bei sich und ihrem Partner sieht, da sie sich für die Kupferspirale entschieden haben.

4.4.4 Änderungen des Verhütungsverhaltens durch den Abbruch

Im Rahmen der Auswertung wurde auch nach Segmenten geschaut, in welchen die Frauen in direkten Zitaten dem Schwangerschaftsabbruch eine Bedeutung auf die weitere Verhütungsbiografie zuschreiben und die konkreten Auswirkungen auf das Verhütungsverhalten beschreiben. Diese direkten Zitate geben sehr spannende Antworten auf die Forschungsfrage. Nur diese anzuschauen, wäre jedoch nicht ausreichend, da nur sechs der zwölf Interviewten des Samples dieses Thema direkt ansprechen.

Direkte Zitate finden sich bei Janina, Greta, Fiona, Bettina, Ina und Paula. Alle sechs Frauen schildern eine Veränderung im Verhütungsverhalten, die auf stärkerer Sicherheit und Planung beruht und betonen, dass sie nun „halt vorsichtiger sein“ (Ina, Abs. 120) müssen denn „sowas sollte nicht nochmal passieren“ (Fiona, Abs. 95). Greta betont ein stärkeres Sicherheitsbedürfnis bei der Verhütung wie folgt:

„Das war einmal diese Erfahrung [Anm.: des Schwangerschaftsabbruchs] sonst war nie mehr was. Da passt man dann schon auf und nochmal will man das nicht machen müssen. Nee nee einmal reicht als Erfahrung nein das also das ist dann Verantwortung übernehmen für des was ist“ (ebd., Abs. 110).

Die Verwendung des Begriffs „Verantwortung“ (vgl. Kapitel 4.4.3) lässt sich als eine Pflicht der Erfüllung der sozialen Norm einer sicheren Empfängnisverhütung interpretieren.

Doch durch welche Handlungsveränderungen zeigt sich die Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs auf das Verhütungsverhalten in der Praxis konkret?

Eine verbesserte Sicherheit sehen Ina und Paula in der Doppelnutzung von Verhütungsmitteln. Sie schildern als Konsequenz die Einnahme der Pille oder die die Nutzung der Dreimonatsspritze in Kombination mit der Barrieremethode Kondom. Paula begründet das folgend:

„weil doppelt hält halt eben besser und ich habe für mich halt den Fehler zugestanden dass ich eben mich drauf verlassen hab das Kondome nun funktionieren und den Fehler mach ich jetzt aber definitiv nicht mehr“ (Paula, Abs. 23).

Sie berichtet außerdem folgendes: „aber jetzt plan ich ja also besser und da würde mir das auch nicht passieren nochmal“ (Paula, Abs. 23). Durch die Verwendung von „definitiv“ verstärkt sie diese Aussage nochmals. Sie wurde durch die unregelmäßige Einnahme der Pille schwanger und hatte sich bei der Kondomnutzung auf den Partner verlassen. Ihr besseres Planen könnte auf einem nun stärkeren Sicherheits- und Kontrollbedürfnis basieren.

Ina schildert außerdem Veränderung in ihrem Sexualleben in Bezug auf eine Phase sexueller Abstinenz nach dem Abbruch:

„erst nachdem dann eben das alles passiert ist mit der Abtreibung und so weiter (...) war ich dann eher vorsichtiger also da wollte ich dann gar keine Männer mehr weil mich das wirklich ziemlich mitgenommen hat“ (Ina, Abs. 36).

Sie zeigte nach dem Abbruch nun eine sehr starke Vorsicht bei der Verhütung und war zu temporärer sexueller Abstinenz und einem Single-Leben bereit, weil der Abbruch eine schwierige Erfahrung war. Für Ina stellt der Abbruch insgesamt eine große Lebensveränderung dar, sie beschreibt es als den „Zeitpunkt meiner Hundertachtziggraddrehung“, da es ihr zu bedenken gab, dass sie

„richtig Scheiße gebaut hab weil ich hätte natürlich auch gucken müssen wegen der Verhütung und so weiter aber ich glaub in dem Moment war ich einfach so berauscht oder ich weiß es auch nicht dass ich da nicht dran gedacht habe und ab da hab ich eigentlich immer wirklich gut aufgepasst“ (Ina, Abs. 46).

Die ungewollte abgebrochene Schwangerschaft, die ihre erste war, hat einen Einfluss auf ihr weiteres Verhütungsverhalten gehabt. Wie das „gut aufpassen“ (vgl. ebd.) nach dem Abbruch aussah, schildert sie nicht näher. Denn erst durch ihre zweite, ebenfalls unbeabsichtigte, aber ausgetragene Schwangerschaft verhütet sie nun doppelt durch Pille und Kondom, um eine höhere Sicherheit zu haben, denn „nochmal darf das nicht passieren“ (vgl. ebd., Abs. 100). Die Wirkung der Pille war damals durch eine gleichzeitige Einnahme von Antibiotika eingeschränkt, woraufhin sie schwanger wurde. Ina betonte jedoch, dass sie damals vor der Einnahme des Antibiotikums die Frauenärztin dazu befragt hatte und diese die Wechselwirkung als harmlos abtat.

Die eigene Sterilisation als endgültige Verhütungsmethode wird sowohl von Fiona und Greta in Betracht gezogen. Für Greta scheint dies besonders stark mit ihren Schuldgefühlen und moralischen Bedenken zu tun zu haben:

„Nach der Abtreibung wollte ich mich eigentlich ja sterilisieren lassen so vielleicht als Bestrafung ich weiß es nicht ich habe gesagt ich bin es eigentlich nicht wert nochmal Mutter zu sein weil ich habe immer gesagt wie kann man ein Kind abtreiben des gibt es doch gar nicht des kann man nicht machen“ (Greta, Abs. 86).

Die Schuldgefühle führen zu einem nachträglichen Bedürfnis nach Verantwortungsübernahme durch eine endgültige Sterilisation, da sie sich selbst nicht mehr berechtigt sieht, nochmal irgendwann Mutter zu werden. Letzen Endes hat sich der Partner sterilisieren lassen, was aufzeigt: Ideen bezüglich des zukünftigen Verhütungsverhaltens können sich im Laufe der Verarbeitung eines Abbruchs auch verändern.

Fiona hat sich direkt nach dem Abbruch sterilisieren lassen, da sie nicht noch einmal ungewollt schwanger werden wollte und aus praktischen Gründen dies für sie der einfachste Weg war:

„Nicht mal weil ich endgültig verhüten wollte sondern einfach (...) weil erstmal ging es mit einem Aufwasch zu machen und dann sowas sollte nicht nochmal passieren ja weil das ist schlimm“ (Fiona, Abs. 95).

Fiona hat vor dem Abbruch nicht verhütet aufgrund der Annahme, dass während der Stillphase eines Kindes Frauen nicht schwanger werden können.

Bettina, die trotz der Kupferspirale schwanger wurde, hat sich nach dem Abbruch für eine Hormonspirale entschieden, obwohl sie hormonelle Verhütung als gefährlich aufgrund der Nebenwirkungen betrachtet (vgl. Bettina, Abs. 92). Sie schildert einen großen Vertrauensverlust in Verhütungsmethoden:

„das war dann ja so ein Schocker halt eben für uns dass wir überhaupt kein Vertrauen mehr in so Verhütungsmethoden hatten dass wir gesagt haben, okay dann nehmen wir doch lieber die Hormondosis in Kauf“ (Bettina, Abs. 10).

Der Abbruch kann hier als tragisches Lebensereignis verstanden werden, das einen großen Schock auslöst, da mit einer durch den Pearl Index als sehr sicher eingestuften Verhütungsmethode verhütet wurde. Aufgrund des Mangels an sicheren Alternativen findet ein Abwägen der Kosten und Nutzen statt, wobei die Sicherheit der Hormonspirale als ein stärkeres Argument wie die kritische Haltung zu hormoneller Verhütung gesehen wird.

Eine weitere Veränderung im Verhütungsverhalten ist die intensivere Auseinandersetzung mit Verhütungsmethoden. Janina, die derzeit Single ist und deren Ex-Partner sich sterilisieren lassen hatte, nimmt sich vor, sich bei einer möglichen Partnerschaft in der Zukunft intensiv mit dem Thema auseinanderzusetzen und auf Verhütung zu bestehen:

„aber es würde mir schon mehr Kopfzerbrechen jetzt bereiten dann also bevor ich überhaupt mit dem Mann vielleicht doch in einer gewissen Situation komm wo es dann passiert“ (Janina, Abs. 96).

Sie ist sich jedoch noch unsicher, wie sie verhüten würde. Sie möchte jedoch „nie mehr wieder in so eine Situation geraten“ (ebd., Abs. 82), da es sie sehr belastet und auch geprägt hatte.

Rana schildert: „angenehm ist es nicht nein und ich möcht das auch nicht nochmal haben unbedingt“ (Rana, Abs. 49). Es bleibt jedoch offen, ob der Schwangerschaftsabbruch und ihr Wunsch, dass nicht nochmal zu erleben, einen Einfluss auf Ihr weiteres Verhütungsverhalten hatte. Da sie bereits vor dem Abbruch die Pille nahm, jedoch unregelmäßig, und auch nach dem Abbruch mit der Pille verhütet, bleibt offen, ob sie zumindest durch eine regelmäßige Einnahme der Pille diesen Wunsch beeinflusst. Die unregelmäßige Einnahme bewertet sie jedoch sehr deutlich und sagt dazu:

„drauf geschissen, ja Hormone Lust ja Pille nicht gut genug genommen muss man ja denn irgendwann ja ach war scheiße und an die Pille danach nicht gedacht“ (ebd., Abs. 51).

4.5 Normative Bewertung gescheiterter Verhütung und Abbrüche

Die Kategorie „Normen zu Verhütung und Schwangerschaftsabbruch“ beinhaltet Aussagen zu sozialen Normen zu Themen rund um Familienplanung, welche die Interviewten beschreiben. Diese können, müssen aber keinen Bezug zu den eigenen Erfahrungen haben. Durch die beschriebenen Normen wird teilweise das eigene Verhalten bewertet. Soziale Normen können definiert werden als „Regeln, die sich auf Verhalten, aber auch auf Emotionen und Kognitionen beziehen und in Gruppen und/oder Gesellschaften einen gewissen Verbindlichkeitsgrad haben“ (Wirtz, 2013, S. 1109).

Es fällt bei der Analyse dieser Kategorie deutlich auf, dass sehr häufig der Begriff „Verantwortung“ verwendet wird. Greta begründet ihre Veränderung hinzu einer sehr sicheren Verhütung nach dem Abbruch beispielsweise folgend: „also das ist dann Verantwortung übernehmen für dass, was ist“ (Greta, Abs. 110). Verantwortungsübernahme steht dabei als soziale Norm da, wie es häufig in den Interviews zu finden ist. Diese Verantwortungsübernahme kann sich unterschiedlich auswirken.

In mehreren Interviews wird die soziale Norm erwähnt, dass gesellschaftlich Schwangerschaftsabbrüche als Straftat gesehen werden und ungewollt Schwangere eine moralische Verantwortung tragen:

„damals wars halt so ich habe auch viele berichte gelesen über Abtreibung und so weiter und auch viele Menschen die geschrieben haben und wie kann man nur und ein Menschenleben töten“ (Ina, Abs. 66).

Ein Schwangerschaftsabbruch kann bedeuten, diese moralische Verantwortung in der Vergangenheit nicht übernommen zu haben (vgl. Janina, Abs. 78). Ähnlich sieht es auch Greta:

„ich bin es eigentlich nicht wert nochmal Mutter zu sein weil ich habe immer gesagt wie kann man ein Kind abtreiben das gibt doch gar nicht des kann man nicht machen“ (Greta, Abs. 86).

Die Verletzung der sozialen Norm des Austragens auch einer ungewollten Schwangerschaft führt bei Greta zu einer moralischen Selbstverurteilung, ebenso bei Olivia (vgl. Abs. 187). Auch bei Ina (vgl. Abs. 66) findet sich eine Selbstverurteilung auf Basis der ethischen Frage, ab wann es sich bei einem Embryo um einen Menschen handelt. Sie stellt jedoch eine weitere soziale Norm auf: Schwangerschaftsabbrüche sind eher akzeptiert in einem Frühstadium der Schwangerschaft:

„weil damals als ich abgetrieben hab da war ich grad mal in der vierten Woche oder so was also es war wirklich noch frisch und also für mich war es noch kein Kind in dem Sinn“ (ebd., Abs. 52).

Fiona hingegen sieht das anders: Für sie bedeutet Verantwortung heute in Bezug auf Familienplanung, Kinder zu planen: „es wäre heute verantwortungslos wenn man es nicht macht“ (Fiona, Abs. 103). Sie begründet diese soziale Norm damit, dass man sich zuerst „eine Basis aufbauen“ (Fiona, Abs. 99) muss, denn „alles andere ist auch verantwortungslos wie gesagt Kinder werden nicht von Liebe groß“ (ebd.). Damit spricht sie eine gesicherte Existenz an. Sie räumt jedoch ein, dass es eigentlich anders sein sollte. Diese Aussage könnte jedoch auch aus der Perspektive der Ost-Sozialisation von Fiona betrachtet werden, denn „das war ja nicht so schlimm früher man hat sein Leben das war alles sehr vorgegeben also ich musste um nichts Angst haben“ (ebd., Abs. 42).

Allerdings finden sich ähnliche Muster bei den Begründungen für die Entscheidung für den Abbruch bei den anderen Interviewten (z. B. Hanna, Abs. 54; Paula, Abs. 17; Nora, Abs. 56; Bettina, Abs. 2).

Eine weitere soziale Norm, die sich in den Interviews findet, ist die Notwendigkeit des Vorhandenseins von legitimen Gründen für einen Abbruch. Auch hier zeigt sich die Norm von Verantwortungsübernahme: Ein Schwangerschaftsabbruch muss durchdacht werden und darf nicht leichtfertig entschieden werden (vgl. Fiona, Abs. 74). Sozial akzeptierte Gründe sind ein junges Alter und eine noch nicht abgeschlossene Ausbildung, wie beispielsweise bei der Tochter von Ella, denn „dadurch dass sie eben noch in der Ausbildung war, hatte man eigentlich sofort das eingesehen dass es wirklich nicht gehen würde“ (Ella, Abs. 24).

Ein weiterer spannender Punkt ist die Bedeutung der gemeinsamen Erfahrung durch Gespräche mit anderen Frauen, die einen Abbruch hatten:

„und man denkt oh du bist ja gar nicht die Einzige also so schlimm bist du ja gar nicht und so und also Akzeptanz war da eigentlich größtenteils komplett da“ (Paula, Abs. 19).

Durch den Austausch mit anderen findet eine Normalisierung der Erfahrung des Abbruchs statt. Gedeutet werden kann dies als Aushebelung der sozialen Norm des Austragens einer ungewollten Schwangerschaft.

Es finden sich in den Interviews auch Normen bezüglich der Verantwortungsübernahme durch eine sichere Verhütung. Häufig wird eine soziale Norm der sicheren Verhütung zur Verhinderung einer Schwangerschaft kommuniziert, so zum Beispiel durch Janina: „das war klar für mich das man wenn man Geschlechtsverkehr hat das dann die verhüten muss“ (Janina, Abs. 32).

Gescheiterte oder fehlende Verhütung entspricht somit nicht der sozial erwarteten Norm und wird als negativ bewertet (vgl. Rana, Abs. 51) oder sogar als „dumm“ (Hanna, Abs. 42), da nicht nachgedacht wurde. Janina (vgl. ebd.) spricht dabei insbesondere an, dass junge Mädchen sicher verhüten müssen und diese Norm heute auch so oft verletzt werde indem „so viele junge Mädchen so jung schwanger werden“ (ebd., Abs. 30). Auch Olivia spricht davon, dass junge Mädchen nicht „unnötig“ (Olivia, Abs. 244) sexuelle Beziehungen eingehen sollten (vgl. ebd., Abs. 243 ff.). Die Frage, welche Beziehungen dann im Gegenschluss als nötig erachtet werden, bleibt offen.

Eine weitere soziale Norm ist, dass wenn verhütet wurde und die Frau durch eine Verhütungspanne schwanger wurde, sie dafür weniger Verantwortung trägt: „ich sag mal so direkt, was wenn man schon verhütet und dann klappts nicht dann sag ich mal ist es so teils teils“ (Paula, Abs. 23). Paula und Olivia, die beide mit 17 Jahren einen Schwangerschaftsabbruch hatten, sehen die misslungene oder unterlassene Verhütung als ein „Ausrutscher“ (Paula, Abs. 13), welcher der Normalität jugendlicher Menschen entsprechend „halt mal auch mal so passiert in dem Alter“ (Olivia, Abs. 189). Die hier transportierte soziale Norm könnte lauten, dass Fehler zum Lernprozess junger Menschen gehören und dadurch gesellschaftlich aufgrund des Alters ein Abbruch eher akzeptiert wird.

Es finden sich auch Aussagen, die als soziale Normen bestimmter Milieus verstanden werden können, zum Beispiel bezüglich der Entscheidungsautonomie der Schwangeren: Da es den Körper der Frau betrifft sollten sie die Entscheidung allein treffen dürfen (vgl. Paula, Abs. 55), Schwangerschaftsabbrüche müssen legal sein da Frauen dies für ihre Entscheidungsfreiheit brauchen (Kaya, Abs. 69) sowie die Aussage von Olivia, dass Frauen mit

Abbrucherfahrung gesellschaftlich nicht stigmatisiert und verurteilt werden sollten, weil es legitime Beweggründe und Lebensumstände gibt:

„weil man ja doch immer nur angeprangert wird in der Öffentlichkeit. Und ich weiß nicht das ist auch nicht der richtige Weg denke ich. Weil es gibt nun mal einfach Lebensumstände die einen dazu bringen und da dann aber in der Öffentlichkeit als Monster hingestellt zu werden das ist nun auch sehr unpraktisch“ (Olivia, Abs. 218).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es sehr viele und sich zum Teil widersprechende Normen bezüglich Familienplanung gibt, die sich auf das Verhütungsverhalten auswirken können. Die Norm der sicheren Empfängnisverhütung scheinen jedoch alle Interviewten zu teilen.

4.6 Aufklärung (möglicher) Tochter

Die Kategorie „Aufklärung (möglicher) Tochter basiert auf einer Erzählaufforderung aus dem Leitfaden von *frauen leben 3*:

„Stellen Sie sich vor, Sie hätten eine Tochter: Wie sollte das für Ihre Tochter idealerweise aussehen? Was sollte sie im Idealfall von wem und in welchem Alter über das ganze Thema Körper, Sexualität, Familienplanung erfahren?“

Diese Kategorie kann bei der Beantwortung der Frage „Wie wurde das Thema Verhütung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch erlebt“ relevant sein, da die Schlüsse, die aus den eigenen Erfahrungen gewonnen wurden, in die Aufklärung einer (möglichen) Tochter einfließen können.

Die Relevanz von Bildung zu Empfängnisverhütung für (mögliche) Töchter wird von einigen Interviewten betont. Ella sieht dies als besonders wichtig an, denn Mädchen „können halt schwanger werden und die müssen vorsorgen und die brauchen die Pille und die brauchen dann Kondom“ (Ella, Abs. 40). Auch Nora betont, dass sie einer möglichen Tochter mitteilen wollen würde, dass sich die Frauen bei der Verhütung nicht auf die Männer verlassen sollten, die Pille regelmäßig einnehmen und zusätzlich mit Kondom verhüten sollen (vgl. Nora, Abs. 83).

Die Vermittlung von Bildung zum Thema Empfängnisverhütung durch Fachpersonen wie Frauenärzt*innen (vgl. Ella, Abs. 38; Janina, Abs. 74) und Beratungsstellen (vgl. Ina, Abs. 102) wird dabei als eine zusätzliche Möglichkeit neben der Wissensvermittlung durch die Schule genannt. Dabei ist es für Ella wichtig, dass diese „dann auch wirklich die Verhütungsmittel auch richtig [zeigen]“ (ebd., Abs. 38), die Anwendung dieser besprechen und die Kondomnutzung üben.

Nora spricht ebenfalls über die Lücke, die sich auftut zwischen der Wissensvermittlung in der Schule zu biologischen Aspekten und der theoretischen Anwendung von Verhütungsmitteln sowie den aufkommenden Anwendungsproblemen in der Praxis:

„Sexualkundeunterricht in der Schule ist nicht verkehrt aber da wird das Leben ja nicht vermittelt das ist ja alles nur biologisch das ist ja das Problem“ (Nora, Abs, 87).

Es ist ihr wichtig, dass junge Frauen „schon wissen wie das funktioniert und worauf man aufpassen sollte“ (ebd., Abs. 88).

Hanna ist der Meinung, dass die Bildung dazu führen sollte, „dass dann da am Ende irgendwie eine selbstbewusste Frau bei raus kommt die Entscheidungen trifft mit denen sie gut leben kann“ (Hanna., Abs, 78).

Rana geht bei der Frage sehr stark auf Schwangerschaftsverhütung ein und würde ihre Tochter dann auch gleich „über mögliche Gefahren aufklären“ (Rana, Abs. 61) und zur „Abschreckung“ (ebd.) Videos über Schwangerschaft zeigen. Diese Einstellung könnte als Reaktion auf die Erfahrung ihres Schwangerschaftsabbruchs mit 19 Jahren und die damalige unregelmäßige Einnahme der Pille gedeutet werden.

Bettina macht sich Gedanken über mögliche ähnliche Erfahrungen der Tochter und scheint Sorge vor einer Schwangerschaftskonfliktsituation bei der Tochter zu haben. Sie erzählt, dass ihr Mann immer spaßt und sagt, „hoffentlich wird sie lesbisch dann gibt es keine Teenieschwangerschaft“ (Bettina, Abs. 46). Bettina erzählt jedoch auch, dass sie ihre Tochter bedingungslos unterstützen würde, wenn diese ungewollt schwanger wäre und jede Entscheidung akzeptieren könnte (vgl. ebd.).

Einen offenen Umgang, sodass keine Scham bezüglich der Themen Sexualität und Verhütung aufkommt, wünscht sich Kaya für eine mögliche Tochter (Kaya, Abs. 61).

Olivia wünscht sich, dass ihre Tochter „nicht einfach überall mit jedem gleich in die Kiste hüpf“ (Olivia, Abs. 247) und betont an anderer Stelle, dass sie nicht „unnötig“ (ebd. Abs. 244) Geschlechtsverkehr haben sollte. Olivia selbst wurde mit 17 Jahren schwanger und hatte dabei nicht verhütet. Der Abbruch hat sie noch lange psychisch sehr stark belastet (vgl. Abs. 187). Es ist anzunehmen, dass sich diese Aussage auf ihre eigene Biografie bezieht, da sie den eigenen Schwangerschaftsabbruch immer noch als Fehler ansieht.

Einen weiteren Vergleich im Umgang mit Verhütung zwischen der fast erwachsenen Tochter und sich selbst zieht Fiona. Die Tochter sei deutlich verantwortungsbewusster als die Interviewte selbst es gewesen war und habe sich vor dem ersten Geschlechtsverkehr die Pille verschreiben lassen (vgl. Fiona, Abs. 99). Dass diese und ihre Generation generell „bewusster mit solchen Sachen heute“ umgeht und „wissen wie es läuft“ schreibt sie deren besseren Bildungsstand zu und dass sie „auch in der Schule [sehen] was passiert wenn ein Mädels

schwanger wird (...) dass die heute eben nicht nebenbei eine Ausbildung machen können“ (ebd.). Sie spricht dabei voraussichtlich die Unterschiede zwischen der ehemaligen DDR und der heutigen Bundesrepublik an. Fiona bekam mit 19 Jahren in der DDR ungeplant ihr erstes Kind, doch das

„war ja nicht so schlimm früher man hat sein Leben das war alles sehr vorgegeben also ich musste um nichts Angst haben dass ich nicht studieren könnte oder dass ich dann keinen Beruf kriege oder dass dieses Kind nicht versorgt wäre“ (ebd., Abs. 42).

4.7 Weitere Faktoren in der Veränderung des Verhütungsverhaltens

Dieser Kode beinhaltet Aussagen zu weiteren Faktoren neben einem Schwangerschaftsabbruch, die eine Veränderung im Verhütungsverhalten bewirken oder dieses prägen.

Nebenwirkungen von Verhütungsmethoden, insbesondere durch hormonelle Methoden, haben bereits bei sechs der zwölf Interviewten zu einer Veränderung im Verhütungsverhalten geführt. Bei Olivia (vgl. Abs. 165) und Kaya (vgl. Abs. 47) führten Thrombosen oder ein erhöhtes Thromboserisiko zu einem Wechsel der Methode. Fiona (vgl. Abs. 48) hat wegen einer Sorge vor Nebenwirkungen, welche die Stimme beeinflussen, die Pille abgesetzt. Ina hat das Präparat gewechselt und sich mit der Pille als hormonelle Verhütungsmethode stärker auseinandergesetzt (vgl. Ina, Abs. 94). Janina (vgl. Abs. 40) hat wegen Auswirkungen auf ihr psychisches Wohlbefinden die Pille abgesetzt. Aufgrund starker Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Hormonspritze hörte Paula auf mittels dieser zu verhüten (vgl. Paula, Abs. 37).

Weitere Veränderungen des Verhütungsverhaltens zeigen sich beim Wechsel in feste Partnerschaften. Vier Interviewte berichten hierbei vom Verzicht auf eine Doppelverhütung durch Pille und Kondom (vgl. Bettina, Abs. 32; Kaya, Abs. 29; Rana, Abs. 57, Nora, Abs. 73). Nora hatte

„während der festen Partnerschaft halt ganz normal mit einer Pille verhütet weil ich denke wenn ich eine feste Partnerschaft habe die länger geht kann ich drauf vertrauen okay du brauchst nur die Pille das reicht“ (Nora, Abs. 73).

Begründet wird dies mit der nicht mehr notwendigen Verhütung von sexuell übertragbaren Erkrankungen (vgl. Kaya, Abs. 29: „wir halt wussten auch dass wir nicht mit irgendjemand anderen noch Geschlechtsverkehr haben“).

Es lässt sich die These aufstellen, dass jedoch auch die Relevanz von Empfängnisverhütung in festen Partnerschaften abnimmt, da immerhin der partnerschaftliche Rahmen geklärt ist und eine mögliche Schwangerschaft als weniger dramatisch wäre wie außerhalb einer

konsolidierten Beziehung und auf dem Kontinuum der Schwangerschaftsintention¹⁰ eher bei unbeabsichtigt, aber dann gewollt liegen könnte.

Greta nennt das Zusammenziehen mit dem Partner als Faktor für Veränderung, da sie durch die Kalendermethode oder die symptothermale Methode verhütet und abwägen möchte, ob dies dann auch noch bei regelmäßigerem Geschlechtsverkehr die geeignete Methode ist:

„aber wenn man dann doch jeden Tag zusammen ist dann denk ich ist es in der Woche wo es dann anfängt ja also wo man dann diesen Eisprung hat davor ist ja doch drei Tage und ja da muss man dann schon bissel genauer gucken“ (Greta, Abs. 108).

Auffallend ist, dass nur eine Interviewte explizit eine neue Paarbeziehung als Moment der Veränderung des Verhütungsverhaltens benennt (vgl. Janina, Abs. 92).

Die konkrete Planung von Kindern benennt Bettina als Veränderung im Verhütungsverhalten. Sie hatte sich eine Kupferspirale einsetzen lassen, da sie und ihr Partner daran dachten,

„in fünf Jahren wollen wir loslegen mit Kindern also wir setzen die jetzt rein die hält fünf Jahre dann kommt die raus und dann können wir loslegen“ (Bettina, Abs. 8).

Die Geburt eines Kindes in Kombination mit Stillen kann ein weiterer Einschnitt im Verhütungsverhalten sein, insbesondere wenn zuvor hormonell verhütet wurde. Ella (vgl. Abs. 14), Greta (vgl. Abs. 102) und Bettina (Abs. 10) schildern, dass sie während der Stillzeit ihr Verhütungsverhalten verändert haben. Greta hat auch nach der Stillzeit nicht mehr hormonell und stattdessen mit Kondom verhütet, da sie keine Hormone mehr einnehmen wollte. Von Bettina wird geschildert, dass der noch offene, aber später zu erfüllende Wunsch nach weiteren Kindern Langzeitverhütungsmethoden wie die Spirale unpassend macht, da diese zu teuer seien für eine eventuelle vorzeitige Entfernung (vgl. Bettina, Abs. 10).

Ein zu geringes Einkommen hat auch das Verhütungsverhalten bei Kaya (vgl. Abs. 39) und Olivia (vgl. Abs. 222 ff.) beeinflusst, da diese sich zeitweise die Pille nicht leisten konnten.

Ein weiterer Marker in der Veränderung des Verhütungsverhalten ist die abgeschlossene Familienplanung (vgl. Bettina, Abs. 84) oder das eigene Alter, wie es Janina beschreibt:

„weil ich jetzt in meinem Alter gar nicht ich will jetzt auch nicht mehr schwanger werden und wenn jetzt auch da jemand käme und sagt er hat noch keine Kinder oder ich könnte mir mit dir vorstellen ein Kind zu kriegen (...) also der Mann muss schon top sein.“ (Janina, Abs. 96).

¹⁰ *frauen leben 3* übernimmt aus der internationalen Forschung eine wesentliche Grundprämisse: Die Ausdifferenzierung der Schwangerschaftsintention über „gewollt“ und „nicht gewollt“ hinaus (Helfferich et al., 2016, S. 21) indem auch der Begriff „unbeabsichtigt“ zur Beschreibung der Schwangerschaftsintention verwendet wird. Er beinhaltet neben einer emotionalen Komponente vor allem eine zeitliche Komponente. Sowohl „unbeabsichtigt“ als auch „ungewollt“ basieren auf den „National Surveys of Family Growth“ (NSFG) in den USA von 1965. Damit wurde eine Differenzierung der retrospektiv erhobenen Schwangerschaftsintention eingeführt wurde, die bis heute als Standard gilt (vgl. Helfferich et al., 2021b). Näheres findet sich bei Helfferich et al. (2016, S. 23 ff.).

4.8 Beratung zu Empfängnisverhütung

Die Kategorie Beratung zu Empfängnisverhütung ergab leider nur sehr wenige Ergebnisse. Die Frage, wieso die Interviewten wenig zu Verhütungsberatung bei Beratungsstellen, bei Ärzt*innen und im Rahmen sexueller Bildung berichten, kann an dieser Stelle nicht geklärt werden. Auch über Verhütungsberatung im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung, die ja alle Interviewten aufgrund der rechtlichen Bestimmungen zur Beratungsregelung wahrnehmen mussten, gab es nur von Kaya einen Hinweis:

„da hatten sie mir auch nochmal so ein bisschen Optionen gesagt die man halt jetzt machen könnte, ja aber vieles kommt halt für mich leider nicht in Frage weil da zu viele Hormone drin sind und die Gefahr zu groß ist dass ich wieder da schwer da dran erkrankte eine Thrombose kriege“ (Kaya, Abs. 47).

Janina schildert, dass sie sich bisher in ihrem Leben über den Frauenarzt oder „eben einfach über die verschiedenen Medien“ (ebd., Abs. 44) informiert hatte.

Ina schildert, dass sie sich vorstellen kann, ihre Tochter einmal zu einem Beratungsgespräch über Empfängnisverhütung bei der pro familia zu begleiten (vgl. ebd, Abs. 102). Dort war Ina ebenfalls für die Schwangerschaftskonfliktberatung. Kaya drückt ihr fehlendes Interesse an Verhütungsberatung durch eine Beratungsstelle so aus:

„puh da ich ja schon viel wusste also irgendwie ja Aufklärung viel hatte und viel mich selber auch schon informiert hatte war jetzt nicht so dass die Beratungsstellen mir ganz groß geholfen hab“ (Kaya, Abs. 37).

Sie war durch ihre erste und ausgetragene Schwangerschaft wohl an eine Beratungsstelle angeschlossen.

Das Interesse an Verhütungsberatung scheint nicht sehr groß gewesen zu sein bei den Interviewten, dies lässt sich jedoch aufgrund der ungenügenden Datenlage nicht sicher klären und stellt einen spannenden Ansatz für weitere Forschung dar.

5 Diskussion der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse zuerst kritisch eingeordnet und Grenzen der Forschung beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse ab Kapitel 5.2. diskutiert, mit dem theoretischen Rahmen aus Kapitel 3 zusammengeführt und zur Beantwortung der Forschungsfragen Hypothesen gebildet. Damit soll das Ziel der „theoriebildende[n] Rekonstruktion lebensweltlicher sozialer Phänomene“ (Döring, Bortz, 2016, S. 70) erfüllt werden. Die Forschungsfragen dienen als Hauptüberschriften in angepasster Form. Zur besseren Lesbarkeit werden die Hypothesen kursiv gesetzt.

5.1 Grenzen und kritische Einordnung der Ergebnisse

Die vorliegenden Erkenntnisse unterliegen mehreren Beschränkungen. Das Sample ist mit zwölf Interviews recht klein, jedoch sehr heterogen. Einerseits bietet diese Heterogenität eine große Vielfalt an Perspektiven, jedoch dürfen die Ergebnisse nicht verallgemeinert werden. Aspekte wie eine unterschiedliche Sozialisation in Ost – und Westdeutschland könnten sehr spannend sein (siehe hierzu Anhang 5), die Analyse und die Interviews lieferten dazu jedoch zu wenig Ergebnisse, um genauer darauf einzugehen.

Die Auswahl des Samples erfolgte explorativ. Eine zunächst angestrebte theoretische Sättigung konnte aufgrund der Begrenztheit der Arbeit nicht erreicht werden. Die Ergebnisse geben daher nur erste Hinweise, eine umfassende Repräsentation konnte durch dieses Vorgehen allerdings nicht erreicht werden.

Im Verlauf des Forschungsprozesses zeigte sich, dass die Interviews der *frauen leben 3* Studie nicht ausreichend geeignet sind, um die Forschungsfragen zu beantworten. Die in Kapitel 4 dargestellten Ergebnisse dienen nur als erste Beschreibung des Feldes. Durch eine neue Erhebung von Interviewdaten im Rahmen einer weiteren Untersuchung könnten mit Hilfe eines spezifisch für die Fragestellungen entwickelten Leitfadens genauere Ergebnisse sowie Zusammenhänge und Einflussfaktoren erarbeitet werden.

Eine weitere Limitation ergibt sich daraus, dass die Interviews zwischen 2012 und 2021 geführt wurden, die Schwangerschaftsabbrüche jedoch zwischen 1998 und 2015 stattfanden. Die beschriebenen Ergebnisse können also nicht direkt auf Personen übertragen werden, die heute einen Schwangerschaftsabbruch haben, da die Abbrüche unter anderen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stattfanden. Die retrospektiven Daten können durch die nachfolgende Entwicklung der Biografie beeinflusst sein, Erinnerungen und Erfahrungen können mit der Zeit verblassen oder verändert wahrgenommen werden. Die aktuelle Lebenswelt zum Zeitpunkt des Interviews kann die Erzählung beeinflussen. Auch Cornelia Helfferich, die Leiterin der Studie *frauen leben 3*, kritisierte bereits, dass die Aussagekraft der Ergebnisse aufgrund der retrospektiven Veranlagung der Studie eingeschränkt sind (vgl. Helfferich et al., 2021a, S. 47).

Die Ergebnisse der vorliegenden Sekundäranalyse könnten durch ein sozial erwünschtes Antwortverhalten der Interviewten beeinflusst sein. Insbesondere diejenigen Interviewten, die nach dem Abbruch weiterhin mit der gleichen Methode verhüten, könnten in den Interviews aufgrund der Norm der sicheren und verantwortungsbewussten Verhütung und Stigmatisierungserfahrungen (vgl. Kapitel 4.3.3 ff.) die Beschreibung der Änderung ihres

Verhütungsverhalts insoweit angepasst haben, dass diese angepasst wurden oder auch in der Beschreibung der Bedeutung des Abbruchs für die weitere Verhütungsbiografie übertrieben wurde.

Die Subjektivität und Perspektivität der Forscherin muss kritisch betrachtet werden, denn das „qualitative Paradigma empirischer Sozialforschung vertritt eine subjektivistische Erkenntnistheorie, dergemäß der Erkenntnisprozess immer untrennbar mit der Person der Forschenden – ihrer Subjektivität und Perspektivität – verknüpft [ist]“ (Döring, Bortz, 2016, S. 70). Die „sozialen, kulturellen und individuellen Eigenheiten, Vorerfahrungen und Vorkenntnissen“ (ebd.) müssen miteinbezogen werden. Durch die parallele Rolle der Autorin als Schwangerschaftskonfliktberaterin in einer Beratungsstelle findet eine Rollenüberlappung statt. Es wurde versucht, durch Selbstreflexion den Einfluss der Forscherin gering zu halten. Insbesondere zu Beginn der Arbeit am Forschungsprojekt war eine strukturierte Auseinandersetzung durch das Schreiben eines Forschungstagebuchs von großer Bedeutung. Wie bereits in Kapitel 3.1. beschrieben, ist bereits die Forschungsfrage unterlegt von der Grundannahme, dass der Schwangerschaftsabbruch ein Marker von Veränderung in der Verhütungsbiografie sein kann. Diese Vorannahme ist geprägt durch Praxiserfahrungen der Autorin in der Beratungsarbeit.

Hinzu kommt, dass nur von der Autorin kodiert wurde und die Ergebnisse aufgrund des Charakters als Abschlussarbeit nicht interpersonell überprüft wurden. Dies führte zu Überlappungen und Mehrfachkodierungen, die auch durch mehrere Durchgänge nicht aufgelöst werden konnten.

Darüber hinaus fehlen die Sichtweisen von Cis-Männern auf das Thema Verhütungsbiografien und Schwangerschaftsabbruch sowie von Männern, die schwanger werden können. Auch diese haben Verhütungsbiografien und das Erleben einer ungewollten Schwangerschaft kann auch von ihnen eine Bedeutung zugeschrieben bekommen: „Gerade beim Verhütungsverhalten belegen zahlreiche Studien, dass die Darstellungen von Männern nicht mit denen von Frauen übereinstimmen“ (Helfferich et al, 2021 a, S. 47). Es zeigt sich hierbei eine eindeutige Forschungslücke.

Mehrfache Schwangerschaftsabbrüche wurden ebenfalls nicht miteinbezogen. Hier ergibt sich ebenfalls eine noch offene Lücke des Erkenntnisinteresses.

Das starke kategorienbezogene Vorgehen muss kritisiert werden. Es zeigt sich, dass es schwierig und ungenügend ist, die einzelnen kodierten Segmente nicht in ihren vollständigen

Sinnzusammenhang zu setzen – dazu müssten die kodierten Segmente in Bezug zur Gesamtbiografie analysiert werden. Ein stärker fallbezogenes Vorgehen hätte womöglich eine sinnvollere Herangehensweise sein können. Aus der Perspektive der Autorin dieser Arbeit, die zugleich Schwangerschaftskonfliktberaterin ist, wird die Forschung damit auch den interviewten Frauen nicht gerecht. Denn die Erfahrung in der Praxis zeigt, dass eine Verhütungsbiografie als Teil der gesamten reproduktiven Biografie sehr individuell unterschiedlich erlebt werden kann und in den Zusammenhang mit der gesamten Biografie gestellt werden muss. Frühe Prägungen, familiäre Muster, individuelle Erfahrungen, Bildungsstandards und Vorwissen können eine große Auswirkung auf die Verhütungsbiografie haben und es war kaum möglich, diese in der vorliegenden Arbeit aufgrund des forschungsmethodischen Vorgehens durch eine inhaltlich-strukturierende Inhaltsanalyse miteinzubeziehen. Die Reduktion der Informationsfülle, ein Ziel der inhaltlich-strukturierenden Inhaltsanalyse, sowie die Konzentration auf manifeste Inhalte führt zu einer Verkürzung, die den einzelnen Biografien nur schwer gerecht wurde.

Wie bei allen qualitativen Erhebungen und Auswertungen kann nicht ausgeschlossen werden, dass es weitere oder andere ganz konträre Sichtweisen zu den Forschungsthemen gibt. Abschließend lässt sich sagen, dass es sich aufgrund des qualitativen Designs und der geringen Stichprobe bei den Forschungsergebnissen nicht um sichere Aussagen handelt. Mit den Interviews soll jedoch versucht werden, Sinnzusammenhänge zu verstehen, auch wenn es sich dabei nur um vorläufige Erkenntnisse handelt. Diese sollen jedoch zu Diskussionen anregen.

5.2 Mögliche Bedeutung des Abbruchs auf die weitere Verhütungsbiografie

Im Folgenden werden die Antworten auf die Forschungsfrage „Welche Bedeutung wird dem Schwangerschaftsabbruch für die eigene Verhütungsbiografie zugeschrieben?“ dargestellt. Da es in den Interviews insbesondere um die subjektive Wahrnehmung und das individuelle Erleben geht, wird das Thema Empfängnisverhütung hier auf der emotionalen und weniger auf der sachlichen Ebene thematisiert.

Aus den Ergebnissen in Kapitel 4 abgeleitet lässt sich folgende Hypothese aufstellen:

Vor dem Abbruch einer Schwangerschaft ist das Erleben des Themas Verhütung sowie das konkrete Verhütungsverhalten sehr heterogen.

Diese Hypothese deckt sich mit den bisherigen Studienergebnissen zum Verhütungsverhalten vor einem Schwangerschaftsabbruch (vgl. Franz, Matthiesen, 2017, S. 186).

5.2.1 Einflussfaktoren der weiteren Relevanz des Abbruchs

Es zeigt sich deutlich, dass die Interviewten nach dem Schwangerschaftsabbruch ihr Verhütungsverhalten in unterschiedlicher Form verändert haben. Es fand meist nachträglich eine Reflexion über das Verhütungsverhalten statt, die in der Situation der Konzeption gefehlt hatte. Die Interviewten bewerten ihr Verhalten oft als leichtsinnig und risikoreich, zu ähnlichen Ergebnissen kommen Franz und Matthiesen (vgl. ebd., 2017, S. 187).

Die Interviewten schreiben dem Schwangerschaftsabbruch eine Bedeutung für die weitere Verhütungsbiografie zu. Diese ist von verschiedenen Einflussfaktoren bestimmt. Die genaue Bedeutung des Abbruchs auf die weitere Verhütungsbiografie muss immer multiperspektivisch betrachtet werden.

Die in Abbildung 3 aufgezeigten Faktoren stellen nur eine erste Sammlung als Ergebnis der vorliegenden Forschungsarbeit dar und verfolgen nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

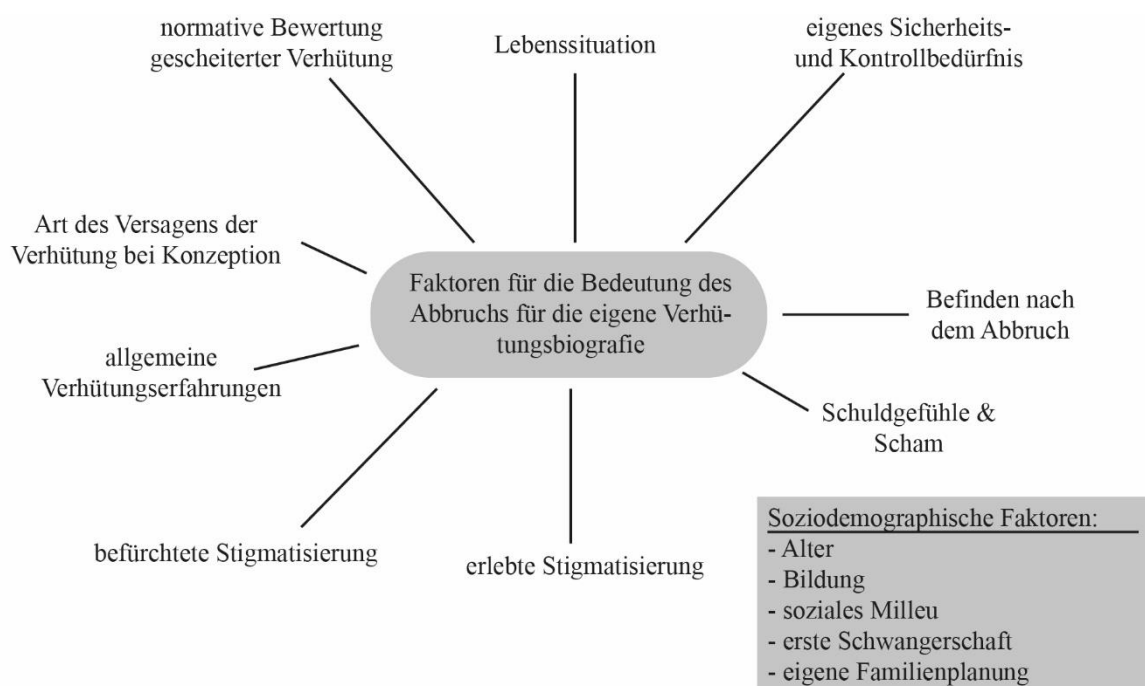


Abbildung 3: Faktoren für die Bedeutung des Abbruchs auf die weitere Verhütungsbiografie

Die Ergebnisse zeigen auf, dass es bei manchen Personen direkte Konsequenzen im Verhütungsverhalten nach dem Abbruch gibt. Die Zuschreibung der Bedeutung des Abbruchs für die eigene Verhütungsbiografie kann sich im Laufe der Zeit verändern. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch auf, dass manchmal erst durch weitere Erfahrungen in der reproduktiven Biografie der Abbruch eine Bedeutung für das Verhütungsverhalten bekommt.

Die Ergebnisse zeigen außerdem, dass es einen Unterschied macht, zu welchem Zeitpunkt in der Biografie eine Schwangerschaft abgebrochen wird. Dies ist auch mit Perspektive auf andere Forschungsergebnisse nachvollziehbar, da gerade mit höherem Alter auch unabhängig eines Schwangerschaftsabbruchs Langzeitverhütungsmethoden präferiert werden (vgl. Kapitel 2.3.2).

Was sind die Motive für die Veränderung im Verhütungsverhalten?

Folgende Hypothese lässt sich dazu basierend auf den Ergebnissen aufstellen:

Eine Motivation für die Verhinderung einer weiteren ungewollten Schwangerschaft ist die Vermeidung einer erneuten sehr belastenden Zeit rund um den Abbruch.

Die Veränderung im Verhütungsverhalten nach dem Abbruch kann jedoch auch durch weitere Aspekte motiviert sein, die im Folgenden näher erläutert werden.

5.2.2 Norm der sicheren Verhütung

Die Ergebnisse zeigen Veränderungen im Verhütungsverhalten, die auf mehr Sicherheit und Planung beruht und diese betonen. Denn die Interviewten möchten „Verantwortung“ übernehmen weil sie es als ihre Pflicht zur Erfüllung der sozialen Norm einer sicheren Empfängnisverhütung sehen. In Bezug auf Familienplanung und Sexualität bedeutet dies, dass „der rationale, planvolle und damit verantwortungsbewusste Umgang mit Sexualität heute als Leitbild [gilt]“ (Foltys, 2014, S. 66). Da der Abbruch seit 1871 durch § 218 StGB in Deutschland eine Straftat, beziehungsweise in der DDR kurzzeitig eine stark reglementierte Ausnahmesituation darstellt (vgl. Von Behren, 2019, S.12), wird dieses Leitbild verstärkt. Diese sozialen Normen und Leitbilder sind von vielen Menschen stark verinnerlicht. Die Aussagen der Interviewten zeigen Konstruktionen von Normalität, in den Abbrüche nicht vorgesehen sind und Ausnahmen darstellen, die eine Verletzung von Normen sind:

„Fehlende Planung führt zunehmend zu gesellschaftlicher Missbilligung und wird mit Etikettierungen wie naiv, irrational, verantwortungslos versehen. In der Folge entsteht eine Logik, nach der die Konsequenzen für ausgebliebene Planung oder diesbezügliche Fehleinschätzungen dem Individuum als eigene Schuld zugeschrieben werden. Nicht-Berechenbarkeit wird negiert (vgl. Beck-Gernsheim 2000)“ (Foltys, 2014, S. 66).

Durch die Norm der sicheren Verhütung einer Schwangerschaft kann ebenfalls diskutiert werden, ob die beschriebenen Veränderungen hin zu mehr Sicherheit in der Verhütung nach dem Abbruch tatsächlich durch eigene intrinsische Bedürfnisse motiviert sind. Es kann argumentiert werden, dass es vor allem die erlebte Stigmatisierung, die Selbstabwertung des eigenen Verhaltens und das daraus resultierte Schamempfinden basierend auf der genannten

Norm sind, die eine Bedeutung hin zu mehr Sicherheit in der Verhütungsbiografie auslösen. Denn eine weitere mögliche Schwangerschaft, die abgebrochen werden würde, könnte aus Sicht der Interviewten eine noch größere Scham und Stigmatisierung auslösen.

Dies zeigt sich auch an der gesellschaftlichen Wahrnehmung von mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen, die nochmal deutlich stärker angeprangert und stigmatisiert werden im Vergleich zu Abbrüchen, die einmalige Ereignisse bleiben. So beschreibt eine Studie zu wiederholten Schwangerschaftsabbrüchen, dass diese bei Gynäkolog*innen auf Skepsis und Vorwürfe stoßen, während bei dem ersten Schwangerschaftsabbruch weitaus mehr Verständnis aufkommt (vgl. Meyer et al., 1990, S.44).

Es lässt sich folgende Hypothese aufstellen:

Die Veränderung im Verhütungsverhalten nach dem Abbruch ist nicht nur intrinsisch motiviert, sondern auch stark durch Stigmatisierungserfahrungen, Schamerleben und Schuldgefühlen, die auf der sozialen Norm der sicheren Verhütung und der Ablehnung von Schwangerschaftsabbrüchen beruhen.

Darauf baut die folgende Hypothese auf und fasst noch einmal näher zusammen:

Das (befürchtete) Stigmatisierungserleben beeinflusst die Verhütung nach dem Abbruch.

Diese Hypothese wurde bereits in den theoretischen Grundlagen dieser Arbeit in Kapitel 2.2.3 diskutiert, da ein Schwangerschaftsabbruch der Norm der sicheren Verhütung als „aktive Verhinderung der Zeugung“ (vgl. Foltys, 2014, S. 67) widerspricht. Wirtz beschreibt ein Stigma als „Merkmal“ oder „Wundmal“ und als

„etwas, wodurch jemand deutlich und meist in negativer Weise gekennzeichnet ist (...). Aufgrund dessen wird die betroffene Person mit unerwünschten Charaktereigenschaften in Verbindung gebracht. Folglich wird ihr als „Fremde“ den Zugang zur gesellschaftlichen Mitte verwehrt“ (Wirtz, 2013, S. 1495).

Einige der Interviewten fühlen sich als „Fremde“ (vgl. ebd.) gekennzeichnet und haben einen schambehafteten Umgang mit dem Abbruch. Diese Scham entsteht, „wenn man das Gefühl hat, best. Werten, Normen, Regeln oder Ansprüchen nicht gerecht geworden zu sein.“ (Wirtz, 2013, S. 1354). Die Scham zeigt sich bei den Interviewten jedoch vor allem durch die eigene Selbstabwertung und wurde häufig stark internalisiert.

Alles in allem zeigt sich: Die Stigmatisierung erfolgt als Resultat des Prozesses der Eigenbewertung, dem Schamerleben und der darauf resultierenden Selbststigmatisierung und weniger durch konkret erlebte Stigmatisierungserfahrungen. All dies basiert jedoch auf

gesellschaftlichen Normen, die den Schwangerschaftsabbruch negativ bewerten und nicht oder nur als Ausnahme tolerieren.

Ein weiteres Motiv bei den Veränderungen der Verhütung nach dem Abbruch zeigt sich anhand der folgenden Hypothese:

Die Interviewten verknüpfen die Themen rund um Familienplanung, Verhütung und Schwangerschaftsabbruch mit dem Narrativ der Verantwortung.

Wie die Ergebnisse in Kapitel 4.4.3 zeigen, wird im Zug des Schwangerschaftsabbruchs häufig von Verantwortung gesprochen: Für das Entstehen der ungewollten Schwangerschaft, für den Embryo sowie den Entscheidungsprozess und das Befinden nach dem Abbruch und die spätere Verhütung. Dabei ist jedoch zu beachten:

Verhütungsverantwortung im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch wird meist den Schwangeren zugeschrieben, sowohl bei der Konzeption der ungewollten Schwangerschaft als auch bezüglich der Verhütung nach einem Abbruch, da diese schwanger werden können.

Die Interviewten schreibt sich häufig diese Verantwortung auch selbst zu, wie die Ergebnisse in Kapitel 4.5 verdeutlichen.

5.2.3 Subjektive Erklärungsansätze

Die in Kapitel 4.4.2 beschriebenen subjektiven Erklärungsansätze für das Entstehen der ungewollten Schwangerschaft sind sehr unterschiedlich, haben jedoch alle gemeinsam, dass sie dem Bedürfnis nach dem Verstehen des Eintritts einer ungewollten Schwangerschaft zugrunde liegen. Diese Bedürfnisse können für die Interviewten offenbar nicht durch wissenschaftliche Erkenntnisse um körperliche Prozesse befriedigt werden. Eine Erklärung dafür könnte sein, dass die Entstehung einer Schwangerschaft und damit die Entstehung von Leben für die Interviewten kognitiv-emotional nicht greifbar ist und aufgrund dessen von diesen mystifiziert wird. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass subjektive Erklärungsansätze dann entstehen, wenn medizinische und wissenschaftliche Aussagen zum Entstehen einer Schwangerschaft nicht eindeutig möglich sind.

Die subjektiven Erklärungsansätze könnten jedoch auch als Rechtfertigung dienen und dadurch die Zurückweisung von persönlicher Verantwortung erlauben.

Die möglichen Funktionen der subjektiven Erklärungsansätze für das Entstehen einer ungewollten Schwangerschaft können hier nur diskutiert werden und nicht abschließend geklärt werden. Alle Erklärungsansätze haben gemeinsam, dass eine unbewusst handelnde Instanz

wie der Körper oder der Geist eine starke eigene Handlungsmacht zugeschrieben bekommt, die von den Interviewten nicht direkt steuerbar ist. Menschen suchen nach Erklärungen, die ihnen beim Verstehen der Entstehung einer Schwangerschaft helfen, weil sie es kognitiv und emotional nicht komplett entschlüsseln können.

Zusammenfassend lässt sich folgende Hypothese formulieren:

Subjektive Erklärungsansätze für das Entstehen einer Schwangerschaft gehen über wissenschaftliche Erkenntnisse hinaus und schreiben dem Unbewussten eine starke Handlungsmacht zu.

Spannend dabei ist, dass keine der Interviewten religiöse Aspekte thematisiert. Es bleibt offen, ob dies auch an der Sozialisation in der ehemaligen DDR und kurz nach der Wiedervereinigung liegt, die sieben der zwölf Interviewten betrifft.

5.3 Art und Weise der Veränderungen nach einem Abbruch

Wie in Kapitel 4.4.4 aufgezeigt, verändern die meisten der Interviewten ihr Verhütungsverhalten nach dem Abbruch und schreiben dem Schwangerschaftsabbruch als belastendes Ereignis in unterschiedlicher Hinsicht eine Bedeutung für die Veränderung zu. Zu dem Charakter dieser Veränderungen lässt sich folgende Hypothese bilden:

Dem Schwangerschaftsabbruch wird in der Verhütungsbiografie die Bedeutung hin zu einer Veränderung des Verhütungsverhaltens durch ein stärkeres Sicherheit- und Planungsbedürfnis zugeschrieben.

Konkret wirkt sich dieses stärkere Sicherheit- und Planungsbedürfnis wie folgt aus:

Durch den Schwangerschaftsabbruch erfolgt häufig ein Methodenwechsel oder ein sichererer und deutlich bewussterer Umgang mit der bisherigen Verhütungsmethode.

Unterschieden werden muss dabei bei den konkreten Auswirkungen der Veränderung ob bei der ungewollten Schwangeren bereits die Familienplanung abgeschlossen ist:

Sterilisation als endgültige Verhütungsmethode ist bei Frauen, die bereits Kinder haben, nach dem Abbruch häufig Thema.

Bei dieser Gruppe nimmt auch die Langzeitverhütung durch z. B. Methoden wie die Spirale nach einem Abbruch deutlich zu. Dies scheint nicht nur mit dem Abbruch als

einschneidendes Erlebnis zusammen zu hängen, sondern auch mit der allgemeinen Zunahme von Langzeitverhütung nach abgeschlossener Familienplanung (vgl. Kapitel 2.3.2).

Die Art und Weise der Veränderung des Verhütungsverhalten kann sich auch aus den Aussagen der Interviewten zu den Wünschen bezüglich Familienplanung einer möglichen Tochter rekonstruieren lassen. Aus diesen Aussagen lässt sich die folgende Hypothese bilden:

Die Interviewten wünschen sich für ihre (mögliche) Tochter einen selbstbewussten kompetenten Umgang mit Sexualität und Verhütung und ein handlungsorientiertes Wissen zu Verhütung.

Dass die Interviewten den Töchtern mehr handlungsorientiertes Wissen wünschen, lässt auf eigene Wünsche nach besserer Informiertheit und Auseinandersetzung mit praktischen Anwendungsrisiken der Interviewten als Konsequenz des Abbruchs schließen. Die Frauen wünschen sich für sich selbst mehr Wissen und hoffen, dass ihre Töchter dieses haben werden, um eine ungewollte Schwangerschaft zu verhindern. Außerdem kann vermutet werden, dass das stärkere Selbstbewusstsein den Töchtern helfen soll, Verhütung als gemeinsame Verantwortung beider Sexualpartner*innen einzufordern.

5.4 Weitere Marker in Verhütungsbiografien

Es lässt sich durch die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit folgende Hypothese aufstellen:

Die Zuverlässigkeit bei der Anwendung einer Verhütungsmethode ist geringer, wenn die primäre Anwendung der Verhütungsmethode auf gesundheitlichen Gründen basiert und sich erst nachträglich die empfängnisverhütende Relevanz ergibt.

Dies zeigt sich bei den Interviewten, welche zum Beispiel die Pille bereits aus gesundheitlichen Gründen einnahmen, bevor der empfängnisverhütende Aspekt von Relevanz wurde. Der Beginn von Genitalsexualität, die zur Konzeption führen kann, stellt also ein Marker in der Verhütungsbiografie dar, der jedoch oft nicht beachtet wird, wenn zuvor bereits aus gesundheitlichen Gründen eine hormonelle Verhütungsmethode angewandt wurde.

Weitere Marker zeigt die folgende Hypothese auf:

Die Konsolidierung von Partnerschaften, Geburt und Schwangerschaft sowie der Moment der abgeschlossenen Familienplanung stellen weitere wichtige Marker in der Verhütungsbiografie dar und können Momente von Veränderungen im Verhütungsverhalten sein.

Ein deutlicher Einschnitt in der Verhütungsbiografie der Interviewten stellt die Geburt eines Kindes dar. Wie die Ergebnisse aufzeigen, ist dieser Zeitpunkt Anlass für Veränderung des Verhütungsverhaltens. Dies kann aufgrund zwingend notwendiger Gründe geschehen, da die zuvor bewährten Methoden nicht während dem Stillen eines Kindes angewandt werden können. Auch wenn lange während eines unerfüllten Kinderwunsches nicht verhütet wurde, wird die Frage nach der Verhütung partnerschaftlich häufig neu verhandelt. Die Ergebnisse zeigen jedoch ebenfalls auf, dass hormonelle Verhütung häufig nicht mehr erwünscht ist und die Nebenwirkungen sowie der Einfluss der Hormone sehr kritisch betrachtet wird. Warum die Interviewten nach der Schwangerschaft zu dieser Einstellung kommen, wurde nicht näher erläutert. Es kann vermutet werden, dass die allgemeinen starken körperlichen Veränderungen, bei denen Hormone eine große Rolle spielen sowie eventuell erlebte hormonelle Auswirkungen auf die Psyche die umfassende Wirkung von Hormonen deutlich machen. Es kann folgende Hypothese aufgestellt werden:

Nach einer Schwangerschaft, bei der Schwangere auch Teile ihrer körperlichen und emotionalen Autonomie und Selbststeuerung aufgeben, scheint der Wunsch nach einer möglichst wenig den Körper und die Psyche beeinflussenden Verhütungsmethode verstärkt zu sein.

Eine Interviewte wollte durch das Stillen ihres Kindes verhüten, was auf den weit verbreiteten Mythos verweist, dass Stillen eine sichere Verhütungsmethode sei. Diese Erkenntnis deckt sich auch mit den Erfahrungen in der Beratungspraxis der Autorin. Während der Stillzeit kann zwar die Wahrscheinlichkeit einer Konzeption stark verringert sein (vgl. BZgA, o. J. b, o. S.), jedoch stellt dies keine Verhütungsmethode dar.

Das Sicherheit- und Kontrollbedürfnis wird durch diese verschiedenen biografischen Marker beeinflusst, woraus sich folgende Hypothese aufstellen lässt.

Das Sicherheit -und Kontrollbedürfnis kann sich situativ verändern.

Die folgende Hypothese erläutert neben eigenen biografischen Veränderungen eine weitere Ursache für diese situative Veränderungsfähigkeit:

Das Sicherheitsbedürfnis scheint stark von eigenen Emotionen und Erfahrungen von Mitmenschen geprägt zu sein und beruht weniger auf sachlichen und wissenschaftlichen Informationen und kann somit nicht immer ausreichend durch diese gestillt werden.

Die tatsächliche, durch zum Beispiel den Pearl-Index belegbare Sicherheit einer Verhütungsmethode ist demnach nicht ausschlaggebender Faktor bei der Befriedigung des Sicherheits- und Kontrollbedürfnis und kann als Erklärung für die Beobachtung dienen, wieso manche der Interviewten, die unerklärbar trotz korrekter Anwendung einer Methode schwanger wurden, nach dem Abbruch zu einer anderen sicheren Methode wechseln wollten.

Die in Kapitel 2.2.3. beschriebenen, von Helfferich et al. (vgl. 2004, S. 25 ff.) aufgestellten idealtypischen Motive des Verhütungsverhaltens finden sich auch in den analysierten Interviews wieder. Das „Sicherheitsmotiv“ scheint bei den Interviewten nach dem Abbruch von größerer Bedeutung zu sein, da es mit der Angst vor einer weiteren ungewollten Schwangerschaft einhergeht.

Das Motiv „Glauben und Vertrauen“ weist einen Bezug zu der Hypothese auf, dass das Vertrauen der Interviewten in die gewählten Verhütungsmittel ein relevanter Aspekt in Verhütungsbiografien generell und insbesondere nach einem Schwangerschaftsabbruch ist. Auch das „Motiv des Normalen“ findet sich im Verhütungsverhalten der Interviewten wieder, wie Kapitel 5.2.2. bereits mit dem Motiv des Normalen aufzeigte. Das „Motiv der Egalität“ findet sich bei den Interviewten vor allem nach dem Schwangerschaftsabbruch sowie nach einer Geburt wieder. Hier ist vor allem die partnerschaftliche Aushandlung der Methoden, Kommunikation über Verhütung und die Schonung des Körpers der Frau zu nennen.

6 Fazit und Ausblick

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, die subjektiven Sichtweisen, Einstellungen und das Erleben von Verhütung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch zu ergründen. Die Ergebnisse zeigen auf, dass der Schwangerschaftsabbruch für die Interviewten einen Einschnitt in ihrer Verhütungsbiografie darstellte. Ein Schwangerschaftsabbruch führt häufig zu einem stärkeren Sicherheits- und Planungsbedürfnis im Verhütungsverhalten der betroffenen Frauen. Dies zeigte sich dadurch, dass meist entweder ein Wechsel der Verhütungsmethode erfolgt oder das Verhütungsverhalten sicherer wurde, selbst wenn die gleiche Methode weiterhin angewandt wurde. Allerdings wurden auch ausschließlich Frauen befragt, die nur einen Abbruch hatten. Inwiefern sich das Verhütungsverhalten durch einen Schwangerschaftsabbruch bei Frauen verändert, die mehrere Abbrüche hatten, bleibt unklar. Die Ergebnisse zeigen weiter auf, dass die soziale Norm der sicheren Empfängnisverhütung sowie die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und die damit verbundenen Scham-

und Schuldgefühle der Frauen eine große Bedeutung für das Verhütungsverhalten nach einem Abbruch haben.

Die Frauen möchten ihre Verhütung nach dem Abbruch gerne sicherer gestalten. Jedoch gibt es in Biografien immer wieder Lebensveränderungen, die sich auf die Verhütungsbiografie auswirken. Das Verhütungsverhalten ist nicht unbedingt stetig nach dem Abbruch, wie die Ergebnisse aufzeigen. Denn nicht nur der Schwangerschaftsabbruch, sondern auch weitere Lebensereignisse wie Schwangerschaft, Geburt eines Kindes, das damit oft einhergehende Stillen, die Planung weiterer Kinder oder auch eine abgeschlossene Familienplanung, Konsolidierungen von Partner*innenschaften sowie Trennungen können Marker in Verhütungsbiografien sein, die Veränderungen des Verhütungsverhaltens hervorrufen.

Was bedeuten diese Ergebnisse nun für die Theorie und Praxis der Sexualwissenschaft?

Das Wissen rund um Verhütung nach dem Schwangerschaftsabbruch sollte in die Qualifizierung von Schwangerschaftskonfliktberater*innen miteinfließen, damit diese die ungewollt Schwangeren kompetent und der Situation entsprechen beraten können. Dabei sollte jedoch eine Stigmatisierung der Frauen unbedingt vermieden werden, indem den Frauen respektvoll und verständnisvoll, klient*innenzentriert und ergebnisoffen in Bezug auf die weitere Verhütung begegnet wird und diese als kompetent angesehen werden, eine selbstbestimmte informierte Entscheidung zu treffen. Aufgabe der Berater*innen sollte es dann sein, die Klient*innen mit hochwertigen und verständlichen Informationen zu versorgen.

Spezifisches und vor allem auch qualitativ hochwertiges Wissen über Verhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch (z. B. Zeitpunkt des Methodenbeginns bei Pille und Spirale) sollte auch bei der Informationssuche online zugänglich sein. Es gibt derzeit noch wenig Forschung dazu, wie Frauen, die ungewollt schwanger sind, durch digitale Medien Informationen finden und in welcher Qualität diese Informationen vorliegen (vgl. Böhm, 2020, S. 132). Die Ergebnisse dieser Arbeit liefern Hinweise auf zukünftige Forschung. Insbesondere der Aspekt der Stigmatisierung und Verhütung nach dem Abbruch sollte weiter erforscht werden. Weitere Themen konnten im Rahmen der vorliegenden Arbeit identifiziert werden: Die Frage, inwiefern familiär-biographische Muster, beispielsweise durch Abbrucherfahrungen oder sehr frühe ungewollte Mutterschaft der eigenen Mutter, im intergenerativen Kontext auf das Ereignis des Schwangerschaftsabbruchs und die weitere Verhütungsbiografie wirken, konnte im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht näher bearbeitet werden. Die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse reichten nicht aus für eine eigenständige Auswertung.

Erste Hinweise in den Daten zeigen jedoch auf, dass es erkenntnisreich sein könnte, dieses Thema näher zu betrachten.

Die seit 2021 im Rahmen der vom Bundesministerium für Gesundheit geförderten Studie *ELSA – Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung* könnte helfen, diese Lücken zu schließen. Denn Ziel der ELSA-Studie ist es, „Erkenntnisse über die sozialen und gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen von Frauen, die ungewollte schwanger sind und diese Schwangerschaft austragen oder abbrechen, zu gewinnen sowie zu ergründen, wie die Unterstützung und Versorgung die sie erfahren die Verarbeitungsprozesse befördern oder erschweren“ (Hahn, o. J., o. S.).

Abschließend lässt sich sagen, dass jede Verhütungsbiografie, jeder Schwangerschaftsabbruch in den jeweiligen biografischen Kontext eingeordnet werden muss. Die vielfältigen Erfahrungen und das unterschiedliche Erleben ungewollter Schwangerschaften sollten stets berücksichtigt werden.

Literaturverzeichnis

- Bitzer, Johannes (2011). Warum ist es so schwierig, Schwangerschaften zu verhüten? In: Pro familia (Hrsg.). Familienplanungs-Rundbrief. 2011, H. 1, S. 3-7.
- Heßling, Angelika, Bode, Heidrun, (2015): Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
- Böhm, Maika (2020). Schwangerschaftsabbrüche. Entscheidungsprozesse und Erfahrungen mit psychosozialer und medizinischer Versorgung aus Sicht junger Frauen. In: Zeitschrift für Sexualforschung. Jg. 33, H. 3, S. 125-133.
- Böhnisch, Lothar (2019, 2., überarbeitete Auflage). Lebensbewältigung – Ein Konzept für die Soziale Arbeit. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Boonstra, Heather D.; Benson Gold, Rachel; Richard, Cory L.; Finer, Lawrence B. (2006). Abortion in Women's lives. New York: Guttmacher Institute.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019). Schwangerschaftsberatung § 218. Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch. Berlin: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J. a). Lexikon. Pearl Index. In: <https://www.familienplanung.de/service/lexikon/pearl-index/> (Zugegriffen am 11.10.2022).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. J. b). Verhütung nach der Geburt. In: <https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetung-nach-der-geburt/> (Zugegriffen am 20.12.2022).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018). Verhütungsverhalten Erwachsener 2018. Aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung. Köln: BZgA.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019). Unsicher: Coitus interruptus und Knaus-Ogino-Methode. In: <https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden/unsichere-methoden/> (Zugegriffen am 14.10.2022).
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2020). Verhütungsverhalten Erwachsener 2018. Aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Busch, Ulrike (2007). Schwangerschaftsabbruch in Ost und West. Die Perspektive der neuen Bundesländer. In: Pro familia Magazin. 2007, H. 1, S. 10-12.
- Busch, Ulrike (2009). Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. In: www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Handlungsbedarfe%20bei%20Schwangerschaftskonflikten_final.pdf (Zugegriffen am 01.12.22).

- Busch, Ulrike (2015). Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. Eine alte Geschichte neu erzählt. In: *Clio*, 2015, H. 79, S. 20-22.
- Busch, Ulrike (2020). Familienplanung im Wandel. In: Heinz-Jürgen Voß (Hrsg.). *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft. Bestandsaufnahme und Ausblick*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 123-151.
- Caesar, Claudia (2019). Aktuelle Aspekte und Essentials einer rechtebasierten Verhütungsberatung. In: https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/suv/Aktuelle_Aspekte_und_Essentials_einer_rechtebasierten_Verhuetungsberatung.pdf (Zugegriffen am 10.10.22).
- Casey, Patricia R. (2010). Abortion among young women and subsequent life outcomes. In: *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. Jg. 24, H. 1, S. 491-502.
- David, Matthias (2021). Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs für die betroffene Frau: Was wissen wir? Ergebnisse einer selektiven Literaturrecherche. In: *Frauenarzt*. Jg. 62, H. 21, S. 538-542.
- Destatis (o. J.). Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung. In: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html;jsessionid=65023147E0BC15AC33BB57E316691C37.live741 (Zugegriffen am 07.12.22).
- Destatis (2022). Pressemitteilung Nr. 154 vom 07. April 2022. In: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_154_233.html (Zugegriffen am 30.08.2022).
- Diehl, Sarah (2010). Die Stigmatisierung der Abtreibung in Politik und Medizin. Hintergründe und Folgen. In: Busch, Ulrike (Hrsg.). *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte*. Baden-Baden: Nomos, S. 63-83.
- Döring, Nicola; Bortz, Jürgen (2016, 5. vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Auflage). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Fiala, Christian; Schweiger, Petra (2012). Österreichischer Verhütungsreport. Wien: Gnynned Ambulatorium. In: <https://muvs.org/media/pdf/osterreichischer-verhutungsreport-2012.pdf> (Zugegriffen am 13.11.22).
- Foltys, Julia (2014). *Geburt und Familie. Zugänge zu impliziten Logiken des Paarerlebens*. Wiesbaden: Springer VS.
- Franz, Jutta (2015). Beratung nach § 218 StGB. Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen. In: Busch, Ulrike; Hahn, Daphne (Hrsg.). *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld: transcript (S. 257–277).

- Franz, Philipp; Matthiesen, Silja (2017). Schwanger im Studium. Familiengründung oder Schwangerschaftsabbruch? In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.). Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter. Sexuelle und soziale Beziehungen von deutschen Studierenden Köln: BZgA (S. 166 – 197).
- Gemzell-Danielsson, Kristina; Kopp Kallner, Helena; Faúndes, Anibal (2014). Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2014, H. 126, S. 52- 55.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2010, 4. Auflage). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: VS.
- Greene Foster, Diana (2020). *The Turnaway Study: Ten Years, A Thousand Women, and the Consequences of Having - or Being Denied - an Abortion*. New York u. a.: Scribner.
- Hahn, Daphne (o. J.). Die ELSA Studie: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung. In: <https://elsa-studie.de/> (Zugegriffen am 30.01.23).
- Hahn, Daphne (2000). *Modernisierung und Biopolitik. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*. Frankfurt am Main: Campus-Verlag.
- Helfferrich, Cornelia (2015). Pflichtberatung: Die große Kluft zwischen gesetzlichem Anspruch und praktischem Nutzen. In: *Pro familia Magazin*. 2015, H. 2, S. 4-7.
- Helfferrich, Cornelia (2017). Geringes Einkommen, Sozialleistungsbezug und Verhütung. Aktualisierte Ergebnisse der BZgA-Studie »frauen leben 3«. In: *BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung. Verhütung und soziale Lage*. 2017, H. 2, S. 3-10.
- Helfferrich, Cornelia; Klindworth, Heike; Kruse, Jan (2004). Sonderauswertung der Studien „frauen leben. Lebensläufe und Familienplanung“ und „männer leben. Lebensläufe und Familienplanung“. *Verhütung: Verhalten und Orientierungen Frauen und Männer im Vergleich*. In: http://soffi-f.de/files/u2/Sonderauswertung_Verhuetung_gesamt.pdf (Zugegriffen am 15.09.22).
- Helfferrich, Cornelia; Klindworth, Heike; Heine, Yvonne; Wlosnewski, Ines; Eckert, Judith (2013). *Frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Helfferrich, Cornelia; Klindworth, Heike; Heine, Yvonne; Wlosnewski, Ines (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen - Schwerpunkt ungewollte Schwangerschaften*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Helfferrich, Cornelia; Gerstner, Dominik; Pflügler, Carina; Weinbrenner, Hannes; Schmidt, Anja; Ginter, Jenny; Clausen, Julika (2021a). Das Verhütungsverhalten von Frauen (2012-2018). Eine Sonderauswertung aus „frauen leben 3“. In: <http://soffi-f.de/files/Verh%C3%BCtungsverhalten%20von%20Frauen.pdf> (Zugegriffen am 09.11.2021).

- Helfferrich, Cornelia; Holz, Janet-Lynn; Knittel, Tilmann; Olejniczak, Laura; Schmidt, Franziska (2021b). „Risk it“ – warum Frauen ohne Schwangerschaftsabsicht nicht verhüten. Sonderauswertung der BZgA-Studie „frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. Jg. 64, H. 11, S. 1408–1415.
- Heßling, Angelika; Bode, Heidrun (2015). Jugendsexualität 2015. Die Perspektive der 14- bis 25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Kavanaugh, Megan L.; Carlin, Elizabeth E.; Jones, Rachel K. (2011). Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. In: Contraception. 2011, H. 84, S. 585-593.
- Klein, Doreen (2006). Zum Kinderwunsch von Kinderlosen in Ost- und Westdeutschland. Materialien zur Bevölkerungswissenschaft Nr. 119. In: <https://nbnresolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-330937> (Zugegriffen am 15.09.22).
- Knopf, Marina; Mayer, Elfie; Meyer, Elsbeth (1995). Traurig und befreit zugleich. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Kreyenfeld, Michaela; Konietzka, Dirk (2004). Angleichung oder Verfestigung von Differenzen? Geburtenentwicklung und Familienformen in Ost- und Westdeutschland. Rostock: Max-Planck-Institut für demografische Forschung.
- Krolzik-Matthei, Katja. (2019). Abtreibung in der DDR. Annäherung an einen Diskurs. In: Diskus. Frankfurter Studierendenzeitschrift. 2019, H. 12, S. 33-37.
- Kuckartz, Udo (2016, 3. Auflage). Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Lembke, Ulrike (2021). Schwangerschaftsabbruch in DDR und BRD. In: <https://www.digitales-deutsches-frauenarchiv.de/angebote/dossiers/30-jahre-geteilter-feminismus/schwangerschaftsabbruch-in-ddr-und-brd> (Zugegriffen am 14.09.2022).
- Lux, Sebastian (2021). Hormonelle Kontrazeption sofort nach Schwangerschaftsabbruch starten? In: Gynäkologie und Geburtshilfe. 2021, H. 5, S. 22.
- Madeker, Michael; Jacobs, Marion; Simon, Alfred (2012). Beratungs- und Rollenverständnis von Schwangerschaftskonfliktberaterinnen. Ergebnisse einer empirischen Befragung. In: Frauenarzt. Jg. 53, H.1, S. 30-34.
- Maeffert, Jana; Tennhardt; Christiane (2021). Schwangerschaftsabbruch und gestörte Frühschwangerschaft. Praxishandbuch mit Fallbeispielen. Berlin: Springer.
- Matthiesen, Silja (2008). Wenn Verhütung scheitert. Qualitative und quantitative Analysen zu Verhütungspannen bei Jugendlichen. Ergebnisse eines Pro Familia Forschungsprojekts. In: Zeitschrift für Sexualforschung. Jg. 21, H. 1, S. 1–25.

- Matthiesen, Silja; Block, Karin; Mix, Svenja; Schmidt, Gunter (2009). Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Köln: Bundeszentrale für gesundheitlich Aufklärung.
- Matthiesen, Silja; Mainka, Jasmin; Martyniuk, Urszula (2013). Jugendsexualität heute. In: BZgA (Hrsg.). Jugendsexualität im Internetzeitalter. Eine qualitative Studie zu sozialen und sexuellen Beziehungen von Jugendlichen. Köln: BZgA, S. 22-91.
- Mayring, P. (2002). Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2015, 12., überarbeitete Auflage). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz.
- Meyer, Elsbeth; Von Paczensky, Susanne; Sadrozinski, Renate (1990). „Das hätte nicht noch mal passieren dürfen!“. Wiederholte Schwangerschaftsabbrüche und was dahintersteckt. Eine Studie aus dem Familienplanungszentrum Hamburg. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Moreau, Caroline; Trussell, James; Desfreres, Julie; Bajos, Nathalie (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. In: Contraception. 2010, H. 4, S. 337-344.
- Moseson, Heidi; Greene Foster, Diana; Upadhyay, Ushma D.; Vittinghoff, Eric; Rocca, Corinne H. (2018). Contraceptive Use over Five Years After Receipt Or Denial of Abortion Services. In: Perspectives on Sexual and Reproductive Health. Jg. 50, H. 1, S. 7–14.
- Oppelt, Patricia; Fahlbusch, Christine; Heusinger, Katharina; Lotz, Laura; Dittrich, Ralf; Baier, Friederike (2018). Verhütungssituation von Adolescentinnen in Deutschland. In: Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Nr. 78, H. 10, S. 999–1007.
- Pflügler, Carina (2021). Die Bedeutung der Partnerschaft für den Umgang mit Verhütungskosten von Frauen im Sozialleistungsbezug. Eine qualitative Analyse. In: <https://soffi-f.de/files/Die%20Bedeutung%20der%20Partnerschaft%20f%C3%BCr%20die%20Verh%C3%BCtungskosten.pdf> (Zugegriffen am 23.08.2022).
- Plagge, Gesine; Matthiesen, Silja (2017). Hookup-Culture und One-Night-Stands? – Unverbindlicher Sex bei Studierenden. IN: BZgA (Hrsg.). Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter. Sexuelle und soziale Beziehungen von deutschen Studierenden. Köln: BZgA (S. 166 – 197).
- Pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.; Bundesverband (o. J.). Pearl Index. In: <https://www.profamilia.de/themen/verhuetung/pearl-index> (Zugegriffen am 14.10.2022)
- Pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.; Bundesverband (2006). Standpunkt Schwangerschaftsabbruch. In:

https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Standpunkt_Schwangerschaftsabbruch.pdf (Zugegriffen am 30.01.2023)

- Pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (2014). Post Abortion Syndrome. In: https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/verband/Post_abortion_syndrome.pdf (Zugegriffen am 14.09.22).
- Pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (2017). Schwangerschaftsabbruch - Fakten und Hintergründe. Frankfurt: Pro familia Bundesverband.
- Pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Bundesverband (2019). Selbstbestimmt verhüten. Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Abschlussevaluation des Modellprojekts biko. Kurzbericht. Frankfurt: Pro familia Bundesverband.
- Przyborsky, Aglaja; Wohlrab-Sahr, Monika (2021, 5., überarbeitete und erweiterte Auflage). Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Robert Koch Institut (2020). Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. In: https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Gesundheitliche_Lage_der_Frauen_2020.pdf?__blob=publicationFile (Zugegriffen am 17.01.23).
- Scharmanski, Sara; Hessling, Angelika (2021). Notfallkontrazeption. Jugendsexualität 9. Welle. BZgA-Faktenblatt. Köln: BZgA
- Schreier, Margrit (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse. Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. In: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3636> (Zugegriffen am 01.09.22).
- Schweiger, Petra (2015). Schwangerschaftsabbruch. Erleben und Bewältigung aus psychologischer Sicht. In: Busch, Ulrike; Hahn, Daphne (Hrsg.). Abtreibung: Diskurse und Tendenzen. Bielefeld: transcript (S. 235-256).
- Stumpe, Harald; Weller, Konrad (1995). Familienplanung und Sexualpädagogik in den neuen Bundesländern. Köln: BZgA.
- Thoß, Elke (2005). Das Recht auf Verhütung: Erfolge und Rückschläge. In: <https://forum.sexualaufklaerung.de/archiv/2005/ausgabe-3/das-recht-auf-verhuetung-erfolge-und-rueckschlaege/> (Zugegriffen am 10.12.22).
- Von Behren, Dirk (2019). Kurze Geschichte des Paragraphen 218 Strafgesetzbuch. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.). Aus Politik und Zeitgeschichte. Jg. 69, H. 20, S. 12-19.

- Wälte, Dieter; Lübeck, Anja (2021). Was ist psychosoziale Beratung. In: Dieter Wälte; Michael Borg-Laufs (Hrsg.). Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Stuttgart: Kohlhammer (S. 24-31).
- Wirtz, Markus Antonius (2013, 16. vollständig überarbeitete Auflage). Dorsch. Lexikon der Psychologie. Bern: Hans Huber, Hogrefe AG.
- Witzel, Andrea.; Medjedovic, Irena; Kretzer, Susanne (2008). Sekundäranalyse qualitativer Daten. Zum gegenwärtigen Stand einer neuen Forschungsstrategie. In: Historical Social Research. Jg. 33, H. 3, S. 10-32.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche einzeln kenntlich gemacht. Es wurden keine anderen als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel (inklusive elektronischer Medien und Online-Ressourcen) benutzt.

Die Arbeit wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung zur Note „ungenügend“ führt und rechtliche Folgen nach sich ziehen kann.

Freiburg, den 10.02.2023

Unterschrift Katrin Göppert

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Codesystem mit Anzahl der kodierten Segmente (S. 39)

Abbildung 2: Erklärungen für das Versagen der Verhütung (S. 56)

Abbildung 3: Faktoren für die Bedeutung des Abbruchs auf die weitere Verhütungsbiografie (S. 73)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Verhütung vor und nach dem Abbruch (S. 49)

Anhang

Anhang 1: Übersicht-Tabelle Sample

Inteviewte	Phase	Wie lange ist der Abbruch her¹¹?	Alter bei Abbruch	Alter bei Interview	Sozialisation	War Abbruch erste Schwangerschaft?	Kinder	Bildung
BETTINA	4.	12 Jahre	21	33	West	Ja	Ein Kind	Abitur, Ausbildung
ELLA	1.	4 Jahre	39	43	Ost	Nein, dritte	Zwei Kinder	Schulabschluss, zwei Ausbildungen
FIONA	1.	11 Jahre	34	45	Ost	Nein, fünfte	Vier Kinder	Abitur, Studienabschluss
GRETA	1.	5 Jahre	26	31	Ost	Nein, dritte	Zwei Kinder	Schulabschluss, Ausbildung
HANNA	4.	5 Jahre	24	29	Ost	Ja	Nein	Abitur, Studienabschluss
INA	1.	7 Jahre	17	24	West	Ja	Ein Kind	Hauptschulabschluss
JANINA	1.	14 Jahre	28	42,	West	Ja	Ein Kind	Schulabschluss, zwei Ausbildungen
KAYA	1.	2 Jahre	23	25	Ost	Nein, zweite	Ein Kind	Abitur, Ausbildung
NORA	1.	Ca. 12 Jahre	22 Jahre	34	West	Ja	Nein	Realschulabschluss, Ausbildung
OLIVIA	3.	Ca. 14 Jahre	17 Jahre	31	West	Ja	Zwei Kinder	Realschulabschluss, keine Ausbildung
PAULA	1.	10 Jahre	17	27	Ost	Ja	Nein	Im Studium
RANA	1.	3 Jahre	19	22	Ost	Ja	Nein	Im Studium

¹¹ Zum Zeitpunkt des Interviews

Anhang 2: Interviewtranskripte

Die Autorin dieser Arbeit hat sich durch einen Nutzungsvertrag mit dem Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen Freiburg (SoFFI F.) im FIVE Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e.V. dazu verpflichtet, die Interviewtranskripte aus dem Projekt *frauen leben 3* nicht, auch nicht in modifizierter Form, an Dritte weiterzugeben oder diesen zugänglich zu machen. Das SoFFI F. räumt der Datenempfängerin das einfache und zeitlich beschränkte Nutzungsrecht für qualitative Interviewdaten (Transkripte) aus dem Projekt *frauen leben 3* ein.

Aufgrund der Wahrung der Anonymität der Interviewten werden die Transkripte der Interviews an dieser Stelle demnach nicht veröffentlicht. Da es sich um biographische Interviews handelt, kann die Anonymität der Interviewten aufgrund der Erzählung der Lebensgeschichte im gesamtbiographischen Zusammenhang sonst nur schwer gewahrt werden.

Anhang 3: Kategoriensystem

Aspekte bei der Wahl der Verhütungsmethode	Deduktiv
Einstellungen zu Methoden	Induktiv
Gesundheitliche Aspekte	Induktiv
Emotionale Aspekte	Induktiv
Lebenssituation	Deduktiv
Verfügbarkeit	Deduktiv
Finanzielle Aspekte	Deduktiv
Zufriedenheit mit Methode(n)	Deduktiv
Bedeutungsebene des Verhütungsmittels für die gelebte Sexualität	Deduktiv
Verhütungsverantwortung	Deduktiv
Verantwortung für Entstehen der ungewollten Schwangerschaft	Induktiv
Haltung Verhütungsverantwortung zwischen Sexualpartner*innen	Deduktiv
Kommunikation zu Verhütung zwischen (Sexual-) Partner*innen	Deduktiv
Umgang mit Verhütungsrisiken	Deduktiv
Unmet Need – Gründe nicht sicher zu verhüten	Deduktiv
Notfallkontrazeption	Deduktiv
Subjektive Theorien zur (Un-)Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft	Induktiv
Schwangerschaftsabbruch	Deduktiv
Erklärungen für Versagen der Verhütung	Induktiv
Verhütungsverhalten vor dem Abbruch	Deduktiv
Verhütungsverhalten nach dem Abbruch	Deduktiv
Entscheidungsprozess für den Abbruch	Deduktiv
Befinden nach dem Abbruch	Deduktiv
Stigmatisierungserleben und Tabuisierung	Deduktiv
Schamerleben	Induktiv
Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs auf die weitere Verhütungsbiografie	Deduktiv
Beratung zu Verhütungsmethoden	Deduktiv
Aufklärung zu Verhütung	Deduktiv
Eigene Aufklärung in der Jugend	Deduktiv
Zukünftige Aufklärung einer (möglichen) Tochter	Deduktiv
Verhütungsverhalten im Lebenslauf	Deduktiv

Verhütung beim ersten Mal Geschlechtsverkehr	Induktiv
Faktoren in der Veränderung des Verhütungsverhaltens	Deduktiv
Grund der Motivation für eine sichere Verhütung	Induktiv
Soziale Normen zu Verhütung und Schwangerschaftsabbruch	Induktiv
Sicherheits- und Kontrollbedürfnis	Induktiv
Einfluss Sozialisation Ostdeutschland/Westdeutschland	Deduktiv
Familiär-biographische Muster im intergenerativen Kontext	Induktiv

Anhang 4: Kodierleitfaden

Fett: Hauptkategorie (HK)

Dünn: Subkategorie (SK)

Kategorie	Definition	Ankerbeispiel	Kodierregel
Aspekte bei der Wahl der Verhütungsmethode (deduktiv)	Dieser Kode wird für Aussagen zur Wahl der Verhütungsmethode vergeben, die nicht den Subkategorien dieser Hauptkategorie zugeordnet werden können. Er dient ansonsten als Ordnungskategorie.		
Einstellungen zu Methoden (induktiv)	Dieser Kode wird vergeben, wenn Haltungen und Einstellungen zu bestimmten Verhütungsmitteln geteilt werden. Z. B. Ablehnung hormoneller Verhütung.	„weil=s ja aber in den letzten jahren immer klarer wird welche (.) also welche KRAS-Sen nebenwirkungen das auch hat wie gefährlich das sein KANN [mhm] ähm (1) find ich=s unverantwortlich (1) dass bei den frauen hauptamtlich zu lassen“ (Hanna, Abs. 100)	
Gesundheitliche Aspekte (induktiv)	Aussagen zu gesundheitlichen Aspekten wie Nebenwirkungen, Verträglichkeit und gesundheitliche Bedingungen, welche die Anwendung bestimmter Verhütungsmittel bedingen, favorisieren oder ausschließen.	„ach was noch erschwerend dazukommt übrigens ich hatte dann s=hat sich dann herausgestellt dass ich ne schwere LATEX allergie habe“ (Janina, Abs. 46)	
Emotionale Aspekte (induktiv)	Dieser Kode wird vergeben für Aussagen zu emotionalen Aspekten, welche die Wahl einer Methode beeinflusst haben oder bei Anwendung einer Methode aufkommen.	„da [Anm.: Nach der Vasektomie des Partners] is man auch befreit dann“ (Janina, Abs. 92)	Mindestens ein Kriterium muss erfüllt sein.

Lebenssituation (deduktiv)	Aussagen zur Lebenssituation, die einen Einfluss auf die Wahl einer bestimmten Methode oder Verhütung allgemein hatte.	„also in der stillzeit gibt=s eben auch nicht so viele möglichkeiten [mhm] (2) äh also zumindest hormonell gesehen“ (Bettina, Abs. 10)	Mindestens ein Kriterium muss erfüllt sein.
Verfügbarkeit (deduktiv)	Dieser Kode wird vergeben für Aussagen zur Verfügbarkeit von Verhütungsmittel oder dem Zugang zu diesen – z. B. über die Gynäkolog*in.	„weil ich NICHT die pille verschrieben bekam von meiner frauenärztin weil sie meinte wenn ich mit 17 jahren so früh schon anfang mit der pille könnte es sein dass ich also tatsächlich NICHT mehr (.) KEINE kinder bekommen könnte wenn ich so früh anfang ich sollte also erstmal anfangen mit der fiebermessmethode“ (Ella, Abs. 2)	Mindestens ein Kriterium muss erfüllt sein.
Finanzielle Aspekte (deduktiv)	Dieser Kode wird vergeben für Aussagen zu finanziellen Aspekten, die bei der Wahl einer Methode von Bedeutung sind.	„bei dem een gabs dann eben wie gesagt diesen verhütungsunfall also es war mit kondom äh pille had=hatte ich zu der zeit ni genommen (.) WAR zu teuer muss ich ganz ehrlich so sagen also ich konnts ni bezahlen die dreißig d-mark o=nee das war sogar damals noch mehr vierzig d-mark glaube“ (Pauls, Abs. 13).	Gegebenenfalls Überschneidung mit Unterkategorie „Verfügbarkeit“. Aussagen zu Problemen bei der Verfügbarkeit aufgrund von finanziellen Aspekten werden mit beiden Kodes kodiert.
Zufriedenheit mit Methode(n) (deduktiv)	Dieser Kode enthält Aussagen zur subjektiven Zufriedenheit mit verschiedenen Methoden.	„also: kalender (2) und äh ja wenn man dann des so als frau sich eingespielt hat dann: weiß man=s EIGENTlich ziemlich gut (1) [mhm] wann (.) was kommt (2) [mhm] und wann ich aufpassen muss (2) ja und des klappt ganz gut“ (Greta, Abs. 102).	

<p>Bedeutungsebene des Verhütungsmittels für die gelebte Sexualität (deduktiv)</p>	<p>Dieser Kode beinhaltet Aussagen zur Zuschreibung von einer Bedeutung oder Auswirkung der Verhütungsmethode auf die Sexualität, z. B. das Kondom, welches das Lustempfinden beeinflusst.</p>	<p>„lustlosigkeit und sowas dass es sich ziemlich eingestellt hat (.) was (.) was wir eben auf die spirale zurückgeführt haben“ (Betтина, Abs. 10)</p> <p>„des isch ja ein RIEßEN galama mit kondom ne? also d=die männer wollen ja ich weiß AUCH nich aber die sind SO abgeneigt ne? also ich hab wirklich in SELTENSTEN fällen einen mann erlebt wo wirklich HURRA schreit“ (Janina, Abs. 96)</p>	<p>Entweder durch eigene Erfahrungen mit Verhütungsmethoden zugeschriebene Bedeutung oder Erfahrungen anderer oder gesellschaftliche Narrative, die übernommen werden.</p>
<p>Verhütungsverantwortung (deduktiv)</p>	<p>Dieser Kode wird für Aussagen zu Aspekten von Verantwortung rund um Verhütung, die nicht den Subkategorien dieser Hauptkategorie zugeordnet werden können, vergeben. Er dient ansonsten als Ordnungskategorie.</p>		
<p>Verantwortung für Entstehen der ungewollten Schwangerschaft (induktiv)</p>	<p>Dieser Kode wird vergeben, wenn die Verantwortung für das Entstehen einer ungewollten Schwangerschaft benannt wird (egal ob abgebrochen oder ausgetragen).</p>	<p>„ich bin schwanger geworden weil ich NICHT die pille verschrieben bekam von meiner frauenärztin weil sie meinte wenn ich mit 17 jahren so früh schon anfang mit der pille könnte es sein dass ich also tatsächlich NICHT mehr (.) KEINE kinder bekommen könnte“ (Ella, Abs. 2)</p> <p>„ähm ich dachte eigentlich dass er ein kondom benützt hätte also verhütet hätte aber das war dann nicht der fall [mhm] (2) und das hab ich dann halt nach vier wochen auch erfahren da war ich dann eben schwanger“ (Ina, Abs. 18)</p>	<p>Dieser Kode unterscheidet sich von der Unterkategorie „Erklärungen für Versagen der Verhütung“, da hier explizit die Verantwortung jemanden/etwas zugeschrieben wird.</p>

Haltung Verhütungsverantwortung zwischen Sexualpartner*innen (deduktiv)	Dieser Kode wird für Aussagen über die persönliche Haltung der Interviewten zu Verhütungsverantwortung generell gegeben.	„weil=s ja aber in den letzten jahren immer klarer wird welche (.) also welche KRAS-Sen nebenwirkungen das auch hat wie gefährlich das sein KANN [mhm] ähm (1) find ich=s unverantwortlich (1) dass bei den frauen hauptamtlich zu lassen [ja]“ (Hanna, Abs. 100)	Abzugrenzen von Kode „Kommunikation zu Verhütung zwischen (Sexual-) Partner*innen“.
Kommunikation zu Verhütung zwischen (Sexual-) Partner*innen (deduktiv)	Dieser Kode sammelt Aussagen zur tatsächlich statt gefundener Kommunikation zu Verhütung in eigenen (Sexual-Beziehungen) oder Entscheidungsprozesse in Partnerschaften oder die Umsetzung der Verhütungsverantwortung in Partnerschaften.	„we sind ja wir sind ja wie gesagt da momentan auch am suchen: was=was für uns der richtige weg is [mhm] wi:r informieren uns ma über (2) diese äh: (1) verhütungs-KAPPen oder sowas [mhm] die ma einsetzen kann (2) [mhm] aber auch das is <<lachend>wieder was> was die frau eben machen muss“ (Bettina, Abs. 92)	Mindestens ein Kriterium muss erfüllt sein.
Umgang mit Verhütungsrisiken (deduktiv)	Dieser Kode wird für Aussagen zu Verhütungsrisiken, die nicht den Subkategorien dieser Hauptkategorie zugeordnet werden können, vergeben. Er dient ansonsten als Ordnungskategorie.		
Unmet Need – Gründe nicht sicher zu verhüten (deduktiv)	Dieser Kode wird vergeben für Aussagen zu Gründen von unterlassener oder unwirksamer Verhütung. Entweder Unmet Need (fehlende Verhütung ohne Schwangerschaftsabsicht) oder unsichere und unwirksame Verhütungsmethoden wie Coitus interruptus.	„JA ich hatte damals ne ganz kurze beziehung gehabt hab mir nich so richtig gedanken in dem moment über so verhütung gemacht und so wie das halt mal auch mal so passIERT [mhm] in dem alter (.) ja. und dann äh is=es halt passiert.“ (Olivia, Abs. 89)	
Notfallkontrazeption (deduktiv)	Dieser Kode beinhaltet Aussagen zu Notfallkontrazeptiva und Erfahrungen in der Anwendung dieser.	„ich wa- hatte das dann ner freundin? erzählt und DIE ähm (.) die hat dann gesagt ja dann musst du jetzt zur frauenärztin	

	Er kann auch Aussagen über den Nutzen von Notfallkontrazeptiva enthalten.	gehen und dann musst du dir die pille danach holen [mhm] und (1) so und so (.) sachen über die gar nicht nachgedacht hatte [okay] in dem moment schon ma gar nicht und [mhm] im nachgang (2) auch nicht richtig [mhm] (1) ich hab das dann alles gemacht? und das war auch (1) bestimmt ganz vernünftig [mhm] das im <<lachend>nachhinein> dann noch [((Lachen 1sec.)) ja] zu machen“ (Hanna, Abs. 42)	
Subjektive Theorien zur (Un-)Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft (induktiv)	Dieser Kode umfasst Aussagen zu subjektiven Theorien über die eigene Fruchtbarkeit sowie wann eine Frau (nicht) schwanger wird. Der Kode ist geprägt von individuellen Glaubenssätzen und persönlichen Weltverständnis.	„irgendwie weiß ich auch nicht es war wie von gott gewollt dass ich irgendwie NICHT schwanger werde“ (Ella, Abs. 18)	
Schwangerschaftsabbruch (deduktiv)			
Erklärungen für Versagen der Verhütung (induktiv)	Dieser Kode umfasst Erklärungen für das Versagen von Verhütung, was zu der ungeplanten Schwangerschaft geführt hat, die abgebrochen wurde.	„ich war halt zwischenzeitlich mal mit der pille nicht ganz so: zuverlässig was dazu [mhm] geführt hat dass ich äh: schwanger wurde“ (Hanna, Abs. 48)	Das codierte Segment muss eine (subjektive) Erklärung enthalten.
Verhütungsverhalten vor dem Abbruch (deduktiv)	Dieser Kode wird vergeben für Aussagen für die Verhütung vor einem Abbruch, sowohl für das Verhütungsverhalten direkt vor dem Abbruch als auch für Verhütungserfahrungen in der gesamten Biografie.	„ich hatte die äh kupferspirale? [ah okay] und ähm (2) bin (1) ja (.) schwanger? geworden [mhm] (1) das war für meinen mann und für mich eine <<lachend>absolute katastrophe?“ (Bettina, Abs. 2)	

Verhütungsverhalten nach dem Abbruch (deduktiv)	Dieser Kode sammelt Aussagen zum Verhütungsverhalten unmittelbar nach einem Schwangerschaftsabbruch sowie zu Überlegungen zu Verhütung nach einem Abbruch.	„nach der (1) abtreibung (2) wollte ICH mich eigentlich ja sterilisieren lassen [mhm] so v- vielleicht als bestrafung (Greta, Abs. 86)	Mindestens ein Kriterium muss erfüllt sein.
Entscheidungsprozess für den Schwangerschaftsabbruch (deduktiv)	Dieser Kode wird vergeben für alle Aussagen rund um den Entscheidungsprozess hin zu einem Schwangerschaftsabbruch.	„ich will wollte kein kind haben möchte nicht verantwortung für jemand anderen momentan übernehmen. abgesehen davon ok es wär zwar schwierig geworden aber darüber hab ich auch gar nicht nachgedacht weil ichs halt wirklich einfach von grund auf nicht wollte“ (Rana, Abs. 49)	
Befinden nach dem Abbruch (deduktiv)	Dieser Kode wird vergeben, wenn die Interviewten über ihr Befinden nach dem Abbruch sprechen.	„ich muss äh ganz ehrlich sagen ich hab ähh das KOMPLETT verdrängt also ich hab ni darüber nachgedacht ni davor währenddessen oder danach ich hab das wirklich so bei mir im köbbel in die hinterste schublade und du MACHST das jetzt und es wird auch wieder besser du überstehst das jetzt und dann ist gut und ich hab mich ganz ehrlich gesagt och bis heute noch nie so richtig damit auseinander gesetzt sondern ich habs bis heute wie gesagt so als äh ähm TEIL zwar meines lebens akzeptiert“ (Paula, Abs. 23)	
Stigmatisierungserleben und Tabuisierung (deduktiv)	Dieser Kode beinhaltet Aussagen zu erlebter Stigmatisierung bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs und ggf. zum Einfluss des Stigmatisierungserlebens auf weitere Verhütungsbiografie. Er kann auch Aspekte zur Tabuisierung von Abbrüchen und deren Einfluss auf das Erleben beinhalten.	„aber dann (2) mir war schon irgendwie klar? das was gesellschaftlich erwÜNSCHT is is was ANderes (1) <<lachend>deswegen> hatt ich irgendwie ANGST dass da versucht wird mir einzurenden (2) dass ich mich ANders entscheiden soll“ (Hanna, Abs. 58)	Kode darf Aussagen zu Stigmatisierung als auch kontrastierend Aussagen zu erlebter Wertfreiheit gegenüber dem

	Er kann auch Aussagen enthalten, die von gegenteiligen, positiven Erfahrungen berichten.		Abbruch der Interviewten enthalten.
Schamerleben (induktiv)	Dieser Kode sammelt Aussagen zu Schamerleben in Bezug auf die nicht erfolgreiche Verhütung und den Schwangerschaftsabbruch, entweder durch andere oder durch Interviewten selbst zugeschriebene Schuld.	„ich hab mich auch geschämt zu meiner frauenärztin? zu gehen [okay] (1) zu sagen ich bin schwanger und [mhm] auf die frage IS die schwangerschaft gewollt (.) NEIN zu sagen“ (Hanna, Abs. 58)	
Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs auf weitere Verhütungsbiografie (deduktiv)	Dieser Kode wird vergeben für alle direkten Zitate der Interviewten, in denen sie die Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs auf ihr weiteres Verhütungsverhalten schildern.	„das äh: (1) war dann (1) ja (.) war so ein schocker? halt eben für uns dass wir (??) überhaupt kein vertrauen mehr in so (1) ja (.) so verhütungsmethoden hatten dass wir gesagt haben okay ähm (2) dann nehmen wir doch lieber die hormondosis [mhm] ähm (1) in kauf“ (Bettina, Abs. 10)	
Beratung zu Verhütungsmethoden (deduktiv)	Dieser Kode umfasst Aussagen über Beratung zu Verhütungsmethoden durch Professionelle wie Gynäkolog*innen, Berater*innen, Lehrer*innen.	„ich war- wurde zwar auch als ich im zuge als=als ich dann das zweite mal schwanger war äh wegen=wegen abTREIBung zur be-RATung war hatten=se mir auch nochmal so=n bisschen optionen gesagt die man halt jetzt machen könnte ja aber vieles kommt halt für mich leider nich in frage“ (Kaya, Abs. 47)	
Aufklärung zu Verhütung (deduktiv)	Ordnungskategorie, die keine eigenen Aussagen sammelt.		
Eigene Aufklärung in der Jugend (deduktiv)	Aussagen zu Aufklärung zu Verhütung durch Eltern, Schule, Freund*innen etc. in der eigenen Jugend.	„mutter schule freundinnen also die drei waren immer ganz wichtig (1) [alles klar] also eher noch die freundin weil meine f- beste freundin war zwei jahre älter als ich	

		da kann man sich vorstellen sie (2) sechzehn ich vierzehn die hatte schon ahnung bis zum (1) MOND für mich [mhm] und ich immer noch ja ja mhm ja“ (Nora, Abs. 34)	
Zukünftige Aufklärung einer (möglichen) Tochter (deduktiv)	Bezieht sich auf allgemeine Aussagen der Frauen oder auf die Frage am Ende des Interviews, wie	„also die sollten schon f- wissen wie das funktioniert und worauf man aufpassen sollte“ (Nora, Abs. 88)	
Verhütungsverhalten im Lebenslauf (deduktiv)	Ordnungskategorie, die keine eigenen Aussagen sammelt.		
Verhütung beim ersten Mal Geschlechtsverkehr (induktiv)	Dieser Kode sammelt Aussagen zu dem Verhütungsverhalten beim ersten Mal Geschlechtsverkehr.	„von daHER hab ich eigentlich immer verhütet weil ich die pille schon von (2) ich glaub ich glaub ich war elf als ich meine tage gekriegt hab das erste mal und mit zwölf dreizehn hab ich dann die pille das erste mal genommen“ (Ina, Abs. 34)	
Faktoren in der Veränderung des Verhütungsverhaltens (deduktiv)	Dieser Kode beinhaltet Aussagen zu Faktoren, die eine Veränderung im Verhütungsverhalten bewirken oder dieses prägen.	„könnt natürlich mir wieder die spirale reinsetzen lassen [mhm] aber (.) ähm das is mir zu teuer für [mhm] äh möglicherweise nur ZWEI jahre? oder sowas [mhm] wenn - falls wir noch=n weiteres kind möchten“ (Bettina, Abs. 10)	
Grund der Motivation für eine sichere Verhütung (induktiv)	Dieser Kode beinhaltet Aussagen zu Gründen, warum eine Schwangerschaft zum Interviewzeitpunkt ungewollt für die Interviewten wäre und wie sich das auf ihr Verhütungsverhalten auswirkt.	„vor allem nicht wenn ich jetzt die chance hab die ausbildung endlich fertig zu machen [mhmhm] deswegen bin ich da auch sehr vorsichtig was die verhütung angeht [mhm] ich ich wünsch mir auf jeden fall noch ein zweites kind aber nicht JETZT“ (Ina, Abs. 100)	

Soziale Normen zu Verhütung und Schwangerschaftsabbruch (induktiv)	Dieser Kode wird vergeben für Aussagen zur normativen Bewertung von gescheiterter Verhütung und Abbrüchen generell. Sowohl Aussagen welche die eigenen Erfahrungen und Handlungen normativ bewerten als auch allgemeine Haltungen und Einstellungen zu Verhütung und Abbrüchen.	„war aber auch kein THEMA also deswegen wunderts mich heute das so viele junge mädchen so jung SCHWANGER werden I: noch mal was heißt gar kein thema? A: ha des war KLAR für mich das man wenn man ähm äh GESCHLECHTSVERKEHR hat das dann die VERHÜTEN muss“ (Janina, Abs. 32 ff.)	
Sicherheits- und Kontrollbedürfnis (induktiv)	Dieser Kode sammelt Aussagen zu dem Sicherheits- und Kontrollbedürfnis in Bezug auf Aspekte der Familienplanung (Kinderwunsch, Verhütung, Schwangerschaftsabbruch).	„ja (2) und wenn wenn=s je passieren SOLLTE (2) was ja NICH geplant ist aber selbst wenn dann wär=s jetzt au nett schlimm ((Lachen 2sec.)) [mhm] dann kommt noch eins das wär aber sch- ob jetzt VIER oder FÜNF ((Lachen 3sec.)) [((Lachen 2sec.))] ich glaub des fällt nimmer auf“ (Greta, Abs. 112)	
Einfluss Sozialisation Ostdeutschland/Westdeutschland (deduktiv)	Dieser Kode beinhaltet Aussagen, die einen spezifischen Einfluss von Ost – oder Westsozialisation aufweisen im Bereich Familienplanung, Schwangerschaftsabbruch und Verhütung.	„da ich ja aus dem ostteil komme war=s dann aber auch geregelt dass ich also danach natürlich sofort nach der schwangerschaft und nach dem mütterjahr wieder arbeit bekomme also man hatte sich da keine gedanken machen brauchen es war ja fast schon üblich doch recht jung kinder zu bekommen bei uns“ (Ella, Abs. 2)	Anmerkung: Wahrscheinlich zu wenig Material
Familiär-biographische Muster im intergenerativen Kontext (induktiv)	Abbrucherfahrung der Mutter oder ungewollte frühe Mutterschaft da eigene Mutter sehr frühe Mutterschaft?	„und meine mama mit der hab ich GANZ doll darüber geredet die hat mir auch so=n bisschen geholfen weil sie AUCH schon in der situation war sie hatte auch schon nen <<lachend>schwangerschaftsabbruch> und ähm ja (.) da konnte man halt gut auch aus	Anmerkung: Wahrscheinlich zu wenig Material.

		erfahrung halt schöpfen die am ende auch gut geholfen und mit man konnte auch wirklich offen und ehrlich drüber reden“ (Kaya, Abs. 55)	
--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Anhang 5: Exkurs - Familienplanung in Ost- und Westdeutschland

Auch wenn die Schwangerschaftsabbrüche der befragten Frauen dieser Arbeit nicht vor 1998 stattfanden, so sind doch noch einige der befragten Frauen in der ehemaligen DDR sozialisiert¹². Aufgrund dessen ist es relevant, sich die doch unterschiedlichen gesellschaftlichen Rahmen für die Auswertung des Datenmaterials näher und deren Wirkung jenseits der Wiedervereinigung anzuschauen. Unterschiedliche gesellschaftliche Bedingungen verursachen unterschiedliche Prägungen zu Familienplanung, zu Empfängnisverhütung und zu Schwangerschaftsabbrüchen.

Familienplanung allgemein

Die Bevölkerungspolitik der DDR war einerseits sehr geburtenorientiert und ermöglichte durch verschiedene politische Familienleistungen der staatlich organisierten Kinderbetreuung die Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und Elternschaft in einer Weise, die fern von der Realität der Ein-Versorger-Haushalte in der BRD war. Andererseits waren moderne Methoden der Empfängnisverhütung kostenlos zugänglich (vgl. Stumpe, Weller, 1995, S. 10). Stumpe und Weller (ebd.) schildern, dass dadurch „die Grundlagen für individuelle Familienplanung“ geschaffen wurden.

Auswirkungen dessen zeigten sich beispielsweise im Vergleich zur BRD im jüngeren Durchschnittsalter Erstgebärender. Auch ungeplante Schwangerschaften während der Ausbildung wurden eher akzeptiert und der Abschluss der Ausbildung gefördert. Helfferich et al., kommen durch die Ergebnisse der *frauen leben 3* Studie zu dem Ergebnis, dass dadurch junge Mutterschaft in den Ost-Bundesländern bis heute eher akzeptiert wird als in den West-Bundesländern (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 285).

Verhütungsmittel

Die Pille war in der DDR das offiziell propagiert und kostenlos verfügbare Verhütungsmittel, das meist jahrelang auch noch ohne die 7-tägige Pillenpause für die Absetzblutung genommen wurde (vgl. Helfferich et al., 2004, S. 21). Durch Befragungsergebnisse wurde deutlich, dass die Pille zu über 90 % als das beste Verhütungsmittel im Gebrauch gesehen wurde (vgl. Stumpe, Weller, 1995, S. 19). Aufgrund der Vorherrschaft der Pille war das Verhütungsverhalten der Frauen stärker von Kontinuität geprägt, da weniger Methodenwechsel stattfand (vgl. Helfferich et al., 2004, S. 21). Es fehlten kontroverse Meinungsbilder

¹² Mehr hierzu in Anhang 1

und Haltung zu Verhütungsmethoden in der gesellschaftlichen Diskussion um Familienplanung, wie sie in der BRD beispielsweise von Seiten der katholischen Kirche diskutiert wurden (vgl. Stumpe, Weller, 1995, S. 18). Intrauterin pessare (Spiralen) kamen meist nur dann zur Anwendung, wenn eine Verhütung mittels der Pille nicht möglich war. In Drogerien waren Kondome und Scheidenzäpfchen als chemische Verhütungsmethode verfügbar (vgl. Stumpe, Weller, 1995, S. 18). Die Pille danach war aufgrund Ihrer schlechten Verfügbarkeit und Zugänglichkeit nur wenig verbreitet (vgl. Helfferich et al., 2004, S. 21). Daphne Hahn schildert, dass durch den Beginn der kostenfreien Abgabe von Verhütungsmitteln und der Fristenlösung des Abbruchs im Rahmen des „Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft“ 1972 eine „weitere Zuschreibung der Verantwortung für Empfängnisverhütung an Frauen“ (Hahn, 2000, S. 271) stattfand.

Schwangerschaftsabbruch

Die gesellschaftliche und politische Handhabung von Schwangerschaftsabbrüchen in der DDR und BRD verlief ab 1945 sehr unterschiedlich.¹³ Mit dem „Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft“ wurde 1972 in der DDR durch erhebliche Neuregelung eine Fristenregelung zur Regelung des Schwangerschaftsabbruchs eingeführt. Innerhalb der ersten 12 Wochen nach Befruchtung konnte ein Schwangerschaftsabbruch in einer gynäkologischen Fachabteilung durchgeführt werden. Es wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass der Abbruch keine Verhütungsmethode darstellte, sondern nur in bestimmten individuellen Notsituationen zur Anwendung kommen sollte. Der Schwangerschaftsabbruch war, anders als in der BRD vor der Wiedervereinigung und in Deutschland aktuell, außerstrafrechtlich geregelt, „mit den Rechten der Frau und ihrer Gleichberechtigung legitimiert, ohne Beratungspflicht, finanziert durch die Gesundheits- und Sozialversicherung“ (Busch, 2015, S. 21). Ulrike Lembke (2021, o. S.) schildert, dass „weitreichende Entscheidungen über die eigene Familienplanung (...) zur weiblichen Lebensrealität in der DDR [gehörten].“ In der Literatur wird jedoch auch betont, dass die Verbesserungen für ostdeutsche Frauen mit der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs 1972 auf biopolitischen Interessen basierten (vgl. Krolzik-Matthei, 2019, S. 35).

In der BRD galt ab 1976 eine Indikationsregelung mit vier Indikationen, wovon eine die „Notlagen-Indikation“ war, auf welcher 80 % der Abbrüche beruhten (Lembke, 2021, o. S.). Dabei wurden Normen gesetzt, „die bis heute tragende Wirkung haben“ (Caesar, 2019, S. 21) wie den „Lebensschutz des Embryos für die gesamte Dauer der Schwangerschaft,

¹³ Mehr zu der Entwicklung der Gesetzeslage in der DDR und der BRD bei Hahn, 2000, S. 175 ff.

Schutzauftrag des Staats, Unterordnung der Rechte der Frau“ (ebd.). In diesem Zug entstanden die Schwangerschaftsberatungsstellen, welche die Pflichtberatung durchführten.

In der DDR (außerstrafrechtliche Regelung) und der BRD (strafrechtliche Regelung) wurden Abbrüche grundlegend anders gehandhabt bis 1990. Dies führt im Prozess der deutschen Einheit zu Schwierigkeiten, denn „1990 traf eine staatlich durchgesetzte, kaum diskutierte Fristenregelung der DDR auf eine hoch umstrittene und zunehmend staatlich beschränkte Indikationenregelung der BRD“ (Lembke, 2021, o. S.). 1996 wurden § 218/219 des Strafgesetzbuches reformiert und das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) entwickelt.

Welche Nachwirkungen haben die unterschiedlichen gesellschaftlichen Rahmen von Familienplanung jenseits Wiedervereinigung für die reproduktiven Biografien von Frauen? Die Wiedervereinigung brachte vor allem für die Menschen in Ostdeutschland bedeutende Veränderungen mit sich auf der politischen, ökonomischen und sozialen Ebene. Diese makrostrukturellen Veränderungen wirkten stark auf die Mikroebene der Gesellschaft ein:

„Unter den neuen Rahmenbedingungen stellen sich Beruf und Familie im weiblichen Lebenszusammenhang mitunter als wechselseitig ausschließende Alternativen dar. Kinder werden in einem bisher unbekanntem Ausmaß zu einem strategischen Aspekt der Lebensgestaltung und -planung. Sie ist beispielsweise mehr als vorher an eine gefestigte Position im Erwerbssystem gebunden und in stärkerem Maß von der konkreten Lebenssituation abhängig“ (Klein, 2006, S. 36).

Die Veränderungen und die zunehmenden Wahlmöglichkeiten sowie die Individualisierung von Lebensverläufen brachten eine große Unsicherheit mit sich, unter welcher „Lebensentscheidungen, die die Biographie (sic!) auf eine lange Zeit festlegen, zu einem Wagnis“ wurden (Klein, 2006, S. 36).

2004 schildern Kreyenfeld und Konietzka im Rahmen Ihrer lebenslaufbezogenen Betrachtung von Familiengründungsprozessen, dass es immer noch Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Frauen gibt in Bezug auf das Alter des Beginns der Familiengründung, die im Ost noch immer niedrigere Kinderlosigkeit und im Erwerbsverhalten von Müttern und Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Busch (2007, S. 12) vermutet, dass in den neuen Bundesländern der Abbruch tendenziell eher bei erfülltem Kinderwunsch, resp. abgeschlossener Familienplanung erfolgt, in den alten Bundesländern eher um den Zeitpunkt der Erstgeburt zu verschieben.“ (ebd.), da der Anteil der Frauen ohne Kinder in den neuen Bundesländern 2007 immer noch unter dem der alten Bundesländer lag. Busch nennt als möglichen Grund ein „konsequenteres Umsetzen der persönlichen Entscheidung gegen das Austragen der Schwangerschaft [in] einem traditionell gewachsenen stärkeren Selbstbewusstsein im Kontext eines Klimas geringerer Tabuisierung von Abbrüchen in den neuen Bundesländern“ (ebd.). Ein weiterer Grund könnten die stärkeren sozialen Probleme sein.