

Im Auftrag der



Bundeszentrale für ge-  
sundheitliche Aufklä-  
rung, Köln

SoFFI K.  
Sozialwissenschaftliches FrauenForschungsInstitut  
der Kontaktstelle praxisorientierte Forschung e.V.

**SONDERAUSWERTUNG der Studien**  
**„frauen leben. Lebensläufe und Familienplanung“**  
**und „männer leben. Lebensläufe und Familienplanung“**

**Verhütung: Verhalten und Orientierungen**  
**Frauen und Männer im Vergleich**  
**Projekt Nr. xxxx, 21.12.2004**



Sozialwissenschaftliches Frauenforschungsinstitut, Freiburg  
Ev. Fachhochschule Freiburg  
Bugginger Straße 38, 79114 Freiburg  
0761 – 47812-690, [soffi@efh-freiburg.de](mailto:soffi@efh-freiburg.de)

Prof. Dr. Cornelia Helfferich; Heike Klindworth, Dr. Jan Kruse



## Inhalt

1	Einleitung .....	7
2	Die aktuelle Verhütung .....	9
2.1	Keine Verhütung – Häufigkeit und Gründe .....	9
2.2	Aktuell verwendete Verhütungsmethoden .....	10
2.3	Faktoren mit Einfluss auf die Wahl der Verhütungsmethode .....	11
2.4	Verhütung – (k)eine gemeinsame Aufgabe? .....	16
3	Verhütungsverhalten im Lebenslauf.....	18
3.1	Erfahrungen mit unterschiedlichen Verhütungsmethoden .....	18
3.2	Anzahl der jemals genutzten Verhütungsmittel und -methoden .....	21
3.3	Verhütungsrisiken .....	22
4	Eine Typologie von Verhütungsmotiven und -mustern .....	25
4.1	Zusammenfassung idealtypischer Verhütungsmotive .....	25
4.2	Verhütungsmuster und Beziehungsgestaltung .....	32
4.3	Sterilisation bei Männern und Frauen .....	38
5	„Agency“ – Wer wird aktiv bei der Verhütung? .....	40
5.1	Agency – Wahrnehmung der eigenen Handlungsfähigkeit und Wirkmächtigkeit .....	40
5.2	Agency und die Aushandlung der Verhütung .....	45
6	Der Umgang mit Risiken.....	47
6.1	„Wenn’s passiert, dann passiert’s“: Planungsnotwendigkeit, Planungsgrenzen .....	47
6.2	Akzeptanz ungewollter Schwangerschaften.....	49
6.3	Die Frage nach der Notwendigkeit einer 100% sicheren Verhütung .....	50
7	Zusammenfassung und Diskussion .....	57
	Anhang .....	61
	Literatur.....	83



Hiermit legt das Sozialwissenschaftliche FrauenForschungsInstitut eine Sonderauswertung der Studien „frauen leben. Familienplanung im Lebenslauf“ (Erhebungsjahr: 1998) und „männer leben. Familienplanung im Lebenslauf“ (2002) zum Thema „Verhütung“ im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung vor.

Beide Studien bestanden jeweils aus einer standardisierten Befragung von ca. 1.500 Frauen bzw. Männern in ausgewählten Regionen und teilnarrativen, qualitativen Interviews mit ca. 100 Frauen bzw. Männern mit einer hermeneutischen Auswertung (zu den Studiendesigns im Einzelnen siehe Übersicht 1 im Anhang). Auf Unterschiede im Studiendesign, die bei dem Vergleich zu berücksichtigen sind, wird unten eingegangen.

Verhütung war in beiden Studien Thema. Zwar wurde das Verhütungsverhalten in der quantitativen Erhebungsschritten der beiden Studien auf unterschiedliche Weise erhoben (siehe die tabellarische Übersicht 2 im Anhang); im Hinblick auf das aktuelle Verhütungsverhalten und dessen Einflussfaktoren, auf die bisherigen Erfahrungen mit unterschiedlichen Verhütungsmethoden und auf die subjektiven Deutungen sind die Ergebnisse jedoch gut miteinander vergleichbar. Der Leitfaden der teilnarrativen, qualitativen Interviews war weitgehend ähnlich aufgebaut; in beiden Studien wurden vor allem offene Erzählanreize verwendet. Daher sind die qualitativen Erzählungen gut vergleichbar.

Der Hauptakzent liegt bei der Vorstellung der Ergebnisse der Studie „männer leben“. Die Ergebnisse der Studie „frauen leben“ werden als Vergleich „gegengeschnitten“. Ergebnisse der Frauenstudie zum Thema Verhütung wurden bereits in dem Band 19 der Schriftenreihe „Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung“ der BZgA (Helfferrich et al. 2000) veröffentlicht.

Freiburg, Dezember 2004



# 1 Einleitung

Verhütung hat die praktische Funktion der Fruchtbarkeitskontrolle. Sie ist darüber hinaus mit symbolischen und kulturellen Bedeutungen versehen und die Verhütungspraxis ist eng verbunden mit der jeweiligen Beziehung zwischen Mann und Frau und mit der sexuellen Situation (Helfferrich 2001, S. 109). Auf der Basis dieses umfassenden Verständnisses von Verhütung wird das Verhütungsverhalten und der Blick auf Verhütung von Männern und von Frauen verglichen.

Anhand der quantitativen Daten der beiden Studien „männer leben“ und „frauen leben“ wird untersucht, inwieweit die Angaben von Frauen und Männern übereinstimmen. Abweichungen können daher rühren, dass Frauen und Männer in unterschiedlichem Ausmaß die Verhütung „in der Hand haben“ und jeweils wissen, ob und wie verhütet wird, oder dass es geschlechtsspezifische Wahrnehmungsmuster und Antwortverhalten gibt. Ferner ist von Interesse, ob, in welchem Sinn und in welchem Umfang Männer an der Verhütung in Partnerschaften beteiligt sind (BZgA 2003). Vor dem Hintergrund, dass die meisten Verhütungsmittel bzw. -methoden von der Frau, manche, z.B. Kondome, aber von Männern angewendet werden, gibt die Wahl der Methode einen Hinweis auf eine eigene aktive Verhütungsbeteiligung der Männer.

Anhand der rekonstruktiven Analysen des qualitativen Datenmaterials lassen sich tiefer gehende Aussagen zur subjektiven Sicht der Frauen und Männer machen: Welche Vorstellungen verbinden Frauen und Männer mit (bestimmten) Verhütung(smethoden)? Wo und wie fühlten sie sich bezogen auf Empfängnisverhütung zuständig und sehen sich als aktiv Verhütende? Ei sehen sie den Part des jeweils anderen Geschlechts? Wie fiel die Entscheidung für eine bestimmte Verhütungsmethode innerhalb der Partnerschaft? Auf dieser Auswertungsebene kann heraus gearbeitet werden, wie Männer und Frauen Verhütungsmethoden und das Verhütungsverhalten deuten und bewerten. Hierbei ergeben sich wichtige Differenzierungen und weiterführende Interpretationsmöglichkeiten der quantitativen Ergebnisse.

Dadurch, dass in den beiden Studien die Männer und Frauen nicht nur standardisiert, sondern auch qualitativ befragt wurden, besteht die Möglichkeit, die Ergebnisse der qualitativen Befragungen mit denen der standardisierten in Beziehung zu setzen. Daher werden zunächst die Ergebnisse der jeweiligen standardisierten Forschungsschritte vorgestellt und darauf bezogen die Auswertungen des qualitativen Materials. Die Akzente wurden dabei so gesetzt, dass die statistischen Ergebnisse ergänzt und vertieft sowie einige dort offen gebliebene Fragen beantwortet werden.

Anhand des quantitativen Datenmaterials wird in → Abschnitt 2 vorgestellt, ob und wie **aktuell verhütet** wird und welche Faktoren die Wahl der Verhütungsmethode beeinflussen. Das Thema Sterilisation wird gesondert abgehandelt. Das **Verhütungsverhalten im Lebenslauf** wird in → Abschnitt 3 behandelt, wobei auf die Erfahrungen mit unterschiedlichen Methoden, aber auch auf das Eingehen von Verhütungsrisiken eingegangen wird.

In → Abschnitt 4 wird auf der Grundlage der qualitativen Interviews eine **Typologie von Verhütungsmotiven** entworfen, die zu Verhütungsmustern gebündelt werden. In → Abschnitt 5 wird rekonstruiert, wie Frauen und Männer die **eigene Handlungs- und Gestaltungsmacht bezogen auf Verhütung** wahrnehmen, d.h. welche Vorstellungen darüber vorhanden sind, wer wie was handelnd oder entscheidend zu der Verhütung beiträgt (Konzept der *Agency*). In → Abschnitt 6 wird der Frage nachgegangen, wie Frauen und Männer es mit den Verhütungsrisiken halten und ob Männer mehr oder weniger oder ebenso wie Frauen **ungewollte reproduktive Ereignisse (Schwangerschaften) akzeptieren**. Zum Umgang mit den Risiken gehört auch

die Einstellungen der befragten Männer und Frauen in Bezug zu einer „100 Prozent“ sicheren Verhütung.

→ Abschnitt 7 enthält die Zusammenfassung der Ergebnisse zu elf Thesen und eine abschließende Diskussion.

### **Methodische Vorbemerkungen**

Für diese Sonderauswertung sind die Unterschiede in den Studiendesigns zu berücksichtigen, da sie die Vergleichbarkeit der Antworten einschränken. Dies betrifft die Altersgrenzen der Befragungsgruppen sowie die Anzahl und die Auswahl der Regionen.

Da die Altersgrenzen der beiden Stichproben unterschiedlich bestimmt wurden (25-54jährige Männer bzw. 20-44jährige Frauen), das Lebensalter und die damit verknüpfte Lebenssituation aber einen Einfluss auf das Verhütungsverhalten nimmt, werden die 50-54jährigen Männer aus der folgenden Betrachtung ausgeschlossen. Verglichen werden also 20-44jährige Frauen mit 25-50jährigen Männern. Dass dabei das Altersspektrum der Männer im Vergleich zu dem der Frauen um fünf Jahre nach oben verschoben ist, ist vertretbar, denn in der Regel sind die Partnerinnen zwei bis drei Jahre jünger als die Männer.

Bei dem Vergleich muss ferner berücksichtigt werden, dass die Anzahl und Auswahl der Erhebungsregionen in den beiden Studien nicht identisch sind. Während für die Studie „frauen leben“ die Städte Freiburg, Leipzig und Hamburg sowie das jeweilige Umland ausgewählt wurden, wurde die Studie „männer leben“ in Freiburg, Freiburg Umland, Leipzig und Gelsenkirchen durchgeführt.

Anmerkungen zur Auswertung der qualitativen Interviews sind am Anfang von Kapitel 4 nachzulesen (Fußnote).



## 2 Die aktuelle Verhütung

Zunächst wird dargestellt, wie viele Männer und Frauen aktuell nicht verhüten und was die Gründe dafür sind (→ Abschnitt 2.1). Im Anschluss daran werden die Angaben zu den aktuell angewendeten Verhütungsmitteln und -methoden der Männer und Frauen miteinander verglichen (→ Abschnitt 2.2) und untersucht, welche sozialstrukturellen Faktoren jeweils die Wahl der Verhütungsmethode beeinflussen (→ Abschnitt 2.3). Nach einem → Exkurs zu Sterilisationen wird in → Abschnitt 2.4 geprüft, ob die Aussagen der Männer zur Zuständigkeit für Verhütung und ihre konkrete Beteiligung an der Verhütung einander entsprechen.

### 2.1 Keine Verhütung - Häufigkeit und Gründe

Mit jeweils einem Fünftel ist der Anteil an Männern und Frauen, die zum Zeitpunkt der Befragung nicht verhüten, gleich groß. Die beiden „großen“ Gründe, nicht zu verhüten, sind „kein Geschlechtsverkehr“ und „Kinderwunsch“.

- 20% der nicht verhütenden Männer und 29% der nicht verhütenden Frauen begründen ihr Verhalten damit, dass sie „keine sexuellen Kontakte“ bzw. „keinen/selten Geschlechtsverkehr“ haben, dabei handelt es sich fast ausschließlich um Befragte ohne feste Partnerschaft. Die Differenz zwischen den Angaben der Frauen und der Männer entspricht Ergebnissen von Untersuchungen zum Sexualverhalten, in denen Männer mehr sexuelle Kontakte angeben als Frauen.
- Jede fünfte Frau, die zum Befragungszeitpunkt nicht verhütet, gibt an, dass sie schwanger werden möchte (16%) bzw. eine Schwangerschaft nicht schlimm wäre (4%).<sup>1</sup> Hierbei handelt es sich v.a. um verheiratete Frauen. Für weitere 10% der Frauen erübrigte sich die Verhütung, weil sie zum Befragungszeitpunkt schwanger waren.

Ob verhütet wird oder nicht, hängt von der Partnerschaftssituation ab, aber auch vom Alter und von der Kinderzahl der befragten Frauen und Männer. Die jeweils jüngsten Befragten – 20-24jährige Frauen resp. 25-29jährige Männer – weisen mit 10% resp. 12% den geringsten Anteil an aktueller Nicht-Verhütung auf. Offensichtlich ist die Familiengründung in dieser von beruflicher Qualifizierung und Etablierung geprägten Lebensphase für Frauen und Männer (noch) von nachrangiger Bedeutung. Bei den Frauen sind es v.a. die 25-34jährigen (24%), bei den Männern die über 34jährigen (22%), die auf Verhütung verzichten. Dies ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass dem Kinderwunsch in dieser Altersphase eine größere Bedeutung zukommt.

Ferner verzichten kinderlose Männer und Frauen (22% resp. 25%) und diejenigen mit nur einem Kind (23% resp. 25%) häufiger auf Verhütung als Männer und Frauen mit zwei und mehr Kindern (16% resp. 12%). Dabei sind es jeweils die kinderlosen Befragten, die ihr Verhalten vergleichsweise häufig mit „kein/seltener Geschlechtsverkehr“ begründen. Diejenigen, die mehr Kinder haben, sind zwar in einer festen Partnerschaft, haben aber möglicherweise keinen Kinderwunsch mehr.

---

<sup>1</sup> Da die Gründe für Nicht-Verhütung in der Männer-Erhebung nicht weiter differenziert wurden, bezieht sich dieses Ergebnis nur auf die Angaben der Frauen.

## 2.2 Aktuell verwendete Verhütungsmethoden

Bei der Darstellung der aktuell angewendeten Verhütungsmittel und -methoden werden nur diejenigen Befragten berücksichtigt, die zum Befragungszeitpunkt verhüten. Mittel und -methoden, die von weniger als 3% der Männer und/oder Frauen genutzt werden (z.B. Diaphragma, Zäpfchen/Schaum, Babycomputer, Dreimonatsspritze, Coitus Interruptus), werden nicht ausgewiesen, sondern in die bereits vorgegebene Kategorie „Sonstiges“ aufgenommen.

In der Rangfolge der beliebtesten (i.e. am häufigsten genutzten) Verhütungsmethoden unterscheiden sich Männer und Frauen kaum voneinander. Am häufigsten wird die Pille genutzt, gefolgt von dem Kondom und der Spirale (s. Tabelle 1). Die Häufigkeit, mit der Pille und Spirale als aktuelle Verhütung genannt wurden, unterscheidet sich ebenfalls kaum bei beiden Geschlechtern. Männer geben aber im Vergleich zu den Frauen deutlich häufiger Kondome an (38% vs. 21%) und Sterilisation des Mannes (9% vs. 3%), also *die* Methoden, durch die sie aktiv an der Verhütung beteiligt sind (vgl. Abschnitt 5.1). Ist dies damit erklärbar, dass Frauen häufig nicht darüber informiert sind, dass ihr Partner sterilisiert ist oder Kondome nutzt? Diese Erklärung ist nicht stichhaltig, da die häufigere Angabe der Kondome und der Sterilisation des Mannes auch dann gilt, wenn nur Männer in Partnerschaften berücksichtigt werden, wenn also vorausgesetzt werden kann, dass die Verhütung bekannt war. Die Differenz kann eher auf ein geschlechtsspezifisches Antwortverhalten zurückgeführt werden. Helfferich & Fichtner (2001, 20) stellten Untersuchungsergebnisse zusammen, nach denen Männer häufiger von Männern angewandte Verhütung wie z.B. Kondome angegeben als es der Einschätzung der Frauen entspricht; umgekehrt werden Verhütungsmittel, die Frauen anwenden, von Frauen häufiger genannt als von Männern. Letzteres trifft bei unserem Vergleich zwar nicht auf die Pille zu, aber die Sterilisation der Frau wird von Frauen häufiger (9%) genannt als von Männern (4%).

Dass Frauen in der Studie „frauen leben“ häufiger die Sterilisation der Frau als aktuelle Verhütung nannten verglichen mit Männern in der Studie „männer leben“, kann auch daran liegen, dass in der ersten Studie mehr auf dem Land lebende Frauen befragt wurden. Sie haben häufig vergleichsweise früh mit der Familienbildung begonnen und somit die Familienplanung auch früher abgeschlossen.

**Tabelle 1: Wie verhüten Frauen und Männer aktuell?\*** (in %)

<b>Verhütungsmittel / -methode</b>	<b>Männer</b> <i>n=1054</i>	<b>Frauen</b> <i>n=1154</i>
<b>Pille</b>	45,7	48,8
<b>Kondom</b>	37,5	21,1
<b>Spirale</b>	13,0	14,0
<b>natürliche Methoden</b>	2,1	8,1
<b>Sterilisation der Frau</b>	4,3	8,6
<b>Sterilisation des Mannes</b>	8,9	3,3
<b>Sonstiges</b>	5,9	5,0

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

\*Berechnet auf alle, die zum Befragungszeitpunkt verhüten

Mehrfachnennungen möglich

In der Kategorie „Sonstiges“ sind Verhütungsmethoden zusammengefasst, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern jeweils unter 3% liegen (Diaphragma, Salben/Zäpfchen, Dreimonatsspritze, Persona, Coitus interruptus)

Männer berichten mit 15% etwas häufiger, dass sie Kondome in Verbindung mit einer anderen Verhütungsmethode nutzen, als dies bei Frauen der Fall ist (8%). Bei den Männern handelt es sich zu 81%, bei den Frauen zu 39% um die Kombination Pille plus Kondom. Hier wird das Kondom sicherlich häufig zum Schutz vor Geschlechtskrankheiten und HIV eingesetzt, denn diese Kombination wird vor allem von Befragten angegeben, die keinen Partner bzw. keine Partnerin haben oder in unverbindlicheren Partnerschaftsformen („living apart together“) leben.

Frauen, die Kondome zusammen mit anderen Methoden verwenden, geben häufiger als Männer die Verbindung mit natürlichen Verhütungsmethoden an (46% gegenüber 6% bei den Männern). Dass die zusätzliche Nutzung von Kondomen hier eher der Erhöhung des Empfängnischutzes als der HIV-Prävention dient, wird dadurch unterstützt, dass die überwiegende Mehrheit dieser Frauen verheiratet ist (61%).

Entsprechend der unterschiedlichen Nennungshäufigkeit unterscheidet sich die weitere Rangfolge nach den drei „Spitzenreitern“ bei Frauen und Männern: Die eigene Sterilisation wird von den Männern als vierthäufigste Methode genannt (9%), gefolgt von der Sterilisation der Partnerin (5%) und der Anwendung von natürlichen Verhütungsmethoden (z.B. Zyklusbeobachtung, Temperaturmethode), die mit 2% jedoch kaum eine Rolle spielen. In der Rangfolge bei den Frauen kommt die eigene Sterilisation an vierter Stelle, dann folgen natürliche Verhütungsmethoden (8%) und schließlich – mit lediglich 3% – die Sterilisation des Partners.

### **2.3 Faktoren mit Einfluss auf die Wahl der Verhütungsmethode**

In diesem Abschnitt werden als wichtige Determinanten männlicher und weiblicher Kontrazeption die partnerschaftliche und familiäre Lebenssituation, das Alter und der Bildungsstand der Befragten vorgestellt.

#### **Partnerschaftliche und familiäre Lebenssituation**

Bei Männern wie Frauen wird die Wahl der Verhütungsmethode maßgeblich von der aktuell gelebten Partnerschaftsform (s. Tabelle 1 im Anhang sowie Abschnitt 4.2) und der familiären Situation bzw. der Zahl vorhandener Kinder beeinflusst (s. Tabelle 2 im Anhang):

Kondome spielen vor allem in *sexuellen Beziehungen außerhalb einer festen Partnerschaft* eine Rolle, wo sie nicht nur zur Empfängnisverhütung, sondern auch zum Schutz vor einer HIV-Infektion verwendet werden. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen, wenngleich in unterschiedlichem Ausmaß: 83% der Männer, die keine feste Partnerin haben, verhüten mit Kondomen, am zweithäufigsten wird die Pille angegeben (47%). Bei den Frauen ohne festen Partner ist die Reihenfolge umgekehrt: 52% nennen die Pille, 38% das Kondom. Dass partnerlose Frauen relativ häufig mit der Pille verhüten, ist möglicherweise damit zu erklären, dass sie erst seit kurzem ohne feste Partnerschaft leben und die Pille (noch) nicht abgesetzt haben oder sie wollen einen durchgehenden Schutz.

In *nichtehelichen, festen Partnerschaften* (mit oder ohne gemeinsamen Haushalt) verlassen sich Männer wie Frauen vor allem auf die Pille (jeweils mehr als 60%). Es folgt das Kondom, dass allerdings von Männern wieder deutlich häufiger genannt wird als von Frauen (über 40% vs. ca. 18%). Alle anderen Methoden haben nur eine marginale Bedeutung und liegen jeweils unter 10%. Die relativ hohe Pillenpräferenz in nichtehelichen Beziehungen wurde in der Stu-

die „frauen leben“ darauf zurückgeführt, dass diese Lebensformen (noch) nicht eindeutig auf eine Familiengründung abzielen und eine weitergehende Festlegung der Beziehung durch gemeinsame Kinder zunächst verhindert werden soll (Helfferich et al. 2001, 122).

*Bei verheirateten Männern und Frauen* ist die Pille zwar auch die am häufigsten verwendete Verhütungsmethode, mit 38% resp. 39% fällt der jeweilige Anteil jedoch deutlich niedriger aus als bei nicht verheirateten Befragten in Partnerschaften. Darüber hinaus verhüten Männer in ehelichen Lebensgemeinschaften deutlich seltener mit Kondomen als diejenigen, die nicht mit ihrer Partnerin verheiratet sind. Bei den Frauen zeigt sich dieser Zusammenhang allerdings nicht. Insgesamt gewinnen die Spirale und Sterilisationen in ehelichen Lebensgemeinschaften an Bedeutung. Knapp ein Fünftel der verheirateten Männer und Frauen gibt die Spirale an, jeweils ein weiteres Fünftel hat sich für die Sterilisation – die eigene oder die des/der Partners/in – entschieden. Letzteres ist sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass Verheiratete häufiger Kinder haben und die Familienplanung schon abgeschlossen ist. Allerdings fällt hier wieder auf, dass die verheirateten Frauen wesentlich häufiger die eigene Sterilisation berichten als die des Partners (13% zu 5%), umgekehrt die Männer häufiger die eigene als die ihrer Partnerin (14% zu 6%).

*Kinderlose Männer und Frauen* setzen v.a. auf Pille und Kondom. Je höher die *Kinderzahl*, umso seltener werden diese beiden Methoden verwendet. Dabei verläuft die Abnahme der Kondomnutzung bei den Männern wesentlich drastischer und von einem höheren Niveau als bei den Frauen. Umgekehrt steigt mit der Zahl der Kinder der Anteil an Befragten, die die Spirale verwenden oder – vor dem Hintergrund einer abgeschlossenen Familienplanung – eine Sterilisation berichten, sei es die eigene oder die der Partnerin bzw. des Partners.

## **Alter**

Mit welcher Methode verhütet wird, hängt auch vom Lebensalter der Befragten ab. Da sich mit dem Alter die Partnerschaftssituation verändert und verbindlicher wird und die Zahl der Kinder wächst, lassen sich die Einflüsse des Alters und der Partnerschafts- und Familiensituation nicht trennen.

Die Pille ist vor allem für jüngere, unter 30jährige Männer und Frauen das Verhütungsmittel schlechthin (s. Tabelle 3 im Anhang). Je älter die Befragten sind, umso seltener wird sie verwendet. Ferner verhüten die Männer mit zunehmendem Alter auch seltener mit Kondomen, v.a. die über 39jährigen. Dafür gewinnen andere Methoden an Bedeutung, v.a. die Spirale und Sterilisationen. So nimmt die Zahl derer, die mit der Spirale verhüten, bis zu den 30-34jährigen Frauen bzw. den 35-39jährigen Männern zu, um sich dann jeweils auf einem Niveau von zwischen 15%-17% einzupendeln. Ebenso steigt die Zahl der Sterilisationen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter, dabei kann es sich um die eigene oder die der Partnerin bzw. des Partners handeln (s.a. Exkurs Sterilisationen und Abschnitt 4.3).

## **Bildungsstand**

Der Einfluss der Bildung auf die Wahl der Verhütungsmethode zeigt sich bei Männern wie Frauen am deutlichsten bei der Nutzung von Kondomen und der Verbreitung von Sterilisationen. Bei den Frauen lässt sich ferner ein signifikanter Zusammenhang zwischen hormoneller Verhütung und Bildungsstand nachweisen (s. Tabelle 4 und 5 im Anhang).

Je höher der Bildungsstand, ob über den Schulabschluss oder die Kombination aus Schul- und Berufsausbildung gemessen, umso häufiger werden Kondome verwendet. Dies gilt für Männer und Frauen gleichermaßen, wenngleich die Anteile in der Darstellung der Männer wieder insgesamt höher ausfallen. Männer und Frauen mit Hauptschulabschluss berichten hingegen

häufiger von Sterilisationen (die eigene oder die des Partners) als Befragte mit höheren Schulabschlüssen (s.a. Exkurs Sterilisationen und Abschnitt 4.3). Dieser Bildungseinfluss zeigt sich v.a. in den westlichen Erhebungsregionen und hier insbesondere bezogen auf die Sterilisation der Frau. Zu berücksichtigen ist, dass sich hinter diesen Ergebnissen auch ein Kohorteneffekt verbergen kann. Da die jüngeren Befragten häufiger über hohe Bildungsabschlüsse verfügen als die älteren, haben sie die Familiengründung aufgrund der längeren Bildungsdauer häufiger aufgeschoben und die Familienplanung seltener abgeschlossen.

Vor allem für die westlichen Regionen gilt ferner: Frauen mit Hauptschulabschluss verwenden deutlich seltener die Pille als Realschulabgängerinnen und Befragte mit (Fach-)Hochschulreife (37% gegenüber jeweils etwa 50%). Im Hinblick auf den Bildungsstand, der auch den Ausbildungsabschluss berücksichtigt, sind es die Frauen mit der niedrigsten und mit der höchsten Bildung, die vergleichsweise selten hormonell verhüten. Während die Befragten mit niedriger Bildung dafür häufiger Sterilisationen berichten (s.o.), verhüten hochqualifizierte Frauen häufiger mit Kondomen, aber auch natürlichen Methoden. In diesem Zusammenhang wurde in der Studie „frauen leben“ herausgearbeitet, dass die Sensibilisierung für die Nebenwirkungen der Pille bzw. der Wechsel von der Pille zu „weichen“ Methoden v.a. ein Phänomen der hochqualifizierten Frauen in den Städten im Westen ist (vgl. Abschnitt 4.1). Bei den Männern ist der Einfluss der Bildung auf die hormonelle Verhütung weniger eindeutig und nicht signifikant.

## **Region**

Bei der Wahl der Verhütungsmethode zeigen sich regionale Unterschiede, die sich zum einen – insbesondere in Leipzig – aus den regionalen Traditionen und der Verfügbarkeit von Kontrazeptiva ergeben<sup>2</sup>, zum anderen aber auch mit der unterschiedlichen Sozialstruktur in den Erhebungsregionen, z.B. in Hinblick auf die privaten Lebensformen oder die Bildungsqualifikationen, zusammenhängen (vgl. Übersicht 3 im Anhang). Von Bedeutung sind Ost-West-Unterschiede, aber auch Differenzen zwischen den Erhebungsregionen im Westen. Ferner spielen Stadt-Land-Unterschiede eine Rolle.

In Leipzig verhüten jeweils mehr als die Hälfte der Männer und Frauen mit der Pille, in den (zusammengefasst betrachteten) westlichen Befragungsregionen fallen die Anteile für beide Geschlechter mit jeweils 43% deutlich niedriger aus. Dafür finden im Westen die Spirale und – bezogen auf die Frauenbefragung – auch natürliche Verhütungsmethoden häufiger Anwendung als in Leipzig (s. Tabelle 6 im Anhang). Und während die Sterilisation des Mannes in den Angaben der Männer und der Frauen in Leipzig kaum eine Rolle spielt (2% resp. 0,6%), sind in den alten Bundesländern immerhin 12% der befragten Männer resp. 6% der Partner sterilisiert. Die Sterilisation der Frau wird von den Frauen in Leipzig häufiger berichtet als von Frauen im Westen, allerdings wird die Signifikanz knapp verfehlt. Bei den befragten Männern lässt sich in Bezug auf die Sterilisation ihrer Partnerin hingegen kein nennenswerter Ost-West-Unterschied feststellen.

In Hinblick auf die Kondomnutzung zeigen sich weder bei den Männern noch bei den Frauen bedeutsame Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern. Werden die westlichen Erhebungsregionen jedoch getrennt voneinander betrachtet, treten einige Besonderheiten in Freiburg Stadt auf: Zum einen verhüten die Männer und Frauen hier jeweils häufiger mit Kondomen und seltener mit der Pille (s. Tabelle 7 im Anhang). Mit 36% fällt der Anteil für die hormonelle Verhütung bei den Männern sogar niedriger aus als der für Kondome (46%).

---

<sup>2</sup> In der DDR war die Pille das offiziell propagierte und am leichtesten zugängliche Verhütungsmittel, während den erhältlichen Kondomen eine schlechte Qualität nachgesagt wurde (s. „frauen leben“, Kapitel 5)

Zum anderen setzen die Frauen in Freiburg Stadt mit 14% relativ häufig natürliche Verhütungsmethoden ein. Sterilisationen, sei es die des Mannes oder die der Frau, spielen hingegen eine deutlich geringere Rolle als in den anderen westlichen Erhebungsregionen. Diese Methodenpräferenzen in der Universitätsstadt Freiburg sind sicherlich auch darauf zurückzuführen, dass die Befragten hier vergleichsweise häufig dem akademischen Milieu angehören. Zum einen stehen AkademikerInnen im Westen der hormonellen Verhütung aufgrund der Nebenwirkungen insgesamt skeptischer gegenüber, zum anderen steht eine Sterilisation bei ihnen häufig (noch) nicht zur Disposition, da sie erst später im Leben mit der Familienbildung begonnen haben (zum Einfluss der Bildung auf die Methodenpräferenz s.o.).

Insgesamt verhüten Städterinnen kaum anders als auf dem Land lebende Frauen. Bemerkenswert ist allein der in den alten wie neuen Bundesländern zu beobachtende höhere Anteil an sterilisierten Frauen in den ländlichen Erhebungsregionen. Bei den Männern fällt auf, dass die Befragten im Freiburger Umland deutlich seltener Kondome und häufiger die Spirale zur Verhütung einsetzen als Männer aus städtischen Regionen. Ferner geben sie – neben den Befragten aus Gelsenkirchen – vergleichsweise häufig an, dass sie selbst oder ihre Partnerin sterilisiert sind. Auch diese Ergebnisse stehen in Zusammenhang mit den regionalen Unterschieden hinsichtlich der Bildungsqualifikationen und der privaten Lebensformen (vgl. Übersicht 3 im Anhang), denn die Männer im Freiburger Umland und Gelsenkirchen sowie die auf dem Land lebenden Frauen gehören deutlich seltener der höchsten Bildungsgruppe an, sind häufiger verheiratet und haben Kinder, so dass die Familienplanung vermutlich häufiger bereits früher abgeschlossen ist als bei den Befragten in Freiburg Stadt, Leipzig oder – bezogen auf die Frauenstudie – bei den Frauen in Hamburg.

Die Herkunft aus einem anderen Kulturkreis hat – bezogen auf die Männerbefragung<sup>3</sup> – keinen Einfluss auf die Wahl der Verhütungsmethode. Auch ein Migrationshintergrund der Partnerin bzw. deren Eltern wirken sich nicht signifikant auf die Methodenpräferenz aus. Dieses Ergebnis ist vermutlich auf die in Bezug auf die regionale Herkunft sehr heterogene Zusammensetzung der Gruppe mit Migrationshintergrund zurückzuführen.

### **Exkurs: Sterilisationen**

Eher ältere Befragte, die schon einige Kinder haben, haben sich sterilisieren lassen. Bei 83% der sterilisierten Frauen und 92% der sterilisierten Männer wurde der Eingriff nach dem 30. Lebensjahr vorgenommen (bzw. bei 47% resp. 54% in einem Alter von über 34 Jahren). Jeweils etwa die Hälfte der Männer und Frauen, die die eigene Sterilisation berichten, haben zwei Kinder, etwa ein Viertel drei und mehr Kinder. Es gibt kaum kinderlose Befragte, die sich für diese Form der endgültigen Klärung der Verhütungsfrage entschieden haben, und wenn, dann sind vor allem in den alten Bundesländern zu finden. Diese spezielle Form der Verhütung kommt also vor allem dann in Betracht, wenn kein Kinderwunsch mehr besteht und die Familienplanung abgeschlossen ist (vgl. Abschnitt 4.3).

Da Frauen und Männer, die eine niedrige Bildung haben und/oder auf dem Land leben und/oder aus Leipzig kommen, früher Kinder bekamen und ihre Familienplanung eher abgeschlossen haben, sind in diesen Gruppen auch mehr Sterilisierte zu finden (s.o.).

---

<sup>3</sup> Migrationserfahrungen wurden in der Männerstudie mit der Frage erhoben, ob der Befragte oder seine Partnerin bzw. seine oder deren Eltern nach Deutschland zugewandert oder ausgesiedelt sind. In einer weiteren Frage wurde die Nationalität bzw. Herkunftsregion erhoben. Ein entsprechender Vergleich mit der Studie „frauen leben“ ist nicht möglich, da hier die deutsche Staatsangehörigkeit ein Auswahlkriterium für die Stichprobenziehung war.

Für 75% der sterilisierten Frauen und 93% der sterilisierten Männer ist die Familienplanung abgeschlossen, denn sie geben an, dass sie so viele Kinder haben, wie sie sich wünschen. Aber immerhin ein Viertel dieser Frauen und 7% der Männer hätte gern mehr Kinder als sie zum Befragungszeitpunkt haben. Das weist darauf hin, dass sich ihre Einstellung zu (weiteren) Kindern nach der Sterilisation noch einmal geändert hat.

### ***Der Einfluss der familiären Sozialisation***

Die Entscheidung zur Sterilisation steht in einem signifikanten Zusammenhang mit Faktoren der sexuellen Sozialisation in der Herkunftsfamilie: Je schwieriger das Klima in der Herkunftsfamilie war, desto eher sind zum Erhebungszeitpunkt die Befragten sterilisiert. Dies zeigt sich bei den Männern und Frauen gleichermaßen, auch wenn die entsprechenden Variablen aufgrund des unterschiedlichen Studiendesigns nicht unmittelbar miteinander verglichen werden können. Dabei muss jedoch berücksichtigt werden, dass dies nicht einer biografischen Logik entsprechen muss, sondern dem Alter geschuldet sein kann: Ältere sind häufiger sterilisiert und es sind jeweils die älteren Frauen und Männer, die häufiger über unzureichende Kommunikationsmöglichkeiten mit den Eltern berichten oder deren restriktives Verhalten und mangelnde Offenheit im Bereich Sexualität und Verhütung angeben. In Abschnitt 4.3 wird die Thematisierung von Sterilisation in den qualitativen Interviews aufgearbeitet – diese Ergebnisse sprechen eher für einen Alters- als für einen Sozialisationseffekt.

Häufiger für eine Sterilisation entschieden haben sich,

- Männer, die sich in ihrer Jugend nicht bzw. überhaupt nicht aufgeklärt gefühlt haben (Antwortkategorien 5 und 6 auf der 6-stufigen Antwortskala: 12%, verglichen mit 4% bei denjenigen, die mit der Aufklärung sehr zufrieden waren; vgl. Tabelle 8 im Anhang).
- Männer, die im Hinblick auf die Haltung ihrer Eltern zur Zeit der ersten sexuellen Erfahrungen die Antwortvorgabe „Lass dich nicht zu früh mit Mädchen ein und lass die ja kein Kind andrehen“ eindeutig bejahen können (10% vs. 5,8% bei denen, die dies verneinen)<sup>4</sup>.
- Männer, die während der Pubertät bzw. im Jugendalter mit ihrer Mutter und/oder ihren Vater über ihre Fragen zu Freundschaften und Sexualität nicht sprechen konnten, verglichen mit denen, die die Eltern als Ansprechpartner angeben<sup>5</sup>.
- Frauen, die die „sprachliche Nähe zur Mutter“ in Bezug auf die Bereiche Sexualität und Verhütung während der Pubertät eher negativ bewerten (10% verglichen mit 5% bei denjenigen, die in diesem Zusammenhang positiver urteilen<sup>6</sup>; vgl. Tabelle 9 im Anhang). Die „sprachliche Nähe zum Vater“ spielt diesbezüglich keine Rolle.
- Frauen, die sich von ihrer Mutter in Bezug auf ihre damaligen Kontakte zu Jungen ungleich behandelt fühlten bzw. stärker kontrolliert wurden, sind fast doppelt so häufig sterilisiert wie Befragte, für die dies nicht zutrifft (10% bei den Werten 1 und 2 vs. 6% bei den

---

<sup>4</sup> Bei der Frage nach der Haltung der Eltern konnte neben „ja“ und „nein“ auch mit „teils-teils“ oder „beide Eltern unterschiedlich“ geantwortet werden. Hier lag der Anteil an sterilisierten Männern bei 6% resp. 8,8%.

<sup>5</sup> Der jeweilige Unterschied macht jedoch nur 2-3 Prozentpunkte aus und ist nur in Bezug auf die Mutter signifikant.

<sup>6</sup> Der 5-stufige Indikator „sprachliche Nähe zur Mutter“ wurde aus drei Einzelvariablen gebildet. Zum einen handelt es sich um die Bewertung der beiden Aussagen „Mit meiner Mutter konnte ich über alles sprechen“ und „Meine Mutter kannte mich gut und wusste immer, was in mir bezogen auf Liebe und Sexualität vorgeht“ (jeweils 6-stufige Antwortskala). Zum anderen wurde berücksichtigt, ob die Mutter bezogen auf Probleme im Bereich Sexualität und Verhütung im Jugendalter als eine der wichtigen Ansprechpartner genannt wurde.

Werten 4 und 5)<sup>7</sup>. Das entsprechende Verhalten des Vaters hat keinen signifikanten Einfluss.

- Und ähnlich wie bei den Männern gilt: je unzureichender die Frauen von ihren Eltern an die Bereiche Verhütung und Sexualität herangeführt wurden, umso höher fällt der Anteil an Sterilisationen aus.

## 2.4 Verhütung – (k)eine gemeinsame Aufgabe?

Die Antwort auf die Frage fällt unterschiedlich aus, je nachdem ob mit „gemeinsamer Aufgabe“ gemeint ist, dass Mann und Frau sich beide für Verhütung zuständig fühlen und darüber sprechen, oder ob es darum geht, dass beide zu gleichen Teilen sich aktiv und praktisch handelnd an der Verhütung beteiligen.

Was die konkrete Anwendung von Verhütungsmitteln und -methoden angeht, so ist in den meisten Beziehungen primär die Frau aktiv. In festen Partnerschaften sind Männer – ihren eigenen Aussagen zu Folge – zu insgesamt 37% aktiv an der Verhütung beteiligt, entweder über die Kondomnutzung (29%) oder die eigene Sterilisation (8%). In den Angaben der Frauen liegt der entsprechende Anteil nur bei 23%, dabei nennen 19% der Befragten Kondome als Verhütungsmittel und 4% die Sterilisation ihres Partners.

Werden die Männer jedoch um eine Einschätzung zur Zuständigkeit für den Bereich Verhütung in festen Partnerschaften gebeten, vertreten 96% von ihnen die Meinung, dies sei gemeinsame Sache, und 4%, dies sei Sache der Frau. Bezogen auf Partnerschaften, die (noch) nicht so fest sind, vertreten immerhin noch 74% der Männer die Meinung, dass man „nur miteinander schlafen sollte, wenn man sich über die Verhütung verständigt hat“. Jeder vierte Befragte ist der Ansicht, der Mann sollte, „auch ohne groß darüber zu sprechen, die Verhütung selbst in die Hand nehmen“. Letzteres korrespondiert mit dem Ergebnis, dass die überwiegende Mehrheit der Männer, die keine feste Partnerin haben, mit Kondomen verhütet, aber sicherlich nicht nur zur Empfängnisverhütung, sondern auch zum Schutz vor HIV-Infektionen.

Dieses Spannungsverhältnis zwischen der geringen Verhütungsbeteiligung der Männer einerseits und der hohen Zustimmung zu Verhütung als gemeinsame Sache findet in dem qualitativen Material eine Erklärung: Männer beziehen die Frage nach der Zuständigkeit nicht nur auf die konkrete Handlungsübernahme, sondern auch auf gemeinsame Gespräche bzw. eine partnerschaftliche Entscheidung über die geeignetste Verhütungsmethode (vgl. Abschnitt 5).

Für die Befragten der Studie „frauen leben“ liegen keine entsprechenden Angaben zur Zuständigkeit für Verhütung vor. In Hinblick auf die Bewertung der Eigenschaften von Verhütungsmitteln einerseits und der konkreten Verhütungspraxis auf der anderen Seite wird aber deutlich, dass Frauen zwischen dem Anspruch, der Partner solle an der Verhütung beteiligt sein und die Methode solle keine Belastung durch chemische Stoffe mit sich bringen, und dem Wunsch nach einer sicheren, „bequemen“ und das sexuelle Erleben nicht beeinträchtigenden Methode abwägen und Kompromisse finden müssen. So halten es 50% der Frauen, die die

---

<sup>7</sup> Der zugrunde liegende 5-stufige Indikator, der über den Grad der Kontrolle und Verbote durch die Mutter Auskunft gibt, wurde aus zwei Einzelvariablen operationalisiert. Dabei ging es jeweils um eine Bewertung zu den Aussagen „Meine Mutter hat mich oft ungerecht wegen meiner Kontakte zu Jungen behandelt“ und „Meine Mutter hat mich bezogen auf den Umgang mit Jungen kontrolliert und mir viel verboten“ (jeweils 6-stufige Antwortskala).



Pille verwenden, dennoch für „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“, dass Verhütungsmittel frei von chemischen Stoffen sind. Dieses Eingehen von Kompromissen erklärt möglicherweise auch, dass 61% der Frauen in fester Partnerschaft die Verhütungsbeteiligung des Mannes zwar für „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“ halten, dennoch aber insgesamt nur 19% ihrer Partner Kondome verwenden und nur 4% sterilisiert sind.

### 3 Verhütungsverhalten im Lebenslauf

Im Folgenden wird gezeigt, welche Verhütungsmethoden die Männer und Frauen im Laufe der Verhütungsbiografie schon einmal verwendet haben, unabhängig davon, ob sie über einen längeren Zeitraum oder nur kurzfristig bzw. einmalig genutzt wurden (→ Abschnitt 3.1 und 3.2). Welche Faktoren beeinflussen die Erfahrungen und wovon hängt es ab, ob die Befragten viele oder wenige Methoden kennen gelernt haben? Ferner wird beschrieben, in welchen Lebensphasen bzw. Partnerschaftssituationen und unter welchen soziostrukturellen wie individualbiografischen Bedingungen Verhütungsrisiken eingegangen wurden (→ Abschnitt 3.3).

#### 3.1 Erfahrungen mit unterschiedlichen Verhütungsmethoden

In die Analyse der Methodenerfahrungen werden nur die Befragten einbezogen, die mindestens einmal im Leben verhütet haben. Befragte, die nie verhütet haben bzw. nie Geschlechtsverkehr hatten sowie diejenigen, die die Angaben zu diesem Bereich verweigert haben, bleiben unberücksichtigt.

In Hinblick auf die Rangfolge, welches die am häufigsten schon jemals genutzten Verhütungsmethoden sind, unterscheiden sich Männer und Frauen kaum. Tabelle 2 spiegelt die überragende Bedeutung der Pille als Verhütungsmethode wider. Lediglich 6% der Männer bzw. 5% der Frauen haben sie bislang noch nicht kennen gelernt. Ebenso hat die Mehrheit der Befragten schon einmal mit Kondomen verhütet, die Männer mit 87% jedoch deutlich häufiger als die Frauen (66%). An dritter Stelle der Methodenerfahrungen folgt bei beiden Geschlechtern die Spirale, die von jedem dritten Mann und jeder vierten Frau genannt wird. Natürliche Verhütungsmethoden (z.B. Zeitwahl- und Temperaturmethode) wurden mit jeweils 23% und Verhütungszäpfchen bzw. -salben mit 15% resp. 13% ähnlich häufig von Männern und Frauen ausprobiert. Die Verhütung über den unterbrochenen Geschlechtsverkehr wird hingegen etwas häufiger von Männern als von Frauen erwähnt (25% gegenüber 15% bei den Frauen). Der Anteil derjenigen, die Erfahrungen mit dem Diaphragma gesammelt haben oder sich für eine Sterilisation entschieden haben, liegt bei beiden Geschlechtern jeweils deutlich unter 10%.

**Tabelle 2: Methodenerfahrungen der jemals verhütenden Männer und Frauen (in %)**

<b>Verhütungsmittel / -methode</b>	<b>Männer</b> <i>n=1310</i>	<b>Frauen</b> <i>n=1426</i>
<b>Pille</b>	93,9	95,0
<b>Kondom</b>	87,3	66,2
<b>Spirale</b>	32,5	23,6
<b>Coitus Interruptus</b>	24,6	15,3
<b>natürliche Methoden</b>	22,7	22,9
<b>Salben, Zäpfchen</b>	14,5	12,9
<b>Diaphragma</b>	8,2	4,8
<b>Sterilisation der Frau</b>	7,3	6,9
<b>Sterilisation des Mannes</b>	7,2	3,3

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen  
Mehrfachnennungen möglich

Verhütungsmethoden, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern unter 5% liegt, werden nicht dargestellt

## **Der Einfluss von Alter und Bildung auf die Methodenerfahrungen**

Grundsätzlich ist plausibel, dass ältere Befragte aufgrund der längeren Verhütungsbiografie mehr Erfahrung mit den einzelnen Verhütungsmethoden haben als jüngere. Dies trifft jedoch nur für bestimmte Methoden zu. So sind Erfahrungen mit der Pille, die bevorzugt von jüngeren Befragten bzw. zu Beginn der Verhütungsbiografie genutzt wird (vgl. „frauen leben“), weder bei den Männern noch bei den Frauen vom Alter abhängig (s. Tabelle 8 im Anhang). Der Anteil derjenigen, die sich irgendwann in ihrem Leben auf die hormonelle Verhütung verlassen haben, liegt in allen Altersgruppen deutlich über 90%. Anders verhält es sich mit Kondomenerfahrungen. Die älteren, über 39jährigen Männer resp. über 35jährigen Frauen haben deutlich seltener Kondome ausprobiert als die jeweils jüngeren Befragten, was mit einer größeren Normalität der Kondomnutzung seit den HIV-Präventionskampagnen zu Beginn der 80er Jahre zusammenhängen kann (vgl. dazu „Das Motiv des Normalen“ in Abschnitt 4.1). Umgekehrt nehmen Erfahrungen mit der Spirale und die Angabe von Sterilisationen bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu. Diese beiden Methoden kommen üblicherweise erst in Betracht, wenn kein Kinderwunsch mehr besteht und die Familienplanung abgeschlossen ist.

Um den Einfluss der Bildung auf die Methodenerfahrungen möglichst altersunabhängig einschätzen zu können, werden in die folgende Betrachtung nur die über 29jährigen Männer und Frauen einbezogen, deren Verhütungsbiografie bereits einige Zeit andauert. Insgesamt weisen die gefundenen Bildungsunterschiede bei Männern und Frauen in die gleiche Richtung, auch wenn im Hinblick auf einzelne Methoden beträchtliche Niveauunterschiede bestehen (s. Tabelle 9 im Anhang). In Bezug auf Kondomenerfahrungen und die Entscheidung für eine Sterilisation findet sich der bereits für die aktuell angewendete Verhütungsmethode beschriebene Bildungseffekt (vgl. Abschnitt 2.3). Im Einzelnen gilt für beide Geschlechter:

- Unabhängig vom Bildungsstand haben nahezu alle Befragten Erfahrungen mit der hormonellen Verhütung gesammelt.
- Kondomenerfahrungen stehen in einem positiven Zusammenhang mit der Bildung: Je höher der Bildungsstand, umso häufiger haben die Befragten Erfahrungen mit dem Kondom gemacht. Bei den Frauen steigt der entsprechende Anteil etwas drastischer an als bei den Männern.
- Sterilisationen werden am häufigsten von Angehörigen der niedrigsten Bildungsgruppe berichtet, unabhängig davon, ob es sich um die Sterilisation der Frau oder die des Mannes handelt.
- Befragte aus den beiden höheren Bildungsgruppen und insbesondere die mit der höchsten Bildungsqualifikation haben häufiger natürliche Verhütungsmethoden und das Diaphragma ausprobiert.

## **Regionale Unterschiede**

Es gibt auch regionale, für beide Geschlechter weitgehend in die gleiche Richtung weisende Unterschiede bei der Frage, welche Methoden bislang schon einmal ausprobiert oder auch länger verwendet wurden. Diese ergeben sich (s. Abschnitt 2.3) zum einen aus den spezifischen regionalen Traditionen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, zum anderen aus

der jeweiligen soziostrukturellen Zusammensetzung der Stichprobe (vgl. Übersicht 3 im Anhang).

Von Bedeutung sind zum einen wieder Ost-West-Unterschiede (s. Tabelle 10 im Anhang):

- Erfahrungen mit der Spirale, dem Diaphragma sowie mit Verhütungszäpfchen bzw. Salben werden von den Männern und Frauen in den westlichen Erhebungsregionen jeweils häufiger berichtet als von den Befragten in Leipzig. Gleiches gilt für die Sterilisation des Mannes, die im Osten kaum eine Rolle spielt.
- Frauen in den westlichen Regionen haben häufiger Erfahrungen mit Kondomen und natürlichen Verhütungsmethoden gesammelt als Frauen in Leipzig. Bei den Männern lassen sich diese Ost-West-Unterschiede allerdings nicht zeigen.
- Die befragten Frauen in Leipzig hatten sich etwas häufiger zur Sterilisation entschieden als die Frauen in den alten Bundesländern. In der Männererhebung geben aber im Widerspruch dazu die Männer in den alten Bundesländern etwas häufiger die Sterilisation der Frau an. Allerdings sind diese Ost-West-Unterschiede nicht signifikant.

Darüber hinaus bestehen Unterschiede zwischen den Erhebungsregionen in den alten Bundesländern (s. Tabelle 11 im Anhang). So werden Erfahrungen mit Kondomen und natürlichen Verhütungsmethoden häufiger von Männern und Frauen in Freiburg Stadt und – bezogen auf Kondome – von den Frauen in Hamburg angegeben als von den Befragten in den anderen westlichen Erhebungsregionen. Ferner haben – wenn überhaupt – vor allem die Befragten in Freiburg Stadt sowie die Frauen in Hamburg Stadt schon einmal das Diaphragma ausprobiert. Diese Ergebnisse stehen sicherlich auch in Zusammenhang mit dem relativ hohen Anteil an Akademikern, die in der Universitätsstadt Freiburg resp. in Hamburg leben (vgl. hierzu das „junge Muster“ im Abschnitt 4.2).

Im Freiburger Umland und in Gelsenkirchen geben die Männer hingegen häufiger Sterilisationen an als in Freiburg Stadt, sei es die eigene oder die der Partnerin. In der Frauenbefragung sind es ebenfalls die Befragten im Freiburger Umland, die vergleichsweise häufig von Sterilisationen berichten.

### **Exkurs: Die „Notfallverhütung“ mit der „Pille danach“**

Insgesamt haben jeweils etwa 8% der Männer (n=107) und Frauen (n=119) Erfahrungen mit der Pille danach angegeben<sup>8</sup>. Sie wurde von Befragte mit (Fach-)Hochschulreife deutlich häufiger schon einmal verwendet als von Männern und Frauen mit Haupt- oder Realschulabschluss (vgl. Tabelle 12 im Anhang). Möglicherweise lässt sich dieses Ergebnis damit erklären, dass Befragte mit höherer Bildung besser über diese verschreibungspflichtige Methode informiert sind und über leichtere Zugangsmöglichkeiten verfügen.

Aufgrund dieses Bildungseinflusses, überrascht es nicht, dass der Anteil an Frauen und Männern mit „Pille danach“-Erfahrung in der Universitätsstadt Freiburg mit jeweils etwa 19% am höchsten ausfällt. Es folgen die Frauen in Hamburg mit 17% und in Freiburg Land mit 11%. In allen anderen Regionen liegt der Anteil bei Männern und Frauen jeweils zwischen 1% und 7% (s. Tabelle 13 im Anhang). In der Stadt Leipzig geben die befragten Männer mit 7% etwas häufiger die Pille danach an als die Frauen (3%). Möglicherweise lässt sich dieses Ergebnis darüber erklären, dass die Frauenerhebung zeitlich näher an der Wende lag als die Studie

---

<sup>8</sup> Männer und Frauen, die nie Geschlechtsverkehr hatten, bleiben unberücksichtigt.

„männer leben“, denn die Pille danach war in der DDR kaum verbreitet und schwer zugänglich.

Frauen und Männer mit „Pille danach“-Erfahrung sind mit 61% resp. 47% häufiger ledig als Befragte, die diese Methode bislang nicht kennen lernten (33% resp. 31%). Ebenso sind sie häufiger kinderlos (Frauen: 50% vs. 35%, Männer: 42% vs. 35%). In diesem Zusammenhang hat sich in der Befragung der Frauen auch gezeigt, dass die „Pille danach“ vor allem im jungen Erwachsenenalter eine Rolle spielt, *vor* der (eventuellen) Einmündung in die Familienphase<sup>9</sup>.

Ferner berichten Frauen und Männer, die jemals die Pille danach verwendet haben, häufiger Schwangerschaftsabbrüche als Befragte, die diese Methode noch nicht in Anspruch genommen haben (Frauen: 34% vs. 14%, Männer: 30% vs. 7%).

### 3.2 Anzahl der jemals genutzten Verhütungsmittel und -methoden

Die Gesamtzahl an unterschiedlichen Verhütungsmethoden, die im Lebenslauf schon einmal probiert wurden, gibt einen Hinweis darauf, inwieweit der Bereich Verhütung flexibel gestaltet wird oder eher durch Kontinuität geprägt ist. Wir gehen hier auch der Frage nach, wovon es abhängt, dass die Befragten viele oder wenige Methoden ausprobiert haben.

*Männer* haben im Verlauf ihrer Verhütungsbiografie im Durchschnitt etwas mehr Methoden kennen gelernt als *Frauen* (3,1 vs. 2,6). So hat jeder dritte Mann, aber nur jede fünfte Frau vier und mehr Verhütungsmethoden angegeben. Der Anteil an Befragten, die bislang nur Erfahrungen mit einer Methode gemacht haben, ist umgekehrt bei den Frauen deutlich höher als bei den Männern (17% vs. 8%). 91% dieser Frauen haben bislang nur mit der Pille verhütet, 6% mit dem Kondom. Männer, die nur eine Methode angeben, beziehen sich zu 60% auf die Pille, zu 27% auf die ausschließliche Nutzung von Kondomen.

Erwartungsgemäß hängt die durchschnittliche Zahl der jemals genutzten Verhütungsmethoden vom *Lebensalter bzw. der Dauer der Verhütungsbiografie* der befragten Männer und Frauen ab. Sie steigt bis zur jeweils ältesten Altersgruppe kontinuierlich an, um dann allerdings wieder leicht abzufallen. Die 45-49jährigen Männer resp. 40-44jährigen Frauen weisen somit – zumindest was den Wechsel von Methoden angeht – eine etwas höhere Verhütungskontinuität auf (s. Tabelle 14 im Anhang).

Die befragten Frauen und Männer in den westlichen Erhebungsregionen haben mehr Erfahrung mit verschiedenen Methoden als diejenigen in Leipzig. Dieser *Ost-West-Unterschied* gilt für die Frauen in einem noch deutlicheren Maß als für die Männer, allerdings auf einem insgesamt niedrigeren Niveau (s. Tabelle 15 im Anhang). Während im Westen z.B. jede vierte Frau und mehr als jeder dritte Mann vier und mehr Methoden kennen gelernt haben, liegen die entsprechenden Anteile in Leipzig bei nur 13% resp. 28%. Eine mögliche Erklärung für diese Diskrepanz liegt darin, dass die Pille in der DDR das offiziell propagierte und am leichtesten zugängliche Verhütungsmittel war, die von den Frauen dort auch über viele Jahre hinweg ohne Pillenpause genommen wurde (für die weitere regionale Differenzierung s. Tabelle 16 im Anhang).

Je höher der *Bildungsstand* der Befragten, umso mehr Methoden haben sie im Laufe ihrer Verhütungsbiografie kennen gelernt (s. Tabelle 17 im Anhang). Dies gilt vor allem für die

---

<sup>9</sup> Für die Männer liegen aufgrund des Studiendesigns keine entsprechenden Altersangaben vor.

Frauen und insbesondere für diejenigen in den westlichen Erhebungsregionen. Hier steigt die durchschnittliche Zahl an genutzten Methoden von 2,4 in der niedrigsten Bildungsgruppe auf 3,4 in der höchsten. Bei den Männern wird das Signifikanzniveau – bezogen auf die Gesamtstichprobe – knapp verfehlt. Die Differenzierung nach Ost-West zeigt ebenfalls keine eindeutigen Zusammenhänge.

Männer haben nicht nur ein größeres Methodenspektrum kennen gelernt als die Frauen, sie sind auch im Lauf ihrer Partnerschaftsbiografie mehr feste Partnerschaften (im Durchschnitt 2,6) eingegangen als Frauen (im Durchschnitt 2,1). Die Differenz zwischen Frauen und Männern kann auch dadurch erklärt werden, dass Männer häufiger in der Situation, sich auf die (evtl. schon länger verwendete) Verhütungsmethode der neuen Partnerin einzulassen bzw. die Verhütungsfrage neu zu entscheiden (vgl. auch Abschnitt 4.2).

Der Zusammenhang zwischen der Zahl der bislang erlebten festen Partnerschaften und der Zahl der ausprobierten Verhütungsmethoden gilt aber für Männer wie für Frauen (s. Tabelle 18 im Anhang). Bei den Männern steigt die durchschnittliche Zahl der verwendeten Verhütungsmethoden kontinuierlich von 1,8 Methoden bei Befragten, die bislang keine feste Partnerschaft hatten, auf 3,8 bei denen, die vier und mehr Partnerschaften berichten. Bei den Frauen erhöht sich der entsprechende Wert von 2,2 Methoden auf 3,1. Erklärt werden kann dieses Ergebnis damit, dass die Verhütungsfrage beim Eingehen einer neuen Partnerschaft häufig neu verhandelt und entschieden wird (vgl. Abschnitte 4.2 und 5.4). Möglich ist auch, dass beides, die Bereitschaft, sich von einem Partner oder einer Partnerin zu trennen und eine neue Partnerschaft einzugehen, und die Bereitschaft, die Verhütungsmethode zu wechseln, Teil einer übergreifenden Orientierung ist, bei der es darum geht, Neues auszuprobieren und stets das Beste zu suchen. Das legt die qualitative Auswertung der Studie „frauen leben“ nahe, die die Orientierungsmuster der „kontinuierlichen Pillennutzerinnen“ und der „Vielwechslерinnen“ miteinander kontrastierte (Helfferich et al. 2001, 157ff).

Das Geschlecht, das Alter, die Bildung und die Regionenherkunft haben jedenfalls einen Einfluss sowohl auf das Repertoire an schon einmal verwendeten Verhütungsmitteln und ebenso auf die Zahl der Partnerwechsel: Beides wächst mit zunehmendem Alter und mit der Bildung. Männer berichten mehr feste Partnerschaften als die Frauen und haben mehr Methoden kennen gelernt. Insbesondere die Männer und Frauen in der Universitätsstadt Freiburg sowie die Frauen in Hamburg hatten im Durchschnitt mehr Partnerschaften als Befragte in den anderen Erhebungsregionen und sie kennen am meisten Verhütungsmethoden.

Hält man die Zahl der festen Partnerschaften konstant, dann berichten Männer immer noch über ein größeres Spektrum an Methoden, die sie jemals kennen gelernt haben, als die Frauen. Wir erklären dies damit, dass die Frauen nach einem Partnerwechsel häufiger bei der Verhütungsmethode bleiben, die sie bis dahin angewendet haben, und sich die Männer in dieser Situation häufiger – ohne Neuverhandlung der Verhütungsfrage – auf die verwendete Methode der neuen Partnerin einlassen.

### **3.3 Verhütungsrisiken**

Die meisten Männer – 76% - sind in ihrem Leben schon einmal Verhütungsrisiken eingegangen (vgl. das Glaubens- und Vertrauensmotiv, Abschnitt 4.1), und zwar am häufigsten „als Jugendlіcher/junger Mann“ (63%). Jeweils etwa ein gutes Drittel hat aber auch in „Lebensphasen mit spontanen, kurzen sexuellen Kontakten“ und „während fester Partnerschaften“ den Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft riskiert.

Verhütungsrisiken, die in jugendlichem Alter oder in Phasen mit kurzen sexuellen Kontakten eingegangen wurden, hängen nicht mit dem Alter, der Bildung oder der Regionenherkunft der Befragten zusammen. Aber innerhalb fester Partnerschaften haben die älteren, 45-49jährigen Befragten mit 28% deutlich seltener eine ungewollte Schwangerschaft riskiert als die jüngeren (zwischen 34% und 40% in den einzelnen Altersgruppen). Ferner berichten die Männer mit der höchsten Bildung mit knapp 40% etwas häufiger, dass sie in dieser Lebenssituation schon einmal Verhütungsrisiken eingegangen sind, in den niedrigeren Bildungsgruppen lag der jeweilige Anteil nur zwischen 30% und 35%. Insbesondere die Befragten in Freiburg Stadt riskierten während fester Partnerschaften den Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft (46% gegenüber 30%-36% in den anderen Erhebungsregionen). Dieser Bildungseffekt ist möglicherweise auf die höhere Bereitschaft der Hochqualifizierten zurückzuführen, diese früheren biografischen Erfahrungen zum Thema zu machen.

### **Der Einfluss der familiären Sozialisation**

Unabhängig von der jeweiligen Lebensphase haben die familiäre Sozialisation und insbesondere die Beziehung zum Vater einen maßgeblichen Einfluss auf das Eingehen von Verhütungsrisiken. Im Einzelnen zeigen sich folgende Zusammenhänge:

- Je schlechter das Familienklima<sup>10</sup> in der Herkunftsfamilie beurteilt wird, umso häufiger wird von Verhütungsrisiken berichtet, und zwar unabhängig davon, ob es sich um das Eingehen von Risiken im Jugendalter, in Phasen mit kurzen, spontanen Sexualekontakten oder während fester Partnerschaften handelt. Entsprechend geben diejenigen, die ein sehr gutes Familienklima berichten, mit 39% (gegenüber 17-23% bei den übrigen Befragten) mit Abstand am häufigsten an, dass sie noch nie ein Risiko eingegangen sind (vgl. Tabelle 19 im Anhang).
- Männer, die sich bezogen auf die Zeit, als es um die ersten Verabredungen mit Mädchen oder die ersten sexuellen Erfahrungen ging, von ihren Eltern ernst genommen gefühlt haben, sind – v.a. bezogen auf die Zeit als Jugendlicher – deutlich seltener Verhütungsrisiken eingegangen als Befragte, für die das nicht bzw. nur eingeschränkt zutrifft. Während 31% derjenigen, die sich ernst genommen gefühlt haben, nie Risiken eingegangen sind, liegt der entsprechende Anteil bei denjenigen, für die dies nicht oder nur eingeschränkt galt, nur zwischen 16% und 20%.
- Wenn der Vater bezogen auf die Jugendzeit als Gesprächspartner „für Fragen zu Freundschaften und Sexualität“ angegeben wird, wurden in allen drei Lebensphasen seltener Verhütungsrisiken eingegangen als wenn dies nicht der Fall war. 31% derjenigen, die den Vater nennen, aber nur 22%, die ihn nicht angaben, berichten, dass sie nie Verhütungsrisiken eingegangen sind. Die Angabe der Mutter als Gesprächspartnerin für diese Themen spielt indes keine Rolle.
- Wird die Frage danach, ob der Vater während der Kindheit Zeit für den Befragten hatte oder er ein „Vater-Vorbild“ war, eindeutig bejaht, werden – wieder bezogen auf alle drei Lebensphasen – ebenfalls seltener Verhütungsrisiken angegeben, als wenn dies nicht der Fall ist. Entsprechend geben diese Befragten jeweils häufiger an, dass sie noch nie den Eintritt einer ungewollten Schwangerschaft riskiert haben.

---

<sup>10</sup> Die Indexvariable „Familienklima“ wurde aus den drei Variablen „Verhältnis zur Mutter in der Jugend“, „Verhältnis zum Vater in der Jugend“ und „Verhältnis der Eltern untereinander“ gebildet. Für die Bewertung war jeweils eine 6-stufige-Antwortskala vorgegeben, wobei 1=sehr gut und 6=sehr schlecht bedeutet.

Gute, innerfamiliäre Beziehungen und die Offenheit der Eltern gegenüber den Themen Sexualität und Verhütung haben offensichtlich eine Vorbildfunktion für die Ausgestaltung der Geschlechterbeziehungen und die Verantwortungsübernahme im Bereich Verhütung. Allerdings muss auch hier (s. Exkurs Sterilisationen) die Altersabhängigkeit der verwendeten Sozialisations-Indikatoren berücksichtigt werden. Es sind wieder die älteren Befragten, die häufiger von belasteten Eltern- bzw. Eltern-Kindbeziehungen und einer unzureichenden Kommunikationskultur im Elternhaus berichten.



## 4 Eine Typologie von Verhütungsmotiven und -mustern

Für Männer können aus dem qualitativen Interviewmaterial, das in der Studie „männer leben“ erhoben wurde, und für Frauen aus den im Kontext der Studie „frauen leben“ durchgeführten Interviews typische Motive für Verhütung heraus gearbeitet<sup>11</sup> und miteinander verglichen werden. „Motiv“ ist dabei nicht im psychologischen Sinn als Handlungsmotiv und „um zu“-Vorstellung gemeint, sondern als wiederholt auftauchende Bilder oder Argumentationsstrukturen. Dies entspricht eher der Verwendung des Begriffs „Motiv“ im semantischen oder fotografischen Sinn als Bildmotiv. „Typisch“ heißt genauer „idealtypisch“ und das wiederum bedeutet, dass zusammengehörige und einander ergänzende Zitate zu einem Bild zusammengefasst werden. Dies ist ein Schritt der Abstraktion, bei dem die Besonderheiten akzentuiert und Nebenaspekte zurückgestellt werden. Diese idealtypischen Bilder müssen damit als solche keine Entsprechung in der Realität mehr haben, sie dienen vor allem als eine analytische Erkenntnishilfe, der Typisierung.

Bei der Auswertung des qualitativen Materials für die Männer sind insgesamt 72 Interviews für eine intensive rekonstruktive Analyse herangezogen worden, die restlichen 30 Interviews dienten als materiale Vergleichsbasis. Aus der Studie „frauen leben“ wurden 97 Interviews einbezogen. Aus den herangezogenen Interviews wurden alle Passagen, in denen Verhütung angesprochen wurde, interviewgeschichtet gesammelt (Fundus) und anhand einer integrativen textthermeneutischen Analyseverfahren ausgewertet.

### 4.1 Zusammenfassung idealtypischer Verhütungsmotive

Die aus dem qualitativen Interviewmaterial für Männer und für Frauen rekonstruierten Motive von Verhütung werden im Folgenden zusammengefasst und mit Interviewmaterial sprachlich veranschaulicht.<sup>12</sup> Um einen direkten Vergleich der Motive zwischen Männern und Frauen zu ermöglichen, ist die Motivsammlung zweispaltig verfasst: In der linken Spalte sind die Motive der befragten Männer aufgeführt, und in der rechten Spalte im Vergleich dazu jeweils die Motive bei den Frauen. In Abschnitt 4.2 wird versucht, die gesammelten Motive einem Verhütungsmuster nach Beziehungsstatus und Kohorte zuzuordnen.

#### a) *Das Abgrenzungsmotiv und das Sicherheitsmotiv*

Männer	Frauen
Zwei miteinander zusammenhängende Motive, das wir bei den interviewten Männern heraus arbeiten konnten, nannten wir <i>Ab-</i>	<i>Das Motiv „Sicherheit“</i> spielt für Frauen eine große Rolle. Die Sicherheit ist ein Motiv, wenn der Pille, der Spirale oder der

<sup>11</sup> Das Textmaterial wurde jeweils mit einer integrativen textthermeneutischen Analyseverfahren ausgewertet, bei der in dem für rekonstruktive Sozialforschung üblichen bottom-up-Verfahren textbasierte Kategorien gebildet wurden, welche die zentralen Motive und subjektiven Deutungsmuster der Befragten auf der phänomenologischen, sprachlich-kommunikativen Ebene erfassen und darstellen können.

<sup>12</sup> Die Interviews wurden für die rekonstruktiven Analysen angelehnt an das Basistranskriptionssystem nach GAT (vgl. Deppermann 2001, 41ff., 119) verschriftet. Für die einfachere Lesbarkeit wurden jedoch die hier zitierten Passagen ins Schriftdeutsch übertragen. Die Interviewkennung jeweils am Ende der Passagen ist eine interne Kennzeichnung.

**grenzungsmotiv** und **Sicherheitsmotiv**. Das Abgrenzungsmotiv zielt mehr auf ein spezifisches Verhältnis zu Frauen insgesamt umfasst, das vor allem durch die Aspekte von Fremdheit und Distanziertheit gekennzeichnet wird. Es hängt insofern mit dem Sicherheitsmotiv zusammen, als ein sicherer Schutz vor einer Schwangerschaft auch ein Schutz vor Frauen mit ihren Bindungswünschen oder ihrem HIV-Ansteckungspotenzial ist. Sicherheit kann aber auch als Motiv für sich ohne diesen Abgrenzungsaspekt stehen.

Im Rahmen des Abgrenzungsmotivs verhüten die Männer mit Kondom. Dies kann mit unterschiedlichen Intentionen verbunden sein, z. B. die Intention aus „Sicherheitsgründen“ (2-DS-04, 10) auf „Nummer sicher zu gehen“ (1-SW-04, 17): „*ich hatte von Anfang an immer, wenn ich raus gegangen bin, immer Kondome mitgebracht. Dass mir also da nichts widerfährt.*“ (2-OZ-04, 7) Dieses Sicherheitsmotiv bezieht sich sowohl auf die HIV-Prävention als auch auf die Schwangerschaftsverhütung. Hinter dem zweiten Aspekt verbirgt sich vor allem die Furcht vor einer zu frühen Festlegung und Bindung an eine Frau aufgrund eines gemeinsamen Kindes.

Das Sicherheitsmotiv äußert sich dann auch gerade bei den Männern, die diesbezüglich ‚schlechte Erfahrungen‘ gesammelt haben und somit ‚gebrannte Kinder‘ sind: „*also auch bei allen anderen Beziehungen, die ich dann bis jetzt, bis zu meiner Ehe hatte, war immer vor dem erschten Geschlechtsverkehr mit ner Frau immer Thema Verhütung, weil für mich immer die ungewollte Schwangerschaft oder die Vaterschaft für mich immer ein Thema war*“ (3-AA-05, 7). Bei diesem Mann war es in seiner ersten sexuellen Beziehung, bei der er sich nicht um das Thema Verhütung verantwortlich gefühlt hatte, zu einer ungewollten Schwangerschaft gekommen und aus dieser Erfahrung heraus verhütete er zu Beginn einer Beziehung jeweils mit Kondomen.

Sterilisation der Vorzug vor dem Kondom gegeben wird: „*Da hatte ich einfach das Gefühl, das ist das Sicherste*“). Dieses Motiv bedeutet primär, dass Frauen für sich selbst sorgen, da sie es sind, die schwanger werden (s. Abschnitt 5 zur aktiven Agency) und steht im Zusammenhang mit Autonomie. „*Da kann nix passieren*“ und „*ich bin geschützt*“ sind häufig verwendete Topoi.

Damit ist vor allem die Möglichkeit, schwanger zu werden, angesprochen. „*Ich wusste, dadurch kriege ich schon mal kein Kind*“ (11082., Kehrseite der Sicherheit ist die Angst („Horror“, „Panik“) vor dem Eintreten einer ungewollten Schwangerschaft in einer Lebenssituation oder in einer Partnerschaft mit einem Mann, in der eine Schwangerschaft bzw. ein Kind gravierende Konsequenzen hätte. Befürchtet wird „Chaos“, negative Auswirkungen in der Ausbildung und beruflichen Entwicklung („*sie machen sich das ganze Leben kaputt, wenn du jetzt in der Lehre bist und es kommt ein Kind*“: 17033) oder im privaten Bereich mit der Vorstellung, dann mit dem Kind allein dazustehen. Sichere Verhütung ist aus pragmatischen Gründen Frauensache: „*Also nicht dass ich mich dafür zuständig fühlte als Frau, sondern weil ich nicht ungewollt schwanger werden wollte*“ (11201)

Schutz und Angstfreiheit werden in einen Kontext gestellt, der so bei den Männern nicht vorkommt: Sie ermöglichen sexuelle Lust. „*Ich kann meinem geregelten Sexualleben nachgehen und ich weiß, ich bin geschützt.*“ (15501)

Das Sicherheitsmotiv zielt nicht unbedingt darauf, sich von Männern abzugrenzen, höchstens in dem Sinn, dass sich die Frau nicht auf ihn verlassen möchte: „*da muss ich mich persönlich absichern, ich will mich nicht auf einen Partner verlassen, dem setze ich mich nicht aus.*“ (11201)

Das **Abgrenzungsmotiv** trägt einen anderen Akzent. Das Kondom ist mit Misstrauen assoziiert bei dem Beginn einer sexuellen Beziehung oder bei flüchtigen Kontakten,

weil „Ich kannte ihn ja noch nicht so gut“ (58118; s.u.). Das Kennen des Partners verschafft im Verlauf der sich festigenden Beziehung eine Sicherheit, die die Abgrenzung erübrigt. Auch vom Gefühl her grenzt das Kondom ab, denn dann ist „ein Gummi dazwischen“ (11392).

### **b) Das Motiv Glauben und Vertrauen**

Das *Glaubens-* und das *Vertrauensmotiv* hängen zusammen. Hintergrund ist, dass für den Mann nicht überprüfbar ist, ob die Frau tatsächlich wie behauptet die Pille nimmt oder mit der Spirale verhütet. Idealtypisch für das Motiv steht das Zitat: „Mer handelt halt dann im guten Glauben, ne?“ (4-PK-06, 15)

Die beiden Motive implizieren unterschiedliche Verhältnisse zu Frauen: Umfasst das Glaubensmotiv eher Unerfahrenheit und somit auch wieder Fremdheit gegenüber Frauen bzw. auch ein Motiv des ‚da brauch ich mich nicht drum zu kümmern, weil ich ja die Konsequenzen nicht trage‘ (im wörtlichen Sinne), beruht das Vertrauensmotiv eben auf ein Vertrauen in die Beziehung und auf einer Vertrautheit der Beziehung (s. auch die Motive des Normalen und der Egalität, Verantwortung und Fairness).

Im Rahmen des *Glaubensmotivs* verhüten Männer trotz einer nicht festgelegten Beziehung in der Regel nicht eigenverantwortlich, sondern überlassen die Verhütung der Frau<sup>13</sup>, vor allem dann, wenn diese sagt, dass sie die Pille nimmt. Entweder machen sich keine Gedanken über das Risiko oder sie glauben der Frau, was sich aber nicht ganz leicht trennen lässt. Ein Befragter aus Gelsenkirchen formuliert hierzu: „da ich vor meiner Frau an und für sich mehr oder weniger lockere Beziehungen hatte, hab ich den Frauen geglaubt, was se mir erzählt haben, und wie gesagt, man kann den Leuten nur vor den Kopf gucken und nich rein,

Diese Motive kommen in den Interviews bei Frauen höchst selten vor, was auf eine Asymmetrie in den Sichtweisen von Frauen und Männern bezogen auf Verhütung hinweist. Während die Frau weiß, wie sie verhütet, sind die männlichen Verhütungsmethoden Kondom und Coitus interruptus geschlechtsverkehrabhängig und somit von der Frau zu überprüfen. Nur im Fall der Sterilisation des Mannes stellt sich die analoge Frage, ob sie ihm das glaubt oder nicht (eine der seltenen Fundstellen: „da hat er gesagt, da kann nichts passieren, ich habe Kondome und so, Und ich hab auch da dran geglaubt.“ 15014)

Das Motiv des Vertrauens kommt vor als Vertrauen in Verhütungsmittel, z.B. „So dass ich mich dann immer auf das Kondom verlassen habe“ (36231), „mehr Vertrauen in die Pille als in ein Kondom“ (6662, 8510). Vertrauen in den Mann bedeutet Vertrauen wenn, dann dass er sorgsam und verantwortungsbewusst mit Verhütung umgeht: Bei einer Befragte verhütete der erste Freund mit Kondomen, „da war ich wirklich so naiv, dass ich gedacht habe, er wird’s wohl können.“ (21068)

Negativ kommt das Motiv vor als „sich nicht auf den Partner verlassen wollen“ (s.o.): „Ich würde das nie aus der Hand geben (...) jetzt an irgendeinen Partner“ (11047).

<sup>13</sup> Inwieweit dieses Motiv tatsächlich als eine Delegation der Verhütung an die Frau ist, so dass sich Männer dadurch auszeichnen, dass sie „die Frauen verhüten lassen“ (vgl. Metz-Göckel/Müller 1986: 130ff.) wird an späterer Stelle noch ausführlicher diskutiert (siehe im Folgenden und Abschnitt 5).

*aber ich hab bis heute keine Zahlungsbe-  
fehle von irgendwelche Alimenten gekriegt“  
(2-DS-03, 9) Und zwei Befragte aus Frei-  
burg-Land äußern: „Sie hat dann nur gsagt,  
sie verhütet und verhütet, jo, als als junger  
Kerle hasch des alles glaubt, da hasch gar  
gar keine Weise Gedanken gmacht drüber.“  
(4-DV-03, 9) „Gut, ab und zu hän sie, aber  
ich mein, des kann ma jetzt au wieder glau-  
be oder net, des isch halt immer a waghäl-  
sige Sach, wenn zum Beischpiel a Frau  
sagt, sie nimmt Pille oder wie au immer,  
dann kann ma des glaube oder au net, des  
sei mal da hingstellt. Also ich hab mich au  
in früherer Beziehungen selber um Verhü-  
tung bemüht“ (4-EF-01, 14)*

### **c) Das Motiv des Normalen**

Das **Motiv des Normalen** bündelt Aussagen zur „Normalität“ und des normativ Faktischen, dass Verhütung das Thema, also die Zuständigkeit oder Aufgabe der Frau ist und dass hierbei die gängige Verhütungsmethode die Pille ist. Die Semantik verzeichnet die Begriffe „das war normal“, „üblich“, „klar“, „selbstverständlich“ oder ein schlichtes normatives „es war (eben) so“.

Dass die Frau mit Pille oder Spirale verhütet wird als das Normale (2-MH-01, 9) oder Selbstverständliche betrachtet, das deshalb im Interview auch wenig thematisiert wird und in der Beziehung selbst ebenfalls kaum diskursiviert wird: „*Jo phh ich sag emol so am Anfang früher war’s halt, dass mei Frau halt die Pille gnomme hat? die het se dann net sehr gut vertrage, dann isch se mal umgstiege uff de Spirale, jo? Des war so des Übliche, ja genau.*“ (3-PK-01,8)

Entsprechend einer Art geschlechtsspezifischer Arbeitsteilung braucht sich der Mann nicht um Verhütung zu kümmern: „*weil früher, dat war irgendwie [...] ja und wenn eben über Verhütung war, dann wurde dann gesagt: Ist gut, ja, ich nimm sowieso die Pille, da brauchst dich nicht drum zu kümmern.*“ (2-OZ-02, 8) „*No die Pille war nu mal do, damit war die Sache eigentlich*

Dieses **Motiv des Normalen** findet sich in sehr ähnlicher Weise bei den befragten Frauen, mit einer feinen semantischen Nuance: Die Normalität wird auf die Pille attribuiert und nicht auf die geschlechtsspezifische Arbeitsteilung. So geht es vor allem auch um die Pille und nicht um weibliche Verhütung allgemein.

Die Pille war „*das übliche Mittel*“ (56649), sie „*gehörte dazu*“ (21058), „*so wie ganz normal eigentlich*“ (6238), „*man nimmt halt die Pille*“ (15093). Rückblickend wird das Motiv ergänzt durch fehlende Alternativen: „*Es gar nichts anderes*“ oder „*man hat nichts anderes gewusst/gekannt*“ oder „*ich habe nicht groß drüber nachgedacht*“ (8132, 17033)

Die Selbstverständlichkeit ist nicht nur als Norm oder Folge eingeschränkter Alternativen präsent, sondern auch als subjektive Überzeugung: „*Es war für mich auch sofort klar, dass wenn, dann die Pille.*“ (11201)

Die Selbstverständlichkeit wird in den Berichten vor allem in der Jugend dadurch vermittelt, dass die Mutter und/oder Arzt zur Pille raten und das Wissen um Verhütung als Wissen um die Pille weitergegeben wird (s.u.). Insbesondere die Frauen, wel-

auch einfacher, zumindest für uns Kerle (lacht)“ (1-MS-02, 7) „Ich hab mich da nie drum gekümmert und werde mich da auch nicht drum kümmern [...]. Ich hab das immer den Damen überlassen (in einer Zeit, wo die Frau die Pille nicht vertragen wurde mit Kondom und Interruptus verhütet J.K., C.H.) und dann hatte meine Frau aber ihre Krankheit überwunden und dann konnte sie wieder die Pille nehmen und da war das Problem wieder vom Tisch und ich hab mich seitdem noch nie wieder (lacht) darüber mit meiner Frau unterhalten.“ (1-MS-03, 6)

Die „Normalität“, dass Verhütung Aufgabe der Frau ist, muss aber nicht zu einem solchen Rückzug des Mannes führen. In einer Variation innerhalb des Motivs der Normalität ist Verhütung zwar vorrangiges Thema der Frau, verhütet wird aber gemeinsam (s. Abschnitt 4, „gemeinsame Agency“)

#### **d) Das Motiv der reproduktiven Autonomie der Frau und der Körper der Frau**

Bei dem **Motiv der reproduktiven Autonomie** der Frau ist Verhütung ebenfalls ein Thema der Frau, aber nicht weil es normal so ist, sondern weil ihr die autonome Entscheidung über alle reproduktiven Belange zusteht. So formuliert ein Befragter aus Leipzig: „Vorschriften mach ich do keiner Frau, die muss selber wissen, was sie mit ihrem Körper macht und ob sie das Kind will. Da hat der Mann nu eigentlich nach meinen Begriffen am wenigsten Einfluss, weil es ist der Frau ihr Körper, die muss sich damit belasten.“ (1-MS-02, 7) Das Motiv der reproduktiven Autonomie der Frau ist vor allem bei älteren Befragten aus Leipzig verbreitet und wird aufgrund der

che die Pille über einen langen Zeitraum nahmen, thematisierten die Normalität der Pille und den weiter fortgeführten Rat des Frauenarztes bzw. der Frauenärztin („Ich soll sei ruhig weiter nehmen“, 11169) auch im Erwachsenenalter.

Die Normalität der Pille wird verbunden damit, dass die Sorge um die Sicherheit (s. Sicherheitsmotiv) nur vernünftig und daher der mütterliche und der ärztliche Rat verständlich ist.

An einigen wenigen Stellen wird die Aufgabenzuschreibung nach Geschlecht als Teil der faktischen Normalität aufgegriffen: „die Männer, mit Verhütung haben die sowieso weniger am Hals.“ (17033)

Die Frauen ziehen aus der Normalität aber nicht den Gewinn der Entlastung. Auch ist die Normalität weniger auf Dauer normativ und handlungsleitend: Wenn die Normalität der Pille als Motiv aufgegriffen wird, steht das in der Regel in einem zurückliegenden Entscheidungskontext und bedeutet nicht, dass auf Dauer mit der Pille verhütet wurde. Die anderen Verhütungsmittel werden zwar weniger mit der Normalität belegt (mit Ausnahme der Kondome für einige Jüngere), sind aber reale und realisierte Handlungsmöglichkeiten.

In der Art und Weise, wie Frauen sich als aktiv gestaltende und Entscheidungen treffende präsentieren (s. Abschnitt 5 zur aktiven Agency), beanspruchen sie diese **reproduktive Autonomie**. Dies ist insbesondere für die Befragten aus Leipzig ein zentrales Motiv (vgl. Helfferich/Burda 2001, 37ff).

Die Argumentation schließt dabei an die bekannten Motive an, die auch von Männern genannt werden: Weil sie es selbst sind, die die Kinder bekommen, weil es ihr Körper ist, mit dem sich die Reproduktion vollzieht, sollen sie auch die Entscheidungen selbst treffen und sich auch verantwortlich fühlen. „Ich habe mich irgendwie im-

damaligen egalitären Position der Frauen in der DDR-Gesellschaft zu einem ebenfalls normativ-faktischen Motiv: „*Ich muss natürlich dazu sagen, es waren, also die Mädels haben die Pille halt genommen und es war noch alles zu ner anderen Zeit, es war zu DDR-Zeiten, ja.*“ (1-DK-06, 3). Das Motiv ist aber nicht ostspezifisch. So äußert ein Befragter aus Gelsenkirchen: „*ne sagt sie dann, mach ich das lieber. Denn sie hatte ja auch damals Recht, sie entscheidet ja über ihren Körper ne. Sie sagt, wann sie schwanger werden will oder nicht, und ich, ne, dann sagt sie, ne, ne, da pass ich dann lieber auf*“ (2-OZ-01, 8f.)

Eine schwache Variante ist das Motiv des Agreements, bei dem die Entscheidung der Frau auch ein Vorteil des Mannes ist: „*Sie nimmt die Pille, wenn sie möchte. Und ich brauch dann auf Verhütung nich achten. Na gut ich hab dann üh gefracht, ob sie die Pille genommen hat hab se mal auch dran erinnert aber mehr oder weniger hat sie die Verhütung selbst übernommen.*“ (2-OZ-04, 7), „*Ich hatt eigentlich immer das Glück, dass meine Frauen, die ich hatte, von sich aus schon ziemlich genaue Vorstellungen hatten, wie sie verhüten wollten.*“ (3-SK-06, 9)

Begründet wird die reproduktive Autonomie mit dem Hinweis auf den Körper der Frau oder auf die soziale Verantwortung für Kinder. Dies entspricht den Begründungen der Frauen, die die Entscheidungsmacht für sich beanspruchen.

Insgesamt gesehen ist das Motiv der reproduktiven Autonomie nicht sehr verbreitet und der körperliche Aspekt von Verhütung, Schwangerschaft und Geburt nur sehr randständig thematisiert.

#### ***e) Das Motiv der Egalität, (gemeinsamen) Verantwortung, Fairness und Schonung***

Dieser Motivkomplex bündelt die ***Motive der partnerschaftlichen Aushandlung*** der Verhütungsmethode und der ausführlichen ***Diskursivierung*** der Thematik, verbunden mit den ***Motiven der Egalität und der Ver-***

*mer für die Verhütung zuständig gefühlt, weil ich ja auch keine Kinder wollte, und dann wollte ich eigentlich auch die Verantwortung dafür tragen, dass ich keine krieg.*“ (21092)

Im Zusammenhang mit Verhütung finden sich nur wenige Fundstellen, an denen Frauen bei ihren Partnern diese akzeptierende Haltung beschreiben. Eines der raren Beispiele: „*Er sagt: Du musst wissen, was du machst (...) wie du verhütet und wenn du dich für was entschieden hast, dann sag es mir und dann werden wir da gemeinsam dran schaffen.*“ (15093) Im Zusammenhang mit der Frage, ob eine ungewollte Schwangerschaft ausgetragen werden soll, ist das Motiv als eine dem Partner zugeschriebene Haltung deutlicher.

Neben dem Motiv der Sicherheit und dem Motiv der reproduktiven Autonomie, bei denen die alleinige und selbstverantwortliche Entscheidungsautonomie der Frau angesprochen ist, und konkurrierend zu diesen

### **antwortungsübernahme.**

Ein erster Akzent innerhalb des Motivs bezieht sich auf die Einstellung, dass auch Männer sich an der Verhütung beteiligen (können) mit dem Akzent des „gemeinsam“, „gegenseitig“ und „beide“. *„Ich find doch, dass ein Mann da auch ein bisschen mit dazu beitragen sollte, zu dieser ganzen Geschichte, weil ich denk mal, es kann nicht sein, dass nur die Frau verhütet“* (1-SW-07, 15f.). Und ein Befragter aus Gelsenkirchen äußert das Motiv der Egalität in prägnanter Weise: *„Ich hab da kein Problem mit, dass der Mann verhütet, wieso nich?“* (2-MH-08, 10)

Der zweite Akzent ist die Kommunikation über Verhütung, in der die Gemeinsamkeit wurzelt. Verhütung ist also ein Thema, das *„gegenseitig abgesprochen“* (2-HW-05, 3) wird. *„Das sind ja alles Sachen, über die man sich mal unterhalten kann.“* (1-SW-07, 15f) In Abschnitt 5 wird gezeigt, dass Männer ihre Beteiligung an der Verhütung gerade in der partnerschaftlichen Diskussion der Verhütungsfrage sehen. Die Kommunikation kann den Akzent der „Aushandlung“ tragen, was als Bild mit einem Ausgleich von Interessen verbunden ist. *„Das wurde nich ein für alles Mal ausgehandelt, das ändert sich, am Anfang war des so, dass wir rein nur mit Kondom, da musste aber nich viel verhandelt werden, um das zu beenden, denn des war für beide nicht so arg zufrieden stellend. [...] Das wurde besprochen, also wenn ich das entscheiden würde, würde sie mir einen pfeifen und umgekehrt“* (4-PK-03, 11) Als Zeichen ihres Engagements stellen diese Männer ihr Know-how und Wissen hinsichtlich existierender Verhütungsmethoden ausführlich dar.

Der dritte Aspekt ist die faktische Beteiligung, was z.B. das Besorgen, Dabeihaben und Anwenden von Kondomen angeht, mit einem *„gegenseitiges Vertrauen (...), dass wir beide auch was machen.“* (1-MS-04, 4) Zentrales Stichwort ist die Übernahme von Verantwortung, die auch dann als übernommen oder geteilt gesehen werden kann,

Motiven finden wir auch bei den Frauen das Motiv der **gemeinsamen Verantwortung und Egalität**, das die Kommunikation mit dem Mann über Verhütung, die gemeinsame Entscheidungsfindung und/oder die Beteiligung bei der Umsetzung der Entscheidung in konkrete Verhütungspraktiken umfasst.

Was auf Seiten der Männer als Einstellung geäußert wird, findet sich auf der Seite der Frauen als Erwartung und Anspruch an Männer: *„Irgendwie wollte ich schon, dass er Anteil hat, dass er weiß, was da geht“* (11047); *„dass ich das vollkommen ätzend finde, dass ich die Alleinige bin, die für die Verhütung zuständig ist“* (11092); *„Ich denk halt, Männer sollen sich da ruhig auch mal mit beteiligen.“* (11392)

Aus der Perspektive der Frauen vollzieht sich der Einbezug des Mannes primär und unabhängig von der dann ausgewählten Methode über ein *„Wir haben darüber gesprochen“*, *„rumdiskutiert, wer macht was“* etc. Das wird deutlich häufiger erwähnt als in den Männerinterviews – wie uns insgesamt mehr ausgiebiger über Verhütung erzählt wird. Bei kurzen Begegnungen oder beim ersten Mal mit einem neuen Partner wird die Kommunikation eher als *„ein Wort drüber verlieren“*, *„absprechen“* und *„das Risiko klären“* verstanden, bei festen Partnerschaften aus *„aushandeln“* oder *„ausdiskutieren“*, *„gemeinsam überlegen“*, *„besprechen“*. Wichtig ist ein Konsens und Gemeinschaftlichkeit (*„das war uns beiden wichtig“*: 11037).

Diese Gemeinsamkeit kann dann damit einhergehen, dass es die Frau ist, die von sich sagt: *„Und dann habe ich...“*, die also dann diejenige ist, der allein die Aufgabe zukommt, die Entscheidung aktiv umzusetzen.

Eine besondere aktive eigene Beteiligung des Mannes ist aus der Sicht der Frauen nicht nur mit der Nutzung von Kondomen und der Sterilisation des Mannes verbunden, sondern der Topos der Partnerschaftlichkeit wird in besonderer Weise im Zu-

wenn die Frau allein mit der Pille verhütet: „Wir sind dann irgendwann auf die Pille umgestiegen, [...] und teilen uns dafür die Kosten“ (3-DS-03, 8). Sprachlich wird diese Gemeinsamkeit dadurch ausgedrückt, dass das verhütende Subjekt das „WIR“ ist, das den Mann einschließt und seine Beteiligung anzeigt (s. Abschnitt 5 zur „gemeinsamen Agency“).

Wenn sich allerdings die Partner auf Dauer gegen eine Verhütung durch die Pille entscheiden, wird dies von Seiten der Männer mit einem Motiv der Schonung begründet: „Mädels, wegen mir braucht ihr das, das nicht anzutun, man kann auch normal verhüten“ (3-AA-01, 13); „...konnte meiner Frau das nicht zumuten jetzt Chemie zu schlucken“ (1-JE-01, 7). „dass dann sie sich [nicht] mit Medikamenten oder weiß Gott was umenander schlagen muss und so weiter“ (3-PK-01, 9). Dieses Motiv impliziert somit gerade auch ein spezifisches Körperkonzept, vor dessen Hintergrund gerade die Pille als Eingriff und als unnatürliches Verhütungsmittel abgelehnt wird.

sammenhang mit natürlicher Verhütung erwähnt. Dahinter steht eine komplexe subjektive Theorie, die besagt, dass chemische Verhütungsmethoden oder die Spirale den Körper der Frau belasten und sie zugleich sexuell verfügbar machen. Die Partnerschaftlichkeit liegt dann zum einen darin, dass der Mann an der Beobachtung des Frauenkörpers beteiligt ist und so das Wissen der Frau teilt, zum anderen dass er bereit ist, sein sexuelles Begehren zurückzustellen und dem Zyklus der Frau anzupassen. „Dass man das miteinander aushandelt, also dass ich nicht nur als Frau, als Objekt betrachtet werde, sondern dass man halt miteinander aushandelt, wie man das macht“ (21517; natürliche Verhütung; vgl. Helfferich et al. 2001). Dahinter steht ein spezifisches Körperkonzept, bei dem „Eingriffe“ in die „natürlichen Abläufe“ und der „Hormonhaushalt“ nicht als positive Kontrolle der Fruchtbarkeit, sondern negativ als „Eingriffe“ und „Belastung“ angesehen werden.

Auch hierin unterscheiden sich die Thematisierungen von Verhütung auf Seiten der Frauen von den entsprechenden Erzählungen der Männer: Frauen breiten intime Details des eigenen, weiblichen Körpers wie Menstruation, Zwischenblutungen, Zyklus, Geschlechtsorgane, Befindlichkeiten wie Schmerzen, Hormonhaushalt, die Regelmäßigkeit des Eisprungs, Erbrechen aus. Frauen sprechen die Unverträglichkeit und Nebenwirkungen von Verhütung als Wirkungen auf ihren eigenen Körper an. Männer beziehen sich wenn, dann in diesem Sinn auf den Körper der Frau; ihr eigener, der männliche Körper bleibt weitgehend als Themenfeld ausgeklammert.

## 4.2 Verhütungsmuster und Beziehungsgestaltung

Die quantitativen Ergebnisse zeigten, dass die aktuelle Verhütung der Männer und Frauen von der Bildung, regionalen und mikrostrukturellen Merkmalen, von dem Alter und der Form und dem Konsolidierungsstatus der partnerschaftlichen Beziehung abhängt. Das heißt: soziale Gruppen, z.B. jüngere Männer, die in noch nicht konsolidierten Beziehungen leben, oder ver-



heiratete ältere Männer, zeigen jeweils statistische Besonderheiten der Verhütung. In der rekonstruktiven Analyse wollen wir für diese Gruppen gebildet nach dem *Konsolidierungsstatus der Beziehung*, in der die befragten Männer aktuell leben, und der Zugehörigkeit zu einer *Alterskohorte*, typische Orientierungsmuster bezogen auf Verhütung herausarbeiten, die den rein statistischen Zusammenhang zwischen sozialer Situation und Verhütungsverhalten unterfüttern. Einerseits sind nämlich diese Orientierungen sozial vermittelt, andererseits leiten sie das Verhütungsverhalten an. Die „Verhütungsmuster“ bestehen aus Kombinationen und Verdichtungen der aus den Interviews herausgearbeiteten und im letzten Abschnitt vorgestellten Verhütungsmotive, die für die Gruppen in typischen Konstellation zusammen auftreten.

Für Frauen sind die Zusammenhänge zwischen der sozialen Situation und den Verhütungsorientierungen weniger deutlich; wir können aber zwei grundlegende Orientierungen herausarbeiten, und zeigen, für welche Frauen sie relevant sind.

Mit der Verdichtung der Verhütungsmotive zu Mustern nach dem Status der Beziehung wird es vor allem möglich, die Dynamik des Prozesses abzubilden, wenn Männer von einer nicht festen in eine festere Beziehung übergehen: An einem Punkte dieses meist fließenden Übergangs wird das Verhütungsverhalten thematisiert und verändert und die Orientierungen beziehen sich auf das veränderte Verhältnis zur Partnerin (bei Frauen: auch mit der Erwartung regelmäßigen bzw. häufigeren Geschlechtsverkehrs). Die Ergebnisse der standardisierten Befragung zeigen, dass hier typischerweise dieser Übergang häufig mit dem Wechsel vom Kondom zur Pille (oder bei der Verwendung von Kondom und Pille in der Anfangsphase: Das Weglassen des Kondoms) einhergeht (s. Abschnitt 2.2 und 2.3).

Und mit der Beachtung des Alters der Befragten können vorsichtige Vermutungen über einen Wandel zwischen den Generationen, was die Verhütungsorientierungen angeht, angestellt werden.

## Männer

## Frauen

### Nicht konsolidierte Beziehungen in der Jugend älterer Männer

### Nicht konsolidierte Beziehungen in der Jugend älterer Frauen

In den Berichten der *älteren Männer* über die (meist in der Jugendphase verorteten, also eine zurückliegende historische Epoche betreffenden) *nicht-konsolidierten Beziehungen* dominierte das Motiv des *Glaubens*. im Zusammenhang mit dem Motiv des *Normalen* oder der *Unerfahrenheit*: ‚Es war normal, dass sich die Frau um die Verhütung kümmerte und ich musste bzw. wollte ihr glauben, dass sie dies verlässlich macht.‘ Die Entlastung, die das bedeutet, wird nicht negativ gesehen. Wenn der Akzent der *Abgrenzung* hinzutrat, bedeutete das auch: Die Folgen von Risiken hatte so wieso die Frau zu tragen, man brauchte sich keine Gedanken zu machen.

Dass es normal sei, dass die Frau verhütet,

Ein Motiv, das bei Männern in das Motiv des *Glaubens* eingebettet ist, ist das Motiv der *Unwissenheit* und der fehlenden Aufklärung, das einige Frauen der älteren Kohorte für ihre Jugend beschreiben.

Für andere traf aber das Motiv der *Sicherheit* so zu, wie unten für die jüngeren Frauen beschrieben, verbunden mit dem Motiv der *Normalität*.

Diese Normalität wurde auch durch das Umfeld vermittelt. Bei den ersten sexuellen Kontakten in der Jugend berichten die Frauen daher, anders als die Männer, über mütterliche und ärztliche Ratschläge. „*Man hat eigentlich schon gewusst, was man machen muss und ich wollte eigentlich auch von Anfang an (..) die Pille nehmen.*“

meinen auch noch (einige) jüngere Befragte. Die jüngeren Männer sind sich einerseits hierbei allerdings der Gefahren stärker bewusst als die älteren Befragten, und handeln somit auch stärker aus dem Motiv des ‚guten Glaubens‘ heraus oder klären die Risiken kommunikativ.

#### Nicht konsolidierte Beziehungen Jüngere Männer

In nicht-konsolidierten Beziehungen bei jüngeren Männern dominiert das Motiv der *Sicherheit*, um sich nicht zu früh zu binden. Das kann den Akzent der *Abgrenzung* gegen Frauen tragen, was dann bedeutet: „Selbstschutz“ mit Kondomen. Es kann auch den Akzent der *Egalität und der Verantwortungsübernahme* tragen vor dem Hintergrund eines modernen Partnerschaftskonzeptes und der Möglichkeit, auch mit einer flüchtigen Sexualpartnerin über Verhütung zu kommunizieren. „wenn’s jetzt wirklich so kurze Beziehungen, dann meistens Kondom“ (1-JE-08, 9).

#### Der Übergang in eine feste Beziehung

Im Übergang zwischen der Phase der lockeren Beziehung und der gefestigten Beziehung wird die Verhütungsfrage neu verhandelt und typisch ist der Übergang vom Kondom, mit dem der Mann verhütet, zur aktiven Verhütung durch die Partnerin. Dies gilt gleichermaßen für Frauen und für Männer.

„Als ich dann merkte, dass das mit der damaligen Partnerin ernster wurde, haben wir uns natürlich darüber unterhalten. Von Kondomen hielt sie nicht viel. War also kein Freund von Kondomen. Hatte dann auch nichts dagegen die Pille zu schlucken, und dann haben wir gesagt, gut dann belassen wir’s dabei.“ (2-OZ-04, 7), „bis ma sich dann einigermaßen sicher war [...] dann isch sie auf die Pille umgestiegen“ (3-SK-03, 11f.) „wenn’s jetzt wirklich so kurze Beziehungen, dann meistens Kondom, und wenn man jetzt dann schon längere Beziehungen, also die (... Partnerin...), die hat damals die Pille genommen“ (1-JE-08, 9).

Der Übergang wird typischerweise durch einen syntaktischen Wechsel vom ICH (in

(15093) „Meine Mutter hat gesagt, nimm die Pille und so. Ja, und so haben wir es dann gemacht.“ (17033), „hat dann meine Mutter gesagt, wir gehen jetzt zum Arzt, dann kriegste die Pille, brauchste keene Angst zu haben, dass de en Kind kriegst und so wie ganz normal eigentlich.“ (6238)

#### Nicht konsolidierte Beziehungen Jüngere Frauen

*Sicherheit* und Handlungsautonomie sind dominierende Motive. Das bedeutet: Verhütung mit der Pille und/oder mit dem Kondom – letzteres wegen des HIV-Infektionsrisikos. „Ich habe mit M am Anfang mit Kondomen geschlafen, weil ich weiß nicht, wie viel Frauen der schon hatte, das ist ein hübscher, junger Kerl (...) ich hab am Anfang gesagt: Mit dir, mein Freundchen: nur mit Kondomen.“ (8510).

Die Frauen sehen als selbstverständlich an, dass über Verhütung kommuniziert wird (*Motiv der Partnerschaftlichkeit*).

Anders als Männer beschreiben Frauen bei dem Übergang den Zeitpunkt, an dem sie zum Frauenarzt gehen. Hier wird der Unterschied deutlich, dass die Einnahme der Pille als verbreitetstes Verhütungsmittel andere Vorbereitung von der Frau als vom Mann verlangt. „Da es ne feste Liebe war und da sich auch auf Dauer (...) dementsprechend war ich eben vorher beim Frauenarzt und hatte mir die Pille verschreiben lassen“ (56648)

Eine Frau verwandte Kondome und die Pille und markiert den langsame Festigung der Beziehung als ein Prozess: „Aber mit der Zeit haben wir das weggelassen“ (58118)

der nicht festen Beziehung: „Ich habe verhütet...“) zum WIR als Verhütungsakteur markiert (in der festen Beziehung: „Wir sind dann irgendwann auf die Pille umgestiegen“: 3-DS-03, 8, s. Abschnitt 5)

#### Konsolidierte Beziehungen

- a) das „konventionelle“ Muster  
- nicht nur, aber häufiger bei Älteren  
und/oder Männern  
in traditionellen Bezügen

Das konventionelle Muster zeigen vor allem ältere Männern oder bei Männer in traditionelleren Bezügen (z.B. im Umland von Freiburg). Zentral für dieses Muster ist das *Motiv des Normalen*: Es ist normal, dass sich die Frau um die Verhütung kümmert, und es gehört zur Normalität, dass dies als Gemeinsamkeit des Paares verstanden wird, auch ohne dass das fortwährend Thema sein muss („wir haben verhütet“; s. ausführlicher Abschnitt 5, WIR-Agency). In das konventionelle Muster sind auch die Motive des Glaubens und des Vertrauens eingebunden, da die Beziehungskonzepte auf der Vorstellung der konventionellen Vertrautheit beruhen.

Es kommt hier aber auch das Gegenmotiv, das Misstrauen vor. „Weil ich ihren Äußerungen alleine noch keinen Glauben schenke [...] da ich wie gesagt sowieso ein eher verkopfter Mensch bin, brauchte ich zumindest in dem Punkt die größtmögliche Sicherheit, um mich entspannen zu können“ (3-DS-03, 7f.). Das Misstrauen kann sich darauf beziehen, dass die Frau nicht verlässlich verhütet, obwohl sie das behauptet, aber auch dass sie den Kinderwunsch des Mannes hintertreibt, indem sie entgegen ihrer Behauptung weiter verhütet (2-OZ-04, 6)

Frauen erwähnen bei dem Übergang noch einen anderen Aspekt: Die Wahl des Verhütungsmittels sollte zu den Veränderungen des sexuellen Verhaltens passen: Sie erwarten, dass sie nun öfter oder regelmäßiger Geschlechtsverkehr haben werden, wenn die Beziehung sich festigt. Diesen Aspekt erwähnen Männer nicht.

#### Konsolidierte Beziehungen

Für Frauen in konsolidierten Beziehungen lassen sich zwei Muster herausarbeiten, die sich weniger gut als „junges“ und „konventionelles Muster“ bezeichnen lassen, das sie weitgehend altersunabhängig und z.B. mehr von der Herkunft aus den neuen und alten Bundesländern bestimmt sind. Dennoch gibt es einige Merkmale, die der Unterscheidung der zwei Muster bei Männern entsprechen.

#### Konsolidierte Beziehungen

- a) das pragmatische Muster  
bei langjährig mit Pille oder Spirale  
verhütenden Frauen

Bei dem „pragmatischen Muster“ wird die Aufgabenteilung bezogen auf Verhütung akzeptiert und der Handlungsraum, der sich aus der Übernahme dieser Aufgabe ergibt, im Sinne von *reproduktiver Autonomie* genutzt.

Das tragende Motiv ist hier auch das *Normale*. Insbesondere für Frauen aus den neuen Bundesländern war und ist die Pille das Normale und Übliche – zumal „da gab’s nicht allzu viel mit Spirale, da gab’s immer so negative Gerüchte so wie (...): Ach, das kann sich alles entzünden“ (6246) und Kondome hatten keine gute Qualität.

Die Verhütungsmuster ist eingebettet in eine Orientierung an Stabilität, Kontinuität, Sicherheit und Ordnung und verbunden pragmatische Priorität des sicheren Schutzes vor einer ungewollten Schwangerschaft und unbelasteter Sexualität. Verhütung und ihre Auswirkungen auf den Körper werden funktional-pragmatisch beurteilt, d.h. es ist

Konsolidierte Beziehungen  
b) das „junge“ oder „moderne“ Muster  
nicht nur, aber vor allem bei jüngeren  
und hochqualifizierten Männern

Bei dem „jungem“ (oder, weil es nicht nur bei Jüngeren zu finden ist: „modernem“) Muster verdichten sich die Motive der *Egalität*, der *Verantwortung*, *Fairness* sowie das Motiv der *Schonung*. Die partnerschaftlichen Diskussion wird betont und zitiert, um sich grundsätzlich verantwortlich zu zeigen (s.o., Abschnitt 4.1 und 5).

Was die konkrete Form der Verhütung angeht, so verhüten die Männer mit diesem Muster eigenverantwortlich mit Kondom, beteiligen sich aktiv bei anderen alternativen Verhütungsmethoden oder die Frau verhütet mit der Pille. In den ersten beiden Fällen wird Verhütung mit einem Körper- und einem Beziehungskonzept verbunden, das von vielen Frauen gegenwärtig auch oftmals eingefordert wird. Dazu gehört auch, dass das Thema Verhütung bei diesen Männern in den Interviews ausführlich diskursiviert wird, denn anhand dieser Thematik können die Männer ihre Partnerschaftskonzepte verdeutlichen.

Dennoch kann auch innerhalb dieses jungen Musters die Frau allein mit der Pille verhüten, womit auch bei einer Einstellung der Gemeinsamkeit auf der Ebene der konkreten Anwendungspraxis die Ausführung der Verhütungsaufgabe konventionell bleibt. Die Gemeinsamkeit wird dann mit einem ‚wir verhüten mit der Pille‘ signalisiert. Anders als in dem konventionellen Muster der älteren Befragten rücken die Männer jedoch sprachlich anders akzentuiert dieses WIR der Verhütung in den Vordergrund, indem sie deutlich machen, dass sie sich für die Fragen nach der Verhütung sehr wohl verantwortlich fühlen und sich bei Entscheidungsprozessen in irgend einer Form beteiligen (vgl. Abschnitt 4.1 und 5): „*Wir haben uns darüber unterhalten und meine Frau hat das dann gemacht*“ (2-MH-04, 13).

wichtig, das alles effektiv und problemlos funktioniert, und nicht problematisiert oder diskursiviert.

Konsolidierte Beziehungen  
b) das sensibel-reflexive Muster  
bei Frauen, die viel „ausprobieren“ und  
den Partner einbeziehen wollen

Das „sensibles, reflexives Muster“ beinhaltet in ähnlicher Weise wie das „junge“ Muster bei Männern egalitäre Ansprüche an die Beziehung und an die Beteiligung des Mannes (Motiv der *Egalität*). Diese Beteiligung bedeutet, dass Verhütung und die Ansprüche an Verhütung ein wichtiges Beziehungsthema sind (Diskursivierung).

Diese Frauen haben viel „ausprobiert“ und verfügen über reichhaltige Verhütungserfahrungen. Verhütung ist ein Thema in der Partnerschaft und gerade die Anwendung geschlechtsverkehrabhängiger Methoden wie Diaphragma, Kondome oder natürliche Verhütung verknüpfen die Suche nach der geeigneten Verhütungsmethode mit der Suche nach der gewünschten Gestaltung der Sexualität in der Partnerschaft.

Das Muster ist mit einer sensiblen Körperwahrnehmung – auch verbunden mit der Wahrnehmung von Nebenwirkungen von Verhütung - verbunden; hier korrespondiert das Muster der *Schonung* auf der Seite der männlichen Partner. Verhütung wird problematisiert, wenn sie den Körper belastet und nicht zu der Sexualität passt. Maßstab der Entscheidungen im Verhütungsbereich ist diese Passung von Verhütung und Körpergefühl und Partnerschaftsgestaltung.

Negative Erfahrungen mit Verhütung, Pillenmüdigkeit oder Pillenkritik sind hier zu finden, aber auch Frauen, die sich für die Pille oder die Spirale entscheiden, weil sie in einer bestimmten Lebenssituation bestimmte Vorteile bieten.

Aufgrund des beschränkten Platzes können einige Aspekte, die für die Frage der Orientierungen und Praktiken eine große Bedeutung haben, nur gestreift werden. So hängt die Frage, wer bei der Verhütung das Sagen hat, ganz entscheidend mit der Frage zusammen, wer bei dem Kinderwunsch das Sagen hat. Bei dem „konventionellen“ Muster bei Frauen und Männern wird davon ausgegangen, dass beide zusammen selbstverständlich Kinder haben wollen – das gehört normal eben dazu. Zu der „reproduktiven Autonomie“, wie Männer sie in den neuen Bundesländern ihren Partnerinnen zugestanden hatten, gehört auch dazu, dass die Frau die Entscheidung trifft, ob sie ein Kind will oder nicht. Bei dem sensibel-reflexiven Muster bei den Frauen und bei dem jungen Muster bei den Männern ist die Kinderfrage ein Aushandlungspunkt.

Die Unterscheidung zwischen nicht festen, unverbindlichen Beziehungen, konsolidierten, festen Beziehungen und abgeschlossener Familienplanung macht einen großen Unterschied auch bezogen auf die Bedeutung von Kinderwunsch und Kindern – und damit bezogen auf die Bedeutung von Verhütung aus. Alle Befragten, Frauen wie Männer, machten diesen Unterschied und reflektierten ihn z.B. in der Bedeutung, die sie dem Motiv der Sicherheit beimessen. Allerdings bedeutet es für einen Mann und eine Frau etwas anderes, wenn sie in einer unverbindlichen Beziehung ungewollt schwanger werden – entsprechend bedeutet Sicherheit auch etwas anderes. Bei einigen älteren Männern findet sich als Beschreibung des Verhütungsverhaltens in ihrer Jugend mitunter noch eine Ignoranz des Risikos, weil sie ja nicht diejenigen gewesen wären, die die Konsequenzen zu Tragen hätten. Hier wird deutlich, dass eine tiefgehende Analyse die sozialhistorischen Regelungen zu den rechten nichtehelicher Kinder und der Situation lediger Mütter einbeziehen muss. Zu erinnern ist daran, dass erst 1970 das Gesetz zur Neuregelung des Rechtes nichtehelicher Kinder in Kraft trat, nachdem die vorhergehende Vorschrift das Verwandtschaftsverhältnis zwischen dem Vater und dem nichtehelichen Kind geleugnet hatte (Limbach 1988, 22f). Auch in festen Beziehungen kann ein Kind unterschiedliches für Mann und Frau bedeuten. Wir werden sehen, dass Männer in konsolidierten Beziehungen eher die Haltung eines „Wenn’s passiert, passiert’s“ haben (s. Abschnitt 6.1) – was durch die Distanz zu Planungsmöglichkeiten einerseits, andererseits aber auch durch das geringere Ausmaß an praktischen Konsequenzen im Alltag erklärt werden kann.

Die Bedeutung von Kindern für den eigenen Lebensentwurf steht ebenfalls in Verbindung mit den Verhütungsmustern: Ein ambivalenter Kinderwunsch kann sich bei Frauen im Eingehen von Verhütungsrisiken niederschlagen und/oder einem Übergang zu „weicher“ Verhütung mit einer geringeren Anwendungssicherheit niederschlagen; er kann aber auch dazu führen, dass gerade zu 100% verhütet wird. Diese Steuerungsform, es auf ein Risiko ankommen zu lassen, steht Männern so nicht offen, wenn, dann nur im Konsens oder wenn die Partnerin einen ähnlichen Kinderwunsch hat.

Insgesamt werden in der Art, wie das Verhütungsverhalten von Frauen und das von Männern in der Forschung und in der wissenschaftlichen Literatur behandelt werden, eine charakteristische Ungleichheit, die die Unterschiede zwischen Frau und Mann reproduziert: Während z.B. Fichtner (1999) die Verhütung von Männern im Zusammenhang mit Partnerschaftsstilen und Geschlechterverhältnissen analysiert, wird in der Studie „frauen leben“ eher die Verbindung zwischen dem Verhütungsverhalten von Frauen und der Frage von Kindern/Kinderwunsch und Körper hergestellt. Das Verhalten von Frauen wird damit direkt auf die Kinderfrage bezogen, das Verhalten von Männern dagegen auf die Partnerin (die sich ihrerseits auf Kinder beziehen kann). Das wir hier den Aspekt des Kinderwunsches zurückstellen, hat zum einen mit dem beschränkten Auftrag der Auswertung zu tun, zum anderen aber auch damit, dass wir die Aussagen zum Verhütungsverhalten von Männern zum Ausgangspunkt genommen haben - die Männer geben somit die Strukturierung der Darstellung vor - und die Ergebnisse zur Verhütung von Frauen dagegenscheiden.

### 4.3 Sterilisation bei Männern und Frauen

Bei der Vorstellung der Verhütungstypologie auf der Grundlage der im Abschnitt 4.1 beschriebenen Verhütungsmotive wurde bisher auf die besonderen Aspekte der Verhütung mit Pille und Kondom eingegangen. Es gibt jedoch auch einige Männer, die sich sterilisieren lassen. Im Abschnitt 2.3 wurden bereits die Ergebnisse der quantitativen Erhebung zusammengestellt. Auf der Grundlage des qualitativen Materials werden nun die Motive rekonstruiert werden, warum sich Männer für eine Sterilisation entscheiden.

#### Männer

Aus den standardisierten Daten ist bekannt, dass Männer sich zu einer Sterilisation entschließen, wenn die **Familienplanung abgeschlossen** ist. Die Entscheidung wird als **gemeinsamer Entschluss** nach einer Diskussion gekennzeichnet. „*Und da reden wir auch offen drüber. (...) Wir haben ja zwei Kinder, und dass wir im Moment uns ziemlich sicher sind, dass es okay ist und dass es reicht. Ne, von daher reden wir jetzt über andere Art von Verhütung, die eben der Sterilisation des Mannes, also von mir.*“ (3-RH-02, 8f.) „*Also mir wäre uns einig ebe, dass es keine weiteren Kinder geben sollte und dann gab's ebe überhaupt kei großes Überlege und so, dann bin ich zum Arzt gegangen und hab mich ebe sterilisieren lasse, ohne wenn und aber, ne?*“ (3-PK-01, 9) Submotive sind die Motive der **Verantwortungsübernahme und der Schonung** (s.o.: „junges Muster“), wenn der Mann der Frau andere Verhütungsmittel nicht „zumuten“ wollte (1-JE-01, 7) oder bei der Abwägung, ob er oder sie sich sterilisieren lässt.

Semantisch wird die Entscheidung zur Sterilisation auch mit einem **Motiv der (technologischen) Pragmatik** begründet. Ist die Familienplanung definitiv abgeschlossen, so wird die Sterilisation „*der geringste Aufwand*“. Auch das **Sicherheits- bzw. Risikomotiv** taucht auf – die Sterilisation ist die sicherste Lösung. Beide Motive können exemplarisch anhand eines Fallbeispiels veranschaulicht werden: Der Befragte aus Freiburg entscheidet sich biografisch gesehen relativ früh für eine Sterilisation, nachdem er Vater von Zwillingen wurde und keine weitere Kinder mehr haben möchten.

#### Frauen

Auch für Frauen gilt, dass die Entscheidung zur Sterilisation überwiegend nach **Abschluss der Familienplanung** fällt (s. standardisierte Auswertung). Die Zitate ähneln dem, was die Männer erzählt haben, sehr: „*Da hat er gesagt, er lässt sich jetzt sterilisieren, wir haben zwei Kinder und das reicht.*“ (15057) „*Ich will ja wirklich keine (Kinder C.H.) mehr*“ (17033).

Auch hier werden Abwägungen und Gespräche erwähnt und die **Gemeinsamkeit des Entschlusses** unterstrichen: „*Natürlich in Zusammenarbeit oder in Abstimmung mit dem Partner.*“ (15014) „*Als mir klar war – oder uns beiden klar war, dass wir keine Kinder mehr möchten, habe ich mich um die Sterilisation bemüht.*“ (21092)

Als Grund für die Sterilisation ist auch bei den Frauen das **Motiv der Sicherheit und der Schonung** wichtig – die Sterilisation ist eine Alternative bei Pillenmüdigkeit. Die Schonung bezieht sich darauf, dass die Frau ihren eigenen Körper schont. „*Und da hab ich mich sterilisieren lassen und da passiert nichts mehr, ich brauch diese Chemie nicht mehr zu nehmen.*“ (6076), „*Ich möchte einfach nicht immer dann mich mit Chemie voll stopfen*“ (15014).

Abgewogen wird allerdings die Frage, ob der Mann oder die Frau sich sterilisieren lässt. Hier kommen eine Fülle unterschiedlicher Motive zum Tragen: **Das pragmatische Motiv** (Für wen ist es mehr Aufwand? - „*Für ihn ist es eine Kleinigkeit*“: 11169), **das Egalitätsmotiv** („*ich hab die Kinder gekriegt, jetzt könnte er das machen las-*

„[Ich hab] mich sterilisieren lassen, also von daher hab ich damit die Verhütungsfrage zumindest ad acta angelegt.“ (3-EF-01, 12) Das Sicherheitsmotiv und das Motiv des Risikodiskurses (s.u., Abschnitt 6) gewinnen bei ihm aber in besonderem Maße an falltypischer Prägnanz, weil sie verbunden sind mit dem Risikodiskurs im Erwerbsbereich – der Befragte ist selbstständig. Es kommt zu einer generalisierten Verbindung zwischen erwerbswirtschaftlicher und biografischer Unsicherheit. „Die Unsicherheit eines Selbständigen“ (3-EF-01, 12) zwingt ihn dazu, permanent biografische Sicherheit herzustellen, gerade auch im reproduktiven Lebensbereich.

Das Sicherheitsmotiv geht im folgenden Beispiel einher mit einer Abgrenzung gegen den Kinderwunsch einer Partnerin: „Also die Sterilisation, dat war gut. (...) Das hatte zwei Vorteile im Nachhinein gehabt, also erstmal konnte ich schon von vorneherein sagen: Hier mit Kinder kriegen und so, A will ich nich, B kann ich nich. (...) Das is ein Totschlagargument, dass man sagen kann: Hier, Mädchen, pass mal auf, schön und gut, wir können ne Partnerschaft eingehen, aber Kinder sind nich. Ja in sexuellen Dingen einfach, bequem.“ (2-HW-04, 8))

sen“: 17008)

In den Erzählungen der Frauen kommt aber ein Motiv vor, das die Männer nicht nennen: **das Motiv der befreiten sexuellen Lust**. „Mit der Sexualität war es gut, weil für mich war es auch irgendwo fast wie ne Befreiung, weil ich eh keine Kinder wollte.“ (21092), „...und man kann halt immer wenn man will.“ (6076

In dem Abschnitt über das Motiv der Sicherheit wurde bereits auf den Zusammenhang zwischen Angstfreiheit und Lust hingewiesen, den einige (vor allem die älteren) befragten Frauen herstellen.

## 5 „Agency“ – Wer wird aktiv bei der Verhütung?

### 5.1 Agency – Wahrnehmung der eigenen Handlungsfähigkeit und Wirkmächtigkeit

Bei den Zitaten, mit denen die Verhütungsmotive illustriert wurden, haben wir das Augenmerk mehrmals darauf gelenkt, in welcher grammatikalischen Form das Subjekt der Verhütung bezeichnet wird, ob z.B. von „WIR verhüten“ (z.B. typischerweise bei dem Motiv der Gemeinschaftlichkeit und Egalität oder bei dem Motiv der Normalität) oder „ICH verhüte“ (z.B. typischerweise bei dem Motiv Sicherheit) die Rede ist. Diesen Aspekt werden wir nun genauer vertiefen. Das entsprechende Auswertungskonzept, das dabei hilfreich ist, stammt aus der Erzähltheorie und Gesprächsanalyse und wird als „Analyse der Agency“ bezeichnet.

*Agency* ist der Fachbegriff für die Konstruktion der eigenen *kognitiv repräsentierten Handlungsfähigkeit und Wirkmächtigkeit* und bedeutet, „wie der Erzähler seine *Handlungsmöglichkeiten und Handlungsinitiative* in Hinblick auf die Ereignisse seines Lebens linguistisch konstruiert. Dies betrifft den Umgang mit der Frage, ob und in welchen Aspekten und Bereichen seines Lebens er sich als handelnde Person, als Zentrum der Geschehnisse seines Lebens, als Inhaber von Kontrollmöglichkeiten und Entscheidungsspielräumen erlebt, oder ob und hinsichtlich welcher Erfahrungen er sich von heterogenen Mächten dirigiert fühlt.“ (Lucius-Hoene/Deppermann 2002, 59) Das Konzept der Agency beschreibt also die subjektiven Vorstellungen, die Menschen davon haben, wer wo wie was zum Zustandekommen von Handlungen und Ereignissen beiträgt. Lucius-Hoene und Deppermann (ebd.), die das Konzept der Agency im deutschsprachigen Raum bekannt gemacht haben, veranschaulichen dies anhand dreier Aussagen, die auf den ersten Blick sprachlich nur leicht variierenden:

- Der Satz „und dann bin ich ins Krankenhaus gekommen und operiert worden“ drückt aus, dass eine anonyme Macht am Werk ist, und nicht die erzählende Person die Handlungskontrolle besitzt.
- Der Satz „und dann haben sie mich ins Krankenhaus eingewiesen und operiert“ drückt aus, dass andere Menschen das eigene Schicksal der erzählenden Person bestimmen.
- Und der Satz „und dann bin ich ins Krankenhaus gegangen und habe mich operieren lassen“ zeigt, dass die Handlungsinitiative bei der erzählenden Person bleibt.

(nach Lucius-Hoene/Deppermann 2002, 59)

Diese Analyse der subjektiven Verortung von Handlungsmächtigkeit und Handlungsübernahme ist gerade für Männer interessant, denn die Frage ist z.B., ob oder wann sie von sich selbst meinen, dass sie die Verhütung in der Hand haben und gestalten, ob oder wann sie die Verhütung in den Handlungsbereich der Frau verweisen, oder ob Verhütung als gemeinsam Wirken verstanden wird. Wir werden uns auf die drei großen Formen des „Ich verhüte“ (*aktive individuelle Agency*), des „Wir verhüten“ (*konsensuale, gemeinsame Agency*) und der Zurechnung bzw. Delegation der Agency an den Partner oder die Partnerin („*sie/er verhütet*“; *delegierende Agency*) beschränken. Und werden die unterschiedlichen Perspektiven von Frauen und Männern in der Frage der Handlungsmacht bei der Verhütung heraus arbeiten.

Eine weitere Form, die der „anonymen Agency“ wird nicht ausführlich dargestellt. Sie heißt „anonym“ oder „unpersönlich“, weil keine Person handelt, sondern das Zustandekommen des Verhütungsverhaltens auf einen unpersönlichen Tatbestand zurückgeführt wird, z.B. „*No die Pille war nu mal do.*“ (1-MS-02, 7) oder „*Und dann war Pille und gut*“ (21517)



### a) Aktive, direkte Agency: ICH verhüte...

#### Männer

Männer verwenden eine **aktive Agency** und sprechen aus der *ICH*-Perspektive in bestimmten Kontexten:

- vor allem, wenn es zu einer **direkten Handlungsübernahme** durch den Mann kommt, d.h. wenn er mit Kondomen verhütet oder sich sterilisieren ließ: „*da hatte ich mal eine Beziehung, da hatte die da noch keine Pille genommen, nichts, und da musste ich halt das so machen*“ (1-DK-03, 5)“ „*ich hatte mich dann sterilisieren lassen.*“ (1-JE-01, 7). Die Handlungsübernahme kann mit eigenen Wünschen nach Sicherheit und Abgrenzung begründet werden (s.u.) oder damit, dass die Frau keine Pille nahm.
- vor allem **in nicht-konsolidierten Beziehungen**. Dort kann die *ICH*-Perspektive im Rahmen von Abgrenzungsmotiven stehen (s. Abschnitt 4.1). Die stringente syntaktische Wahl der sprachlichen Form „*ICH habe...*“ in Bezug auf die Verhütung steht dabei in dem Zusammenhang, dass Gemeinsamkeit nicht gesucht wird.
- Wenn in nicht konsolidierten Beziehungen Motive der Verantwortung, Egalität, Gemeinsamkeit und Schonung zu finden sind, bedeutet die *ICH*-Perspektive ebenfalls eine aktive Handlungsübernahme durch den Mann, mit der die Bereitschaft, Verantwortung als Person zu übernehmen, verbalisiert wird.

Für Männer steht die sprachliche Verwendung einer aktiven Agency im Zusammenhang mit dem Gedanken an Sicherheit. Gegenvorstellung sind alle die Formen, bei denen die Aktivität der Frau überlassen wird, mit den Varianten, dass dies normal ist, dass der Mann der Partnerin glaubt bzw. ihr vertraut, oder die Entscheidungen ihr überlassen werden.

#### Frauen

Bei der Darstellung der Frauen überwiegt die Form der **aktiven Agency** mit der *ICH*-Perspektive.

- Die *ICH*-Perspektive bezieht sich nicht nur auf die Anwendung, sondern erscheint auch als „*Ich habe mich informiert*“, „*ich habe mir die Pille verschreiben lassen*“, *ich habe dann gewechselt*“, „*Entscheidungen, die ich für mich persönlich getroffen habe*“ etc.
- Sie wird **kontextunabhängiger** als bei Männern verwendet, in festen wie auch in nicht festen Partnerschaften. Die Entscheidungen ‚überdauern‘ auch Beziehungen: Eine Frau kann z.B. nach einer Trennung bei der Pille oder Spirale bleiben. In eine neue Partnerschaft tritt sie dann mit einer bereits etablierten Verhütungspraxis ein.
- Bei Verhütungsmitteln wie Pille und Spirale in der **direkten Handlungsübernahme** wird überwiegend die eigene Person als Akteur benannt („*Ich habe die Pille genommen*“ etc.).

Frauen sehen sich somit selbst als Gestaltende und die aktive Agency steht für Handlungsautonomie. Das bezieht sich darauf, dass die Frau selbst aktiv für ihre eigene Sicherheit sorgen muss („*Ich muss mich persönlich absichern*“: 11047, „*aufpassen*“ etc. s. Sicherheitsmotiv), aber auch auf die Gestaltung der Beziehung und das Durchsetzen der Ansprüche an den Partner: „*Ich fordere von den Männern halt, dass sie ihre Gummis benutzen*“ (11392). Partner können die aktive Agency beschränken: „*Da hatte ich zwar schon die Vorstellung mit Kondomen, aber die Männer, die haben das nicht mitgemacht.*“ (11219)

Die *ICH*-Perspektive ist auch durchgängig zu finden, wenn es um Nebenwirkungen der Verhütung oder Schwangerschaften geht.

Die Gegenvorstellung „*Sich auf den Partner verlassen*“ ist vergleichsweise randständig.

### **b) Delegierte Agency, Agency des Partners bzw. der Partnerin: SIE/ER verhütet...**

Die Handlungsmacht bezogen auf Verhütung wird überwiegend bei der Frau angesiedelt. Männer thematisieren vor allem dann die Verhütung aus der Perspektive des „SIE verhütet...“, „SIE hat ... genommen“,

- wenn der Frau die aktive **Handlungsübernahme durch die Frau** gegeben wird. Dies betrifft die Einnahme der Pille, die Spirale etc. Dies betrifft die Konstellationen, in denen der Frau diese Handlungsübernahme zugestanden wird (Motiv „reproduktive Autonomie“). In den dort aufgeführten Zitaten finden sich Formulierungen wie „Sie nahm die Pille“ etc. oder „Sie sagte, sie nimmt die Pille“ etc.
- Die aktive Handlungsübernahme durch die Frau kann auch im Zuge der normativ faktischen Aufgabenteilung zwischen den Geschlechtern gedeutet werden (Motiv des Normalen bzw. konventionelles Muster). Auch hier wurden die Zitate oben bereits vorgestellt. „*Meine Frau, die nimmt die Pille*“ (1-MS-06, 12), „*Wurde meistens auch, glaub ich, bloß von der Frau verhütet. Das war halt üblich*“ 1-MS-02, 7)

Den Akzent der Delegation erhält diese Agency dann, wenn erwähnt wird, dass es zu einer aktiven, eigenen Handlungsübernahme durch den Mann erst gar nicht zu kommen braucht, „*Wurde dann gesagt: Ist gut, ja, ich nimm sowieso die Pille, da brauchst dich nicht drum zu kümmern.*“ (1-MS-06, 12), „*Für mich war Verhütung nie ein Thema, weil's in dem Sinne es gab die Pille*“ (1-MS-02, 7), „*Damit ist der Verhütung eigentlich Genüge getan*“ (1-MS-06, 12)

Bei dieser Delegation der Handlungsmacht wird die Frau als Gestaltende gesehen, weil die Verhütung als reproduktive Thematik ein originäres und autonomes Feld der Frau darstellt.

Frauen siedeln die Handlungsmacht überwiegend bei sich selbst an, wie schon bei den Motiven der Sicherheit und der reproduktiven Autonomie gezeigt wurde. Entsprechend der überwiegend aktiven Agency in der Darstellungsform finden sich nur in bestimmten Kontexten Formen der Agency, die die **Handlungsübernahme bei dem Mann** ansiedeln.

- Dies geschieht vor allem, wenn es um Mittel geht, die Frauen nicht selbst anwenden, vor allem um Kondome: Dort wird aber auch die WIR-Form der gemeinsamen Agency verwendet (s.u.), oder die Agency dem Mann zugeschrieben oder z.B. mit „man“ oder „es gab Kondome“ allgemein gehalten. „*Er hat dann einfach immer irgendwie drauf geachtet, dass er irgendwie verhütet mit Kondomen oder so*“ (17530), aber auch unpersönlich: „*mit dem Kondom, das hat ganz toll geklappt*“ (11037), oder als gemeinsame Agency (s.u.).
- In wenigen Fällen steht die aktive Handlungsübernahme des Mannes im Zeichen seiner besonderen Vorsicht und geht über das sonstige Maß an Männern zugeschriebener Aktivität hinaus: „*Er achtet da schon ein wenig drauf, dass ich beispielsweise die Pille regelmäßig nehme oder wo wir uns kennen gelernt haben, dass halt wirklich nix passieren kann. Da ist er eigentlich schon recht vorsichtig gewesen*“ (15093)

Eine Delegation in dem Sinn, dass Frauen erleichtert sind und es einfacher finden, wenn Männer aktiv sind, findet sich in den Texten kaum. Dieser Unterschied hat sich schon bei dem Motiv des Glaubens und Vertrauens gezeigt: Wenn der Mann der Aktive ist, muss die Frau ihm vertrauen, dass er sorgsam und sicher verhütet. Angesichts der Bedeutung der Sicherheit überwiegt das Motiv, sich nicht auf den Partner verlassen zu wollen.

### c) *Konsensuale Agency: WIR verhüten...*

Insbesondere bei konsolidierten Beziehungen dominiert die Konstruktion des gemeinsamen Verhütungsakteurs „WIR“. Diese Formulierung „WIR haben verhütet...“ bezieht sich auf alle Formen von Verhütung, unabhängig davon, ob sie vom Mann oder von der Frau anzuwenden ist. Sie trägt im Kontext der „*jungen Musters*“ und des „*konventionellen Musters*“ (s. Abschnitt 4.2) unterschiedliche Akzente.

- *Innerhalb des jungen Musters* mit seinen Motivaspekten der Egalität, Gemeinschaftlichkeit und Verantwortung weist das WIR auf das partnerschaftliche und gemeinschaftliche Handeln hin. Das Feld der gemeinschaftlichen Handlungsübernahme umfasst z.B. „gemeinsam so probieren“ (1-JE-05), die Anwendung von Verhütung („*Wir haben mit einer Spirale verhütet*“: 2-HW-06, 7) oder den Wechsel („*Wir haben also mit der Verhütung durch die Pille aufgehört/abgesetzt etc.*“: 1-JE-03, 5, 2-HW-05, 5; weitere Zitate s.o.).

In dem ‚WIR‘ bei ‚wir verhüten‘ steckt ein egalitäres Programm der Partnerschaft mit normativem Anspruch, dass Mann und Frau die Handlungsverantwortung tragen (z.B. mit einer selbstverständlichen „*Gummipflicht*“: 2-HW-05, 3). Das Wir entsteht durch gegenseitige ‚Absprache‘ und wird immer wieder in der Kommunikation hergestellt. Und weil die Gemeinschaftlichkeit im darüber Sprechen immer wieder hergestellt wird, ist es auch dann möglich, wenn die Frau alleine mit der Pille verhütet, zu sagen: „WIR haben mit der Pille verhütet/die Pille abgesetzt etc.“ (1-JE-03, 5: zur Aushandlung s.u.).

Wenn beide das Beziehungs- und Körperkonzept teilen, dass z.B. „*alle hormonale Medikamenten schaden*“ (*Motiv der Schonung*), wird Verhütung auch aus der WIR-Perspektive thematisiert: „*Das wollten wir nicht. [...] Wir versuchen verschiedene Formen und so wei-*

Neben der Perspektive des „ICH habe verhütet“ spielt auch in den Interviews der Frauen das „WIR“ eine Rolle und es bezieht sich, wie bei Männern auch, auf alle Verhütungsmittel, sei es auf die Pille („*haben wir immer die Pille genommen*“: 11341) oder auf Kondome („*...haben wir das Kondom genommen/ es mit Kondomen probiert*“: 58118, 15092). Doch kommt die Pille häufiger im Zusammenhang mit der eigenen Handlungsübernahme vor. Von der Tendenz her gilt: dort, wo Männer „Ich verhüte“ (mit Kondomen) sagen, sagen Frauen „Wir verhüten“ (mit Kondomen) und wo Frauen sagen „Ich verhüte“ (mit der Pille) sagen Männer „Wir verhüten“ (mit der Pille). Dieser Zusammenhang wird aber immer wieder dadurch gebrochen, dass auch Frauen sagen „wir haben mit der Pille verhütet“ und ebenso Männer „wir haben Kondome genommen“, d.h. es gibt weitere Aspekte, die dazu führen, dass sprachlich das „Wir“ als handelnder Akteur konstruiert wird.

- Bei konsolidierten Partnerschaften sind das gemeinsame Sprechen und das gemeinsame Entscheiden generell wichtig, auch wenn es vorher die Frau ist, die das Problem aufwirft und sie diejenige ist, die dann die gemeinsame Entscheidung umsetzt.
- Innerhalb des *sensibilisierten Musters* bezeichnet das „WIR“ wie bei den Männern als „*haben wir es probiert*“ (17008), die Anwendung und den Wechsel von Verhütung („*haben wir Kondome genommen... haben wir das dann weggelassen*“: 58118). Auch hier ist das gemeinsame Sprechen wichtig, das „Aushandeln“ (s. das Motiv der Egalität). Das gemeinsame „WIR“ als Verhütungsakteur endet dort, wo es der Körper der Frau ist, nach dem sich die Verhütung richtet: *Mein Körper und ich sind noch nicht so weit*“ (21082), „*das wollte ich meinem Körper nicht antun*“ (17008), „*Ich habe meinen Körper sehr wach wahrgenommen*“ (21524). Hier ist

ter“ (2-MH-06, 11). In der Teilhabe an der Verhütung können Männer sich zu Experten entwickeln „Wir benützen zum einen Kondome, und zum anderen schaut die [Name der Partnerin] nach ihren Zeiten, Temperatur messen tut sie nicht mehr, aber sie schaut nur nach dem Schleim, da gibt's ein Name wie die Methode heißt, Temperatur messen und abtasten und das dritte auch noch. Wobei sie da, das relativ einfach hat weil sie, fast wie ein Uhrwerk, sie hat ganz genau ihre Regel, das stimmt, ein Tag rauf und runter aber selten mehr. Von daher ist es für uns relativ einfach“ (4-EF-06, 11f.)

- **Innerhalb des konventionellen Musters** dominiert die sprachliche Form des „WIR“ im Sinne einer Handlungsübernahme durch das Paar (Wir). Dabei geht es weniger um einen immer wieder diskursiv hergestellten Konsens zwischen ICH und SIE und um die ausdiskutierte Verantwortungsteilung, sondern ein Bezug auf die traditionell geltende Vorstellung, dass Familie per se „wir“ bedeutet. Zu diesem WIR gehört die traditionelle Aufgabenteilung, also die Tatsache, dass SIE verhütet, mit dazu; sie entspricht der kollektiven Handlungspraxis. Drauf weisen zum einen der Wechsel von „Sie verhütet“ und „Wir verhüten“ und die Anmerkungen wie „es ist üblich“ oder der Wechsel zu „man verhütet“ hin. „Ja, hat eigentlich nur sie die Verhütung übernommen, das hat angefangen mit der Pille, dann durfte sie die Pille nicht mehr nehmen, weil sie davon, irgendwie Thrombose gekriegt hatte, und dann wurde ihr die Spirale eingesetzt. So haben wir dann verhütet.“ (1-DK-04, 5) „eigentlich haben wir immer verhütet, also die Pille“ (1-DK-05, 3)

es die Frau, die aufgrund des Körpergefühls Entscheidungen trifft, die dann aber wieder diskursiv an den Mann vermittelt wird. Die Bedeutung der gemeinsamen Agency lässt sich in dem Ablauf lässt sich in dem Ablauf fassen: „Ich habe gemerkt... wir haben besprochen ... ich habe/wir haben verhütet...“.

- Die WIR-Perspektive spielt in dem **pragmatischen Muster** eine Rolle, aber wiederum verbunden mit der ICH-Perspektive, die daher rührt, dass Verhütung in den Handlungsbereich der Frau fällt und aus ihrer Sicht etwas ist, was sie tut. Dies gilt vor allem dann, wenn es keine Probleme gibt und keine Entscheidung für einen Wechsel ansteht. Die ICH-Perspektive wird allgemein verwendet, insbesondere aber, wenn es z.B. um den Besuch beim Frauenarzt oder der Frauenärztin („dann haben wir verhütet mit Spirale, aber von der Spirale hat mir mein Gynäkologe abgeraten, da habe ich...“: 21517), um körperliche Verträglichkeiten wie Nebenwirkungen oder Informationen und Gespräche mit Freundinnen geht etc. („Ich hab mich weiter informiert über Verhütung“: 15014).

## 5.2 Agency und die Aushandlung der Verhütung

Die Form der Agency, also die Art, wie Frauen und Männer sich selbst, den Partner oder die Partnerin oder sich zusammen mit dem Partner oder der Partnerin am Zustandekommen der Verhütung beteiligt sehen, ist in den Interviews nicht eindimensional. Sie kann im Lebenslauf, mit den Teilaspekten von Verhütung und mit den gewählten Methoden wechseln. Bei vielen Mustern und in vielen Erzählungen kommt ein „Wir verhüten“ zusammen mit einem „Sie verhüten“ bzw. aus der Sicht der Frau: „Ich verhüte“ vor. Das weist darauf hin, dass Verhütung Sache der Frau ist und doch in irgendeiner Weise als eine gemeinsame Sache behandelt wird.

Das Verhältnis von „Wir“, „Ich“ und „Er/Sie“ und die Herstellung und die Grenzen der Gemeinschaftlichkeit sind bei Frauen und Männern unterschiedlich:

Mann	Frau
<i>„Da ham WIR verhütet. MEINE FRAU hatte die Pille genommen. Zeitweilig, wenn mal irgendwas war, hatte ICH auch schon mal Kondome benutzt, aber MEINE FRAU hat über Jahre die Pille genommen“ (2-DS-01, 5)</i>	<i>„Also ICH hab dann die Pille genommen, wobei WIR zuerst Kondome genommen haben und dann habe ICH – beim Frauenarzt war ICH und der hat MIR dann die Pille (...) verschrieben“ (15532)</i>

Die Gemeinschaftlichkeit wird, wie gezeigt wurde, in einem Aushandlungsprozess hergestellt. Diese Aushandlungen finden vor allem in Phasen der Neuverhandlung und Reorganisation der Verhütungsfrage statt, z.B. beim Übergang von nicht-konsolidierten zu stabilisierten Beziehungen (s. Abschnitt 4.2). Beide bringen zunächst ihre eigenen Interessen und Umgangsweisen mit Verhütung ein, dann gibt es einen Punkt, an dem sich die Verhütung verändert und dies wird in der Form einer gemeinschaftlichen Gestaltung der weiteren Verhütung gehalten.

Die folgenden Beispiele zeigen einen Prozess, bei dem das ICH und das SIE zu einer Lösung mit einem WIR finden vor dem Hintergrund einer egalitären Einstellung:

Aus der Sicht von Männern:

*„Ich hatte von Anfang an immer, wenn ich raus gegangen bin, immer Kondome mitgebracht. Dass mir also da nichts widerfährt. Und als ich dann merkte, dass das mit der damaligen Partnerin ernster wurde, haben wir uns natürlich darüber unterhalten. Von Kondomen hielt sie nicht viel. War also kein Freund von Kondomen. Hatte dann auch nichts dagegen die Pille zu schlucken, und dann haben wir gesagt, gut dann belassen wir's dabei. Sie nimmt die Pille, wenn sie möchte. Und ich brauch dann auf Verhütung nicht achten. Na gut ich hab dann äh gefragt, ob sie die Pille genommen hat hab se mal auch dran erinnert aber mehr oder weniger hat sie die Verhütung selbst übernommen.“ (2-OZ-04, 7)*

*„Das wurde nicht ein für alles Mal ausgehandelt, das ändert sich, am Anfang war des so, dass wir rein nur mit Kondom, da musste aber nicht viel verhandelt werden, um das zu beenden, denn des war für beide nicht so arg zufrieden stellend [...] Das wurde besprochen, also wenn ich das entscheiden würde, würde sie mir einen pfeifen und umgekehrt.“ (4-PK-03, 11)*

*„Ich bin eigentlich gegen Pillen grundsätzlich, und dann hab ich gesacht, können wir nich irgendwat anderes machen. (...) Wir haben uns darüber unterhalten und meine Frau hat das dann gemacht.“ (2-MH-04, 13)*

Aus der Sicht von Frauen:

*„Dann hab ich mich weiter informiert über Verhütung ...ich wollte das einfach nimmer... und dann haben wir uns Gedanken gemacht drüber, wie soll es weitergehen, was für Möglichkeiten gibt es...und dann haben wir für uns die Entscheidung getroffen, dass ich mich sterilisieren lasse“ (15914)*

*„Da haben wir uns daraufhin geeinigt, dass ich zum Frauenarzt gehe und habe mir die Pille verschreiben lassen. Weil das ist langfristig gesehen für uns eben die einfachere Variante.“ (9022)*

Die Aushandlung kann gerade vor dem Hintergrund der reproduktiven Autonomie der Frau oder vor dem Hintergrund der Arbeitsteilung, dass Verhütung ihr Bereich ist (Motiv des Normalen) recht kurz von der Frau entschieden werden:

Aus der Sicht von Männern

*„Nee, sagt sie: Dann mach ich das lieber. (...) Sie sagt, wann sie schwanger werden will oder nicht, und ich, ne, dann sagt sie, ne, ne d, pass ich dann lieber auf.“ (2-OZ-01, 8f.)*

*„Wenn eben über Verhütung war, dann wurde dann gesagt: Ist gut, ja, ich nimm sowieso die Pille da brauchst dich nicht drum zu kümmern.“ (2-OZ-02, 8)*

*„Ich hatt eigentlich immer das Glück, dass meine Frauen, die ich hatte, von sich aus schon ziemlich genaue Vorstellungen hatten, wie sie verhüten wollten“ (3-SK-06, 9)*

*„Der Entscheidungsprozess, der ging an mir vorbei eigentlich, weil sie von Anfang an die Pille hatte. Das war nie abgesprochen. Ich wusste nur, sie nimmt die Pille und wenn sie sie eben weg lässt, dann äh ist sie eben schwanger.“ (2-MH-07, 9f.)*

Aus der Sicht einer Frau:

*„Es war auch für mich sofort klar, dass wenn, dann die Pille. Und ich weiß gar nicht genau, wie das bei ihm war, ob mit ihm das auch klar war, dass ich verhüten muss (...). Aber wir hatten uns schon drüber abgesprochen und für mich war das eigentlich selbstverständlich.“ (11201)*

## 6 Der Umgang mit Risiken

Wenn Verhütung keine symmetrische Angelegenheit zwischen Frauen und Männern ist, wenn sei nach wie vor und bei allen Wegen, sie als gemeinschaftliche Aufgabe zu behandeln, doch Sache der Frau ist, was bedeutet das für Männer? Was bedeutet es für sie, dass Frauen einen direkteren Zugriff auf die reproduktiven Entscheidungen und ihre Umsetzung haben? Eine These könnte sein, dass Männer in besonderem Maß versuchten, die Unsicherheit, die für sie mit dem Thema verbunden ist, dadurch kompensieren, dass sie möglichst eine Kontrolle gewinnen möchten. Sie wollen Risiken minimieren und akzeptieren z.B. ungeplant eingetretene reproduktive Ereignisse, insbesondere ungeplante Schwangerschaften, aber auch ungewollte Kinderlosigkeit weniger als Frauen. Die Gegenthese könnte so lauten: Da Männern dieser Bereich vor allem über die Partnerin vermittelt ist und sie in anderen Lebensbereichen außerhalb der Familie verankert sind, ist es einfacher für sie, ungeplante reproduktive Ereignisse wie ungewollte Schwangerschaften und ungewollte Kinderlosigkeit zu akzeptieren.

Wir wollen diesen Fragen nachgehen, indem wir analysieren, wie Männer über die Risiken, dass ihre Partnerin von ihnen ungewollt schwanger wird oder dass das Paar ungewollt kinderlos bleibt, sowie über mögliche weitere, für sie erzählenswerte Risiken sprechen – vor dem Hintergrund ihres vermittelten Zugangs zur Verhütung. Die herausgearbeiteten Deutungsmuster werden mit den entsprechenden Thematisierungen von Frauen verglichen.

Diese Risiken werden in den qualitativen Interviews angesprochen, auch ohne dass danach gefragt wurde. Wir werden Deutungsmuster heraus arbeiten. In Bezug auf die Verbindung von Verhütung und Schwangerschaft mit dem Aspekt der Risiken sprechen wird in diesem Zusammenhang auch deshalb von einem „Risikodiskurs“.

### 6.1 „Wenn’s passiert, dann passiert’s“: Planungsnotwendigkeit, Planungsgrenzen

Ein verbreitetes Motiv im Rahmen des Risikodiskurses hinsichtlich Verhütung und Schwangerschaft ist die Kommentierung des Eintretens (aber auch Nicht-Eintretens, s.u.) von Schwangerschaften mit „*wenn’s passiert, dann passiert’s*“. Diese Deutung steht auf der einen Seite in einem Zusammenhang mit der Sichtweise, dass man gar nicht so genau planen kann oder planen sollte, also mit einem ‚weichen‘ Planungsbegriff.

*„Wir sagen wenn es passiert dann passiert es. Und so war es dann ja auch. Also wir haben jetzt nicht: Konkret jetzt muss es unbedingt, es muss jetzt funktionieren. Ne also, eher zufällig wenn es passiert, passiert es.“* (1-DK-05, 4)

*„Sagn wer mal so, dass es ganz klar war, dass wenn die Kinder, wenn des Kind kommt, dann kann des komme wann’s will, ja? Speziell drauf hingschafft hemmer jetzt eigentlich net, dass mer also sage, muss jetzt, wird also bestimmte äh-äh-äh Eisprünge beobachtet oder sonst irgendwas, sondern mer hat eifach gsagt, also wenn’s klappt, klappt’s.“* (3-PK-01, 7)

*„Da mir ham geheiratet und dann ham wir nich mehr verhütet und dann ham ma gsagt, und wenn ma, wenn se jetzt schwanger wirsch, isch okay, und wenn net, ja, irgendwann mal schon. Also schon den Wille ghabt, ja, wir möchte jetzt ein Kind. (I:) Ja, aber nicht jetzt sofort, sondern? (P:) Na, wenn’s passiert halt, ja.“* (3-AA-05, 10)

*„Ja, und dann war also, das zweite mehr oder weniger schon geplant. Zwar nicht direkt geplant, wo man sacht, so jetzt müssen wir aber dass endlich au was kommt, und des wurd einfach dann nich verhütet. Wenn's passiert, passiert's.“ (2-MH-08,8)*

Auf der anderen Seite weisen die Zitate, die für das Motiv „Sicherheit“ wiedergegeben wurden, darauf hin, dass es zumindest für bestimmte Männer eben doch nicht so einfach passieren sollte. Nimmt man die Bedeutungen hinzu, die der abgeschlossenen Ausbildung und/oder einem bestimmten Lebensalter und einem Fundus an Erfahrungen zukommen, die als Voraussetzungen ernst genommen werden, um eine Vaterschaft einzugehen oder zu begrüßen, dann spielt das Schaffen von Voraussetzungen dafür, dass eine Familie gegründet wird, auch in dem Leben von Männern eine Rolle. Das Motiv „wenn's passiert, passiert's“ findet sich entsprechend vor allem bei Männern in entsprechend sicheren Partnerschaften.

In der Studie „frauen leben“ wurden die beiden Aspekte als „Planungsnotwendigkeit und Planungsgrenzen“ gefasst. Das Motiv „wenn's passiert, passiert's“ fand sich nahezu identisch bei den befragten Frauen:

*„Ich hab mir keine Gedanken gemacht, nehm ich's nun oder nehm ich's nicht – das war irgendwie bei uns so: Was halt kommt, nimmt man an.“ (17530),*

*„Wenn's passiert, dann soll's so sein“ (6076).*

Diese Einstellung wurde bei den Frauen als „generalisierte Akzeptanz“ bezeichnet, als eine Art „freischwebender Bereitschaft“ für Kinder. Sie stand in einem Zusammenhang

- mit der Ansicht, dass richtige Planung eigentlich gar nicht möglich ist („Planungsdistanz“ und „Planungsverzicht“), z.B. weil es den richtigen Zeitpunkt nicht gibt, weil Verhütung auch nicht immer funktioniert, weil man auch spontan sein muss etc. (Helfferich et al. 2001, 182; Helfferich/Burda 2001, 31ff): „Planen kann man eigentlich gar nicht“ (a.a.O., 40). Die Ansicht korrespondierte mit dem Mythos: „Wenn man's drauf anlegt, dann klappt's sowieso nicht.“ Der Planungsverzicht entlastet von dem Druck „Jetzt muss es sein.“
- mit einer Familienorientierung, einer Ablehnung von Schwangerschaftsabbrüchen und einer Familientradition, Kinder willkommen zu heißen, vor allem im ländlichen Raum um Freiburg;
- mit biografischen Situationen, wie z.B. mit diesem Planungsverzicht einen infertilen Mann zu entlasten oder eine ungewollte Schwangerschaft positiv zu deuten;
- in Einzelfällen auch mit einem religiösen Hintergrund.

Auf der anderen Seite wurde von den befragten Frauen die Notwendigkeit von Planung betont: Planung ist notwendig, dem Kind zu Liebe, und weil an die Mutter hohe Anforderungen gestellt werden, und weil erst die entsprechenden äußeren Umstände hergestellt werden müssen, damit das Kind angemessen aufwachsen kann (Helfferich/Burda 2001).

Beide Aspekte, Planungsnotwendigkeit und Planungsverzicht, können biografisch so vermittelt sein, dass es erst darum geht, planend die Voraussetzungen für Familie zu schaffen und anschließend offen zu sein, was kommt, aber nicht sich mit einer „100-Prozent-Planung“ unter Druck zu setzen. Dabei lag der Akzent in Freiburg und Freiburg Umland darin, dass Kinder nicht zu früh kommen sollten. In Leipzig hatte die „generalisierte Akzeptanz“ den Hintergrund, dass aufgrund der staatlichen Absicherung zu DDR-Zeiten eine frühe Schwangerschaft sowieso als wenig problematisch angesehen wurde und die Voraussetzung, die für ein ‚angemessenes‘ aufwachsen von Kindern definiert waren, niedriger lagen.



Die Ergebnisse legen nahe, dass auch für Männer eine ähnliche Doppelung von Planungsnotwendigkeit und Planungsverzicht relevant ist. Sofern die Voraussetzungen geschaffen sind, würde dieser Planungsverzicht zugleich ihre Distanz zu ihren realen Planungsmöglichkeiten wiedergeben – Planung geschieht vermittelt durch ihre Partnerin.

## 6.2 Akzeptanz ungewollter Schwangerschaften

Für die Frage, ob Männer ungewollte reproduktive Ereignisse akzeptieren, sind die Erzählungen von Interesse, in denen die Partnerin ungewollt schwanger wurde und der Mann diese Schwangerschaft akzeptiert. Die Erzählungen sind nach dem Muster aufgebaut: Das Kind war nicht geplant, jedenfalls nicht stringent und streng, dann ist es „passiert“. Die erste Reaktion ist ein „Schock“ oder „Schreck“ oder „Oh jeh“. Dann folgt die Erzählung, warum die Schwangerschaft nun gerade nicht passte (*war mit 20 zu jung: 4-EF-01; „wir waren grad da in der Beziehung in einer Phase, die nicht ganz so einfach war“: 3-RH-02, 8; „sie hatte gerade eben die erste Arbeitsstelle gefunden nach der Umschulung, wollte sich da erstmal was aufbauen“: 2-MH-08,8; „bin ja noch gar nicht so weit, gell“: 3-AA-05, 6*). Dann ist die Entscheidung aber rasch klar: *Und, aber es war also bei mir persönlich war es eigentlich nur, es war eigentlich von vorne rein klar, dass ich das Kind will trotzdem auch (brummelt) kann ich sagen, dass auch von ihrer Seite aus relativ schnell klar war, okay das ist unser Kind und das wollen wir und das kriegen wir.*“ (3-RH-02, 8). Oder die Akzeptanz des Faktischen wird mit den Worten *„Aber naja, des war halt so“* (3-AA-05, 6) besiegelt. Hintergrund einer Akzeptanz einer ungewollten Schwangerschaft kann auch die Ablehnung eines Schwangerschaftsabbruchs sein und die Einstellung zum Verhütungsrisiko: *„wenn da ein Kind entstehen würde, muss man dazu stehen.“* (4-EF-01)

Die Geschichten, die die Frauen erzählen, unterliegen einer ähnlichen Dramaturgie, die allerdings noch etwas turbulenter geschildert wird. Der große Unterschied besteht darin, dass in den Erzählungen der Frauen die Frage „Schaffe ich das allein?“ eine große Rolle spielt – ein Gedanke der in den Berichten der Männer nicht auftaucht.

Wesentlich für die Entscheidung der Frauen und der Männer ist eine „generalisierten Bereitschaft“ als prinzipielle Einstellung zu Kindern und/oder eine funktionierende Partnerschaft, in der ein Kind für den Mann vorstellbar ist, und vor allem eine Partnerin, die das Kind auch will. Die Akzeptanz oder Ablehnung einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft ist von vielen Faktoren abhängig, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann. Dies gilt, wenn auch auf unterschiedliche Weise, für Frauen und Männer: Die Berichte sowohl von dem Entscheidungsprozess, der zur Akzeptanz oder zum Abbruch der ungewollten Schwangerschaft führte, als auch von dem Erleben des Abbruchs und seiner Verarbeitung unterscheiden sich bei Frauen und Männern.

Dennoch kann aus den vorliegenden Texten nicht geschlossen werden, dass Männer ungewollte Ereignisse weniger akzeptieren als Frauen. Ihre Distanz zur konkreten Gestaltung des reproduktiven Lebens kann durchaus in eine größere Bereitschaft, auf Planung zu verzichten, münden.

Auf einen Vergleich der Aussagen zur subjektiven Sicht auf ungewollte Kinderlosigkeit bei Frauen und Männern wird hier verzichtet, da das Thema Verhütung im Vordergrund steht. Dennoch sei darauf hingewiesen, dass sich auch dort ergibt, dass Männer ungewollte Kinderlosigkeit bei sich eher zu akzeptieren – zumindest von sich aus nicht auf Behandlungen drängen – als Frauen.

### 6.3 Die Frage nach der Notwendigkeit einer 100% sicheren Verhütung

Eine „100%-Verhütung“ könnte maximale Sicherheit geben und das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft auf Null minimieren. Befürworten Männer eine solche technologische Möglichkeit – angesichts der Tatsache, dass sie eine Kontrolle der Risiken durch eine eigene aktive Handlungsübernahme nur in Teilbereichen wahrnehmen können, könnte dies doch eine Entlastung bieten. Unterscheiden sich Männer in ihrer Bewertung einer „100%-Verhütung“ von Frauen? Die Diskussion dieser Fragen ermöglicht einen weiteren Blick auf den männlichen Umgang mit Verhütung und ihren Risiken.

In der Studie „männer leben“ wurde in dem standardisierten Fragebogen eine Reihe von möglichen Zielen reproduktiver Technologien genannt, welche die Befragten mit „Das Ziel finde ich ganz gut“, „Das Ziel finde ich nicht so gut“ und „Das Ziel wird man nie erreichen“ bewerten konnten.<sup>14</sup> Als eines der Ziele war vorgegeben: „100% zuverlässig ausschließen, dass eine Schwangerschaft eintritt“. Analoge Fragen zur Einstellung gegenüber reproduktiven Technologien wurden auch am Ende der qualitativen Interviews gestellt, so dass die Antworten methodisch verglichen werden können.

Die Auswertung der standardisiert erhobenen Antworten zeigten eine positivere Einstellung gegenüber einer „100%-Verhütung“ bei jüngeren Männern und Männern mit einer mittleren Bildungsqualifikation.

**Tabelle 3: Einstellung zur 100% sicheren Verhütung nach Region (in%)**

Region <sup>n.s.</sup>	Gelsen- kirchen	Freiburg Land	Freiburg	Leipzig	Gesamt
<b>100% sichere Verhütung</b>	<i>n=450</i>	<i>n=300</i>	<i>n=301</i>	<i>n=450</i>	<i>n=1501</i>
finde ich ganz gut	<b>55,8</b>	<b>48,4</b>	<b>48,5</b>	<b>49,1</b>	<b>50,9</b>
finde ich nicht so gut	8,2	12,3	12,0	12,9	11,2
das wird man nie erreichen	34,7	37,0	37,2	36,7	36,2
weiß nicht, nicht beantwortbar	1,3 (6)	2,3 (7)	2,3 (7)	1,3 (6)	1,7

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002,

n.s. = die Regionenunterschiede sind nicht signifikant

Fallzahlen unter n=10 werden in Klammern angegeben

<sup>14</sup> Zusätzlich waren die Optionen „Weiß nicht, Frage nicht beantwortbar“ und „Keine Angabe“ gegeben.

**Tabelle 4: Einstellung zur 100% sicheren Verhütung nach Alter (in%)**

<b>Alter (in Jahren)*</b>	<b>25-34</b>	<b>35-44</b>	<b>45-50</b>
<b>100% sichere Verhütung</b>	<i>n=449</i>	<i>n=644</i>	<i>n=408</i>
finde ich ganz gut	<b>55,2</b>	<b>50,1</b>	<b>47,0</b>
finde ich nicht so gut	6,5	12,0	15,2
das wird man nie erreichen	37,0	36,0	35,8
weiß nicht, nicht beantwortbar	1,3 (6)	1,9	2,0 (8)

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002,  
signifikant

\* = die Unterschiede zwischen den Altersgruppen sind

Fallzahlen unter n=10 werden in Klammern angegeben

**Tabelle 5: Einstellung zur 100% sicheren Verhütung nach Bildung (in%)**

<b>Bildungsstand*</b>	<b>1 (niedrig)</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 (hoch)</b>
<b>100% sichere Verhütung</b>	<i>n=292</i>	<i>n=370</i>	<i>n=294</i>	<i>n=540</i>
finde ich ganz gut	<b>49,3</b>	<b>55,1</b>	<b>56,5</b>	<b>45,3</b>
finde ich nicht so gut	13,7	10,0	10,2	11,3
das wird man nie erreichen	34,3	34,1	31,6	41,5
weiß nicht, nicht beantwortbar	2,7 (8)	0,8 (3)	1,7 (5)	1,9

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002,  
gruppen

\* = signifikante Unterschiede zwischen den Bildungs-

Fallzahlen unter n=10 werden in Klammern angegeben

- Im Vergleich der Regionen zeigt sich, dass die positive Einstellung („finde ich ganz gut“) bei den befragten Männern aus Gelsenkirchen mit knapp 56% am verbreitetsten ist und in den übrigen drei Regionen mit rund 49% in etwa gleich ausfällt. Diese Unterschiede sind nicht signifikant.
- Die positive Bewertung des Zieles einer 100%-Verhütung nimmt mit dem Alter signifikant ab und fällt von rund 55% auf 47%. Diese Entwicklung mag damit zu erklären sein, dass im höheren Alter die Familienplanung der Befragten zunehmend abgeschlossen ist und eine absolut sichere Verhütungsmethode als verlässliches Instrument der Familienplanung aus dem Blick gerät.
- Die Bildungsunterschiede sind ebenfalls signifikant: In der höchsten Bildungsgruppe ist die positive Einstellung mit rund 45% am niedrigsten, steigt danach auf rund 56% und fällt dann wieder über 55% auf rund 49% in der niedrigsten Bildungsgruppe ab. Der niedrigste Wert in der höchsten Bildungsgruppe kann dabei insbesondere vor dem Hintergrund der zwei folgenden Erklärungsansätze gedeutet werden: Erstens ist in der Bildungsgruppe der Akademiker am stärksten eine technologische Skepsis vertreten und zweitens schlie-

ßen Akademiker aufgrund des Institutioneneffektes – also aufgrund der längeren Ausbildung und der späteren beruflichen Konsolidierung – am spätesten von allen Bildungsgruppen ihre Familienplanung ab.

Gesamtfazit ist: 51% der Befragten in der standardisierten Befragung finden das Ziel reproduktiver Technologien, den Eintritt einer Schwangerschaft zu 100% zuverlässig auszuschließen, „ganz gut“. Zumindest die Hälfte der Befragten hat also eine positive und befürwortende Haltung zu den Möglichkeiten von Verhütungstechnologien mit dem Ziel einer maximalen Sicherheit.

Das Material der qualitativen Interviews relativiert allerdings dieses Ergebnis: Hier ließen sich viele Differenzierungen aufzeigen, die in die Richtung einer kritischeren Haltung zu einer 100%-Verhütung gehen. Der Vergleich zwischen den beiden Erhebungsmethoden zeigt nicht nur die bekannte Differenz, dass qualitative Befragungen aufgrund ihrer Offenheit stärker Unterschiede abbilden und zu differenzieren vermögen als standardisierte Verfahren. Interessanter ist, dass in der qualitativen Befragung mehr skeptische Argumente genannt wurden. Ordnet man die 101 Antworten in zustimmende, ablehnende und neutrale oder abwägende Muster, zeigt sich, dass die Mehrheit der befragten Männer der Entwicklung reproduktiver Technologien, anhand derer man eine Empfängnis zu 100% ausschließen kann, eher skeptisch gegenüber steht.<sup>15</sup>

Die rekonstruktive Analyse kann nun ein differenzierteres Bild zeichnen. Dabei stimmt – wie bei der Frage der Akzeptanz ungewollter reproduktiver Ereignisse (s. Abschnitt 6.2) – die Richtung der Aussagen von Frauen und Männern überein. Männer scheinen in der qualitativen Studie sogar noch mehr Distanz zu einer exakten Planung mittels einer absolut sicheren Verhütungstechnologie zu haben wie Frauen.

Es lassen sich dabei insgesamt *sechs Motive* bündeln, die sehr konsistent von den befragten Männern thematisiert werden

#### a) *Das Motiv des technologischen Einwands*

Viele Männer stehen als erstes der technologischen Möglichkeit für eine 100%-Verhütung an sich sehr skeptisch gegenüber: „*Ich wüsste nicht, wie man das erreichen sollte*“, „*Dat geht nicht – dat klappt nicht (lacht) – dat klappt nicht (lacht)*“, „*Ich glaube, hier gibt’s fast nichts*“, „*Wobei ich halt den Zusatzpunkt sagen muss, ich bin mir sicher das es nie funktionieren wird, das man’s jemals hundertprozentig hinbekommt*“, „*Also sicher nicht schlecht, aber wesentlich wichtiger fände ich’s, Techniken zu entwickeln, die mit relativen wenigen Nebenwirkungen für den einen oder anderen Part verhakelt sind [...] Frage ist halt, ob das realistisch is.*“ Anhand der beiden letzten Zitate wird dabei ersichtlich, dass das Motiv des technologischen Einwands häufig als ein Einstiegsmotiv gewählt wird, und dass sich hieran weitere Motive anschließen.

Unter den planungskritischen Aussagen der Frauen findet sich ein eigener Argumentationsstrang mit Hinweisen, dass Verhütung nicht immer funktioniert: „*kein Verhütungsmittel ist absolut*“ oder „*100% sicher*“, „*es klappt nicht im-*

---

<sup>15</sup> Dazu, dass die standardisierte Erhebung als Ergebnis mehr Zustimmung zu reproduktiven Technologien, die maximal Empfängnis verhüten, erbrachte, kann auch die Formulierung der Antwortvorgaben beigetragen haben. Der Abtönungspartikel „ganz“ in dem „Finde ich ganz gut“ gibt dieser Antwortkategorie etwas Vages – denn was heißt im Alltagssprachlichen Sinne „Finde ich ganz gut“? –, was den Raum für positive, subjektive Auslegungen öffnet.

mer“, „es geht auch mal schief“ und „kann passieren“. Das schränkt die Planbarkeit ein: „Eine Garantie darf niemand erwarten, aber man kann es versuchen zu lenken, das glaube ich schon, und man tut es ja auch.“ Hier schließt die Semantik der „Zufälle“ und „Unfälle“ an (s.o.), die beinhaltet, dass Frauen kein Kind wollen und doch schwanger werden.

**b) Das Motiv der technologischen Genügsamkeit:**

Ein weiteres technologisches Motiv ist das der Genügsamkeit: Hier wird nicht die Möglichkeit der Entwicklung einer 100%-Verhütung in Abrede gestellt, sondern es wird auf bisherige Verhütungsmethoden rekurriert, insbesondere die der Sterilisation: „Man kann sich doch sterilisieren lassen“, „Die Möglichkeiten, die man heute zu Tage hat auch ausreichend, denke ich“, „Nö, ich meine, das reicht aus, was wir bis jetzt haben“, „Also im Prinzip gibt es diese Technik ja, und, also mir ist z.B. nicht bekannt, das es Schwangerschaften nach einer Sterilisation gegeben haben könnte“, „Also ich find die Pille eigentlich nahezu ein hundertprozentiges Mittel, isch eigentlich nahezu, also für mich gilt des als hundertprozentiges Mittel, deswegen (räuspert sich) sind diese null komma was weiß, also des sind im Promillebereich, echte Spezialitäten, die ma einfach so stehen lassen soll“, „Die ganze Möglichkeiten, dies heute gibt, bieten ja schon relativ oder hochwertige Schutz“.

Entsprechende Passagen bei den Frauen: „Natürlich, das können sie ja. (...) da steht nix dagegen, haja, auf jeden Fall. Wenn ne Frau kein Kind will, warum soll sie dann eins kriegen?“ „da gibt's heute eigentlich schon Möglichkeiten“, „an und für sich kann das / das kann doch jede Frau (heutzutage)“, „man macht / tut / kann es ja“, „man weiß, was zu tun ist“. Die Frauen verweisen hier nicht nur auf die Möglichkeiten, die Verhütung bietet, sondern auch auf die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs, wenn die Verhütung versagt hat.

**c) Das Motiv der Naturbelassenheit:**

Das am häufigsten genannte Motiv ist das der Naturbelassenheit: Die technologische Möglichkeit einer 100%-Verhütung wird grundsätzlich abgelehnt mit in der Regel zwei Begründungsmustern: Erstens sollten keine so weit reichenden Eingriffe in die Natur vorgenommen werden, da hier zu große Missbrauchsgefahr besteht, und zweitens sollte es prinzipiell möglich sein, Kinder zu bekommen: „Ist Unfug. Ist ganz großer Unfug. Damit greif ich wieder ja irgendwo in die Natur ein“, „man sollte absolut nicht in die Natur eingreifen“, „Quatsch, mit Eingriffen [...] ein perfektes Kind zu zaubern“, „Ich denk mal da sollte man doch durchaus der Natur freien Lauf lassen“, „die Natur soll auch ne Chance haben“, „Ja, das ist dann irgendwie ist mir das zu mächtig, diese 100%ige Geschichte, ne?“, „eigentlich nit unbedingt, mein, manchmal het's ja au sine gut Seite, wenn jetzt a ungewollte Schwangerschaft eintritt, es komme zwei wirklich zemme oder sie bleibe binander wo vielleicht vorher nit gwese wär, gell? Und ma sollt nit alles bis auf s letzte könne steuern, des wär irgendwo schade, also a klei weng sollt Natur scho no a weng mitspiele.“

Auch bei den befragten Frauen war die Natur, der man „den Lauf lassen“ sollte, der man nicht „ins Handwerk pfuschen sollt“ und „ihr Vorrecht lassen“ sollte, Bezugspunkt der Argumentation (besonders deutlich bei der Frage, ob man das Geschlecht des Kindes wählen können sollte). Bei den Frauen war aber nicht nur die Natur, sondern auch das „Gefühl aus dem Bauch heraus“ Gegenpart zur Planungsrationaltät: „Ich weiß nicht, ob das immer so vom Kopf entschieden werden kann. Ich denke, dass manche Frauen heutzutage viel zu kopflastig sind. Oft denke ich, dass das gute Bauchgefühl, was manche mal so ab und zu haben, das auch Priorität haben kann“, „Ich denke mal, das soll aus dem Gefühl raus kommen, nicht irgendwie geplant werden.“

**d) Das Motiv der sexuellen Verantwortlichkeit:**

Bei dem Motiv der sexuellen Verantwortlichkeit wird eine 100%-Verhütung deshalb abgelehnt, weil sie der sexuellen Verantwortungslosigkeit und Gedankenlosigkeit Vorschub leisten würde. Dieses Motiv ist aber selten von einer explizit konservativen Konnotation geprägt: „Ansonsten sollten diejenigen, die dieses Kind dann gemacht haben, auch damit fertig werden“, „Weil, wenn es einem dann so leicht gemacht wird, Abtreibung, ich glaub nicht, dass da einer großartig da noch nachdenkt, jetzt abgesehen von Infektionskrankheiten“, „sondern für mich war immer die logische Folgerung, ich bin dann Vater, ich übernehm Verantwortung, und dann halt ich zu der Frau“, „Also ich denk au, dieser 100% Schutz müsste, jo durch de Anwender gewährleistet sein“, „Ne, glaub ich nicht, ich glaub nicht, dass es so gut wäre. Ein klein wenig noch mit dem Gedanken dabei sein, müsst, könnte dabei sein, dass ein klein wenig auch ein Verantwortungsgefühl dabei bleibt“.

Dieses Motiv tauchte bei den befragten Frauen nicht im Zusammenhang mit den Abschlussfragen zur Bewertung von Planungsmöglichkeiten auf, wohl aber im Laufe des Interviews selbst. Einige Frauen schrieben der Pille die Wirkung zu, die in die Richtung der obigen Zitate geht: „Ich habe ja dann die Pille (...) auch weiter genommen, hatte dann auch wechselnde sexuelle Kontakte, würde ich heute sagen, ohne viel drüber nachzudenken, und auch immer diese Gewissheit; Du nimmst ja die Pille und es kann ja auch nichts passieren, Habe dann irgendwann gedacht: Hoppla, ich gehe zu leichtfertig damit um (...) dann habe ich bewusst auch die Pille abgesetzt, damit da auch so ein äußerer Riegel- damit das nicht mehr ganz so (bricht ab)“ (11047). Diese Position wird aber nur von wenigen Frauen geäußert und hängt mit einem spezifischen sozialen und biografischen Hintergrund zusammen. Für die meisten Frauen in den meisten Lebensabschnitten ist sichere Verhütung Voraussetzung für eine angstfreie und lustvolle Sexualität (s. Motiv der Sicherheit).

**e) Das Motiv der konditionalen Befürwortung:**

Neben den bisherigen ablehnenden Motiven gegenüber einer 100%-Verhütung äußern einige Befragte auch befürwortende Motive. Das am häufigsten genannte Motiv ist dabei das der konditionalen Befürwortung. Das heißt, dass die Realisierung einer 100%-Verhütung mit unterschiedlichen Bedingungen verknüpft wird. Zu nennen sind hier vor allem die Reversibilität der Methode und der

Ausschluss von gesundheitlichen Nebenwirkungen. Zudem werden auch Aspekte der einfachen Anwendbarkeit genannt und auch, dass die Methode stets auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruhen muss: *„Also ich sag mal, solange es nich mit Unannehmlichkeiten verbunden is und das Ganze auch jederzeit jetzt rückgängig gemacht werden kann“, „Ja, wenn dat wieder rückgängig zu machen ist“, „ja des würd ich unterstütze ja [...]wenn ich an der Stell die Möglichkeit hätte so was ich sag immer freiwillig ja? [...] wenn des auf freiwilliger Basis geht, dass es ebe Leute gibt, die dann sage ich möchte mich also mehr oder weniger hundertprozentig davor schützen, vor ner Schwangerschaft, also würd ich des unterstützen“, „Also sicher nicht schlecht, aber wesentlich wichtiger fände ich’s, Techniken zu entwickeln, die mit relativen wenigen Nebenwirkungen für den einen oder anderen Part verhakelt sind [...] Frage ist halt, ob das realistisch is“.*

Auch hierzu gibt es entsprechende Überlegungen, die aber eine untergeordnete Rolle spielen, bei den Frauen,

#### **f) Das Motiv der Befürwortung:**

Es gibt auch befürwortende Argumente für die Entwicklung reproduktiver Technologien zur absolut sicheren Planung und Schwangerschaften ohne konditionale Vorbehalte. Bestimmend ist hier überwiegend eine Haltung der pragmatischen Technikakzeptanz, hinter der sich weitere Motive verbergen, die den im Abschnitt 4 vorgestellten Verhütungsmotiven entsprechen. Das Wesentliche ist die Notwendigkeit sicherer Verhütung in festen und nicht festen Beziehungen: In bestimmten Lebensabschnitten ist es von zentraler Bedeutung, dass keine Schwangerschaft eintritt. Dies gilt auch für die Lebensphase, in der die Familienplanung abgeschlossen ist. Befürwortende Argumente verweisen auch darauf, dass letztlich Frauen von der Sicherheit profitieren.

Nimmt man die Erkenntnisse auf der Basis der qualitativen Interviews und der standardisierten Befragung bei Frauen und Männern zusammen, dann gibt es zwar zunächst eine Zeit, in der sichere Verhütung wichtig ist: Die Phase in der erst die Voraussetzungen geschaffen werden, damit Kinder angemessen aufwachsen können. Für Männer bedeutet das vor allem: ein stabiler partnerschaftlicher Kontext. Von einigen Frauen wird das Problem thematisiert, dass es zwar zunächst um die Verhütung einer Schwangerschaft, also um eine Entscheidung gegen ein Kind in einer bestimmten Lebensphase geht, dann aber irgendwann um eine Entscheidung für ein Kind. Ohne diese Entscheidung würde eine sichere Verhütung weiter praktiziert. In der Logik dieser Frauen wird die Entscheidung immer schwieriger, je perfekter Planung ist und je mehr geplant wird: Zwar müssen die Umstände für ein Kind stimmen, aber Frauen sollten *„nicht immer abwägen (...): ich habe jetzt noch keine Wohnung oder ich habe die Ausbildung noch nicht fertig, also manchmal müssen Kinder auch mal kommen“, „sag ich immer, oh Gott, nein, es gibt (...) keine Idealfamilie, jede Familie ist so, wie sie ist, (...) da sollte man nicht zuviel sich Gedanken machen“.* *„Manchmal planen wir alle irgendwie viel zu viel rum und, also, wenn ich meine Freundinnen so angucke, was für uns alles stimmen muss, damit wir irgendwann meinen fähig zu sein ein Kind zu erziehen und irgendwann sind wir zu alt dafür, also, (lacht), - die die Kinder kriegen, die machen sich vielleicht zu wenig Gedanken über die Umstände, die notwendig sind dafür und wir machen uns zuviel Gedanken, und kriegen dann wahrscheinlich irgendwann gar keine Kinder“, „vielleicht sollte man nicht so oft*

*seinen Kopf mit einbringen, vielleicht sollte man auch mal sagen, okay, im Moment ist die Beziehung in Ordnung und ob das dann auf Dauer, und ne Ehe spielt eigentlich erst mal keine Rolle, wenn man ein Kind möchte, man kriegt es. (...) Ich denke, manchmal ist es vielleicht aus dem Bauch heraus auch ganz gut, wenn dann sich das nicht immer alles so planen lässt.“*

Nicht perfekte Planung ist dieser Logik zufolge die einzige Möglichkeit, zu einem Kind zu kommen.

Auch für Männer sehen wir gleichzeitig Planungsnotwendigkeit und Planungsdistanz. Zudem ist bei ihnen die Planungsdistanz eine besondere, weil Planung über die Partnerin vermittelt ist: Sie verhütet, sie bekommt das Kind, sie betreut das Kind.



## 7 Zusammenfassung und Diskussion

Die Hauptergebnisse der Sonderauswertung werden hier in elf Thesen zusammengefasst:

**1. Die Angaben von Männern und Frauen zur Verhütungswahl, zu Gründen, nicht zu verhüten, und zur Verhütung in unverbindlicheren und konsolidierteren Beziehungen entsprechen sich. Es gibt aber eine geschlechtsspezifische Verzerrung in dem Sinn, dass Männer mehr Kondome und Sterilisation des Mannes, Frauen mehr Sterilisation der Frau angeben.**

Die Daten zur aktuellen Verhütung zeigen eine große Übereinstimmung der Angaben von Frauen und von Männern: Die genannten Gründe dafür, nicht zu verhüten, stimmen ebenso überein wie der Einfluss der partnerschaftlichen Situation und des Alters auf die Verhütung. Männer wie Frauen verhüten in unverbindlicheren Beziehungen eher mit dem Kondom, in konsolidierten Beziehungen eher mit der Pille, und eine Sterilisation wird überwiegend erst nach dem Abschluss der Familienplanung durchgeführt. Ein Unterschied besteht allerdings darin, dass Männer mehr von Männern anzuwendende Verhütungsmethoden nennen – Kondome und Sterilisation des Mannes –, während Frauen häufiger die Sterilisation der Frau angeben. Da dieser Unterschied auch gilt, wenn nur Frauen und Männer in fester Partnerschaft einbezogen werden, in denen eine Kommunikation über die Verhütung vorausgesetzt werden kann, kann die Differenz über eine geschlechtsspezifische Wahrnehmungen bzw. ein geschlechtsspezifisches Antwortverhalten erklärt werden, bei dem der eigene aktive Beitrag zur Verhütung deutlicher präsent ist als der Beitrag des anderen Geschlechts (→ Abschnitt 2).

**2. Verhütung ist nach wie vor mehrheitlich Sache der Frau. Der Beitrag von Männern zur Verhütung ist deutlich geringer als der Beitrag der Frauen. Dies gilt, obwohl 61% der Frauen in festen Beziehungen wollen, dass Männer sich an der Verhütung beteiligen, und 96% der Männer selbst proklamieren, dass Verhütung eine gemeinsame Sache sei.**

In festen Partnerschaften nutzen 29% der Männer Kondome und 8% sind sterilisiert; nach den Angaben der Frauen sind es 19% und 4%. Im Kontrast dazu meinen 96% der befragten Männer, Verhütung sei eine gemeinsame Sache. 61% der Frauen in fester Partnerschaft halten die Verhütungsbeteiligung des Mannes zwar für „wichtig“ bzw. „sehr wichtig“.

Männer ohne feste Partnerin verhüten zu einem höheren Anteil mit Kondomen und jeder vierte von ihnen meint, der Mann sollte, „auch ohne groß darüber zu sprechen, die Verhütung selbst in die Hand nehmen“. Der eigene Beitrag der Männer sinkt, wenn sich die Partnerschaft festigt: Dann nämlich wird oft vom Kondom zur Pille gewechselt. „Lassen Männer verhüten“ (Metz-Göckel/Müller 1986: 130ff.) und verweigern sie die Verantwortung? Der Vergleich der Studien „frauen leben“ und „männer leben“ bietet differenziertere Erklärungen und zeigt, dass die Situation komplexer und die Erwartungen widersprüchlich sind (→ Abschnitt 2).

**3. Männer haben in ihrem Leben mehr Verhütungsmethoden kennen gelernt als Frauen.**

Männer haben mehr Verhütungserfahrungen im Leben gesammelt als Frauen: Jeder dritte Mann, aber nur jede fünfte Frau kennt aus eigener Erfahrung vier und mehr Verhütungsmethoden. Für Frauen wie für Männer gilt: Wer öfters den Partner oder die Partnerin wechselt,

wechselt auch öfter die Verhütungsmethode. Männer haben zum einen häufiger die Partnerin gewechselt. Zum anderen bleiben mehr Frauen (17%) ihrer Verhütung (zu 91% der Pille) durchgehend treu (8% der Männer) und behalten sie auch bei, wenn sie eine neue Partnerschaft eingehen (→ Abschnitt 3.1 und 3.2).

#### **4. Sicherheit hat eine größere Bedeutung für Frauen als für Männer. Daher hängen Verhütung und sexuelles Erleben bei Frauen enger zusammen als bei Männern. Sicherheit als Motiv kann bei Männern mit einer Abgrenzung von Frauen zusammenhängen.**

Das Bild („Motiv“) „Sicherheit“ ist für Frauen und Männer wichtig, für Frauen dominiert es aber klar den Verhütungsdiskurs. Dahinter steht für Frauen die Angst, ungewollt schwanger zu werden und die Konsequenzen am eigenen Leib, für die eigene Zukunft lebenslang zu tragen. Die Angst kann ihre sexuelle Lust einschränken – ein Zusammenhang, den Männer nicht herstellen. Das Sicherheitsmotiv führt dazu, dass Frauen sich nicht auf Männer verlassen möchten. Die Sicherheit geht bei Männern nicht nur, aber teilweise mit einem Verhältnis der Distanz und Abgrenzung von Frauen einher. Frauen wollen die Sicherheit für sich und grenzen sich wenn, dann anders gegen Männer ab (→ Abschnitt 4.1, a).

#### **5. Verhütungs- und reproduktive Fragen (z.B. nach Kindern und nach dem Kinderwunsch) sind für Männer eher über die Partnerin vermittelt und für Frauen direkt relevant.**

Ein zweites Motiv für Männer ist, dass sie Frauen glauben und vertrauen müssen. Zusammen mit dem Motiv der Sicherheit betrachtet sehen wir, vereinfacht und zugespitzt ausgedrückt, Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Frauen haben Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft, Männer haben Angst vor Frauen, die ungewollt schwanger werden und sie binden. Frauen verlassen sich auf die Verhütungsmittel Pille und Spirale, Männer verlassen sich auf Frauen, die sorgsam verhüten (→ Abschnitt 4.1, a und b).

#### **6. Frauen sehen sich eher als aktiv Verhütung Gestaltende. Männer haben eher eine „Planungsdistanz“.**

Frauen sprechen von sich, von ihren Entscheidungen und deren Gründen, die sich z.B. auf ihren Körper beziehen, von ihren Wegen zu Verhütung und von der Anwendung der Verhütung als ihren eigenen Aktivitäten. Verhütung erscheint wie eine Art Selbstmanagement der eigenen Fruchtbarkeit. Männer sprechen von eigenen Aktivitäten, wenn sie mit Kondomen verhüten, was aber relativ selten der Fall ist. Hintergrund für die aktive Rolle der Frauen ist, dass sie sich selbst um die Sicherheit der Verhütung, die so wichtig für ihr Leben ist, kümmern wollen, und dass die gängigen Verhütungsmittel wie Pille und Spirale, Verhütungsmittel sind, die auf und in dem Frauenkörper Anwendung finden (→ Abschnitt 5, Abschnitt 4.1, a).

#### **7. Männer konstruieren stärker als Frauen eine gemeinschaftliche Verhütung und sprechen von „wir verhüten mit der Pille“.**

Für Männer in festen Beziehungen bzw. für Männer, die sich nicht von Frauen abgrenzen müssen, hat Gemeinschaftlichkeit von Verhütung einen großen Stellenwert. Die Perspektive von Frauen und Männern unterscheidet sich hier aber tendenziell: Männer sagen „wir haben die Pille genommen“, wo Frauen sagen „Ich habe die Pille genommen“. Umgekehrt sagen Männer „Ich habe das Kondom genommen“ wo Frauen sagen „wir haben mit Kondomen ver-

hütet“. Aus Sicht der Frauen ist mit dem „Wir“ als Verhütungsakteur immer dann Schluss, wenn es um die körperlichen Wirkungen und Abläufe oder um ärztlichen Rat geht.

**8. Bei Männern gibt es zwei Muster, bei denen Verhütung zum (Dauer-?)Thema wird: Egalität (also auch die Beteiligung des Mannes) und Partnerschaftlichkeit sind dabei die wichtigen Eckpunkte des ersten Musters. Bei dem zweiten Muster werden die Aufgaben in dem Paar aufgeteilt wie es üblich ist – und die Frau entscheidet und verhütet. Beide Muster haben ihre Wege, auch dann, wenn die Frau allein den aktiven Part der Verhütung übernimmt, Verhütung als gemeinsame Sache zu gestalten und Gemeinschaftlichkeit herzustellen.**

Wo über Verhütung gesprochen wird – und das ist in den Erzählungen der Frauen und Männer oft in den festeren Beziehungen der Fall – wird das „Sich Gedanken machen“ und die zum Teil dauerhafte Diskursivierung der Verhütung zur gemeinsamen Sache. Die Gemeinschaftlichkeit wird auch dort hergestellt, wo Männer Frauen im Konsens die beanspruchte reproduktive Autonomie zugestehen. Wenn für beide die herkömmliche Aufgabenteilung das „Normale“ ist und sich darüber gerade die Partnerschaft als Gemeinschaftsprojekt definiert, kann Verhütung ebenfalls als gemeinsame Sache, d.h. als Sache des Pares verstanden werden. Wechsel zwischen „männlichen“ und „weiblichen“ Methoden und Methodenkombinationen ermöglichen auch Gemeinschaftlichkeit.

**9. Die Aushandlungsprozesse sind mehr oder weniger intensiv und beziehen Männer mehr oder weniger ein. Das hängt von den Partnerschaftsansprüchen und von der Aufgabenteilung und auf Seiten der Frau von dem Gewicht ab, das den Eigenschaften der Verhütung zugemessen wird: Sicherheit, Bequemlichkeit, Nebenwirkungsfreiheit und Einbezug des Mannes.**

**10. Als Fazit: Das Spannungsverhältnis zwischen dem Anspruch, Verhütung solle gemeinsame Sache sein, und der geringen Beteiligung von Männern an der Verhütung, findet eine komplexe Erklärung:**

- **Frauen beanspruchen Handlungsautonomie im reproduktiven Bereich: Weil Verhütungsrisiken für Frauen gravierendere Konsequenzen haben, wollen sie sich nicht auf Männer verlassen;**
- **Es gibt hauptsächlich Verhütungsmittel für Frauen und deren Anwendung hat zwar Nachteile, aber sie ist für Frauen und Männer sicher und bequem;**
- **Gemeinsamkeit in puncto Verhütung wird auch anders als durch die eigene aktive Beteiligung der Männer hergestellt.**

**11. Männer akzeptieren auch ungeplant eingetretene reproduktive Ereignisse, wenn die Partnerschaft stimmt. Sie setzen nicht auf reproduktive Technologien, um maximale Sicherheit bei der Verhütung zu bekommen.**

Das Motiv der „Wenn’s passiert, passiert’s“ als eine „generalisierte Akzeptanz“ war in den Interviews mit den Männern deutlich präsent – sofern die Rahmenbedingungen für Kinder geschaffen waren und insbesondere die Partnerschaft stimmte. Diese Einstellung bedeutet einen „Planungsverzicht“ (in der speziellen biografischen Phase). Wir haben dies im Kontext der Grenzen von eigenaktiver Planung gesehen – Grenzen die dadurch gegeben sind, dass ihre Partnerin diejenige ist, die verhütet und Kinder bekommt. Diese Einstellung entlastet gleich-

zeitig von dem Druck, planen zu müssen oder an der Zeugung von Kindern „zu arbeiten“. Die Entwicklung einer 100%-sicheren Verhütung fanden in der standardisierten Erhebung die Hälfte der Befragten „ganz gut“; im qualitativen Erhebungsteil zeigte sich allerdings eine deutliche Skepsis und Distanz zu dieser Form perfektionierter Planung.

## Fazit

Die Konfrontation der Perspektiven von Frauen und Männern zeigt einen Zwiespalt und Widerspruch: Überwiegend sind es die Frauen – vor allem in festen Beziehungen –, die verhüten. Männer und Frauen wollen zwar die Beteiligung von Männern, aber die konkrete Praxis bleibt den Frauen überlassen. Den Männern wurde vorgeworfen, die würden nur ein Lippenbekenntnis abgeben und „verhüten lassen“, sie würden die Verantwortung scheuen (Metz-Göckel/Müller 1986, 183ff). Das Bild zeigt eher ein Arrangement zwischen Frauen und Männern und versuche, *dennoch* Gemeinschaftlichkeit bei der Verhütung herzustellen.

Die Betonung partnerschaftlicher Verhütung trotz alleiniger Verhütung durch die Frau stellt somit keinen Widerspruch dar: Ihre praktische Verhütungs-Agency thematisieren Männer vor allem in Hinblick auf den partnerschaftlichen Diskurs über Verhütung, denn *rein praktisch* bleibt ihnen aus ihrer Sicht oftmals nicht viel übrig: *„Pille, ja. Wobei das, also ich persönlich empfinde das is ein bisschen unfair, also ich mein ich würde mit Sicherheit auch verhüten, wenn’s ne Pille für den Mann gebe, da denk ich schon, dass wir uns das teilen würden.“* (1-DK-07, 11)

Der gravierende Unterschied zwischen Frauen und Männern besteht in der Asymmetrie, dass Frauen aktiv Verhütung in die Hand nehmen und gestalten – es ist ihr Körper und ihr Leben, um das es geht. Männer, das ist das Charakteristische, haben einen über die Frau vermittelten Zugang zu dem reproduktiven Bereich.

Die sozialen Folgen der biologischen Tatsache, dass es die Frauen sind, die Kinder bekommen, gehen in den Umgang mit Verhütung ein. Die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft hat eine andere Bedeutung für eine Frau wie für einen Mann. Historisch wurden bis vor wenigen Jahrzehnten Väter nichtehelicher Kinder noch nicht einmal finanziell zur Verantwortung gezogen (auch in einigen Interviews berichten die alleinerziehenden ledigen Mütter von dem Vater, der „den Rückzug“ angetreten hat, der nach den heute geltenden Gesetzen allerdings zahlen muss). Und in den alten Bundesländern wirkte die Tradition der bürgerlichen Familie lange nach und bestimmte das Familienleitbild als Hausfrauenehe, das mit der Festschreibung der herkömmlichen Aufgabenteilung zwischen Mann und Frau in das Familiengesetz einging. Es gibt aber viele Umbrüche und Veränderungen – so wird abzuwarten sein, wie sich die Verhütung als (k)eine gemeinsame Aufgabe von Frauen und Männern weiter entwickeln wird.

## Anhang

Übersicht 1: Vergleich der beiden Erhebungen „männer leben“ und „frauen leben“

Übersicht 2: Quantitative Erhebung des aktuellen Verhütungsverhaltens und der Methodenerfahrungen im Lebenslauf in den Studien „männer leben“ und „frauen leben“

Übersicht 3: Lebensform und Bildungsstand 25-54-jähriger Männer und 20-44-jähriger Frauen nach Erhebungsregion (in %)

Tabelle 1: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Lebensform (in %)

Tabelle 2: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Kinderzahl (in %)

Tabelle 3: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Alter (in %)

Tabelle 4: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Schulabschluss (in %)

Tabelle 5: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Bildungsstatus (in %)

Tabelle 6: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Ost-West (in %)

Tabelle 7: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Erhebungsregion (in %)

Tabelle 8: Methodenerfahrungen der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Alter (in %)

Tabelle 9: Methodenerfahrungen der über 29-jähriger Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Bildungsstand (in %)

Tabelle 10: Methodenerfahrungen der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Ost-West (in %)

Tabelle 11: Methodenerfahrungen der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Erhebungsregion (in %)

Tabelle 12: Verwendung der Pille danach nach Schulabschluss (in %)

Tabelle 13: Verwendung der Pille danach nach Region (in %)

Tabelle 14: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Alter (in %)

Tabelle 15: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Ost-West (in %)

Tabelle 16: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Erhebungsregion (in %)

Tabelle 17: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Bildungsstand (in %)

Tabelle 18: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Zahl fester Partnerschaften (in %)

Tabelle 19: Eingehen von Verhütungsrisiken in bestimmten Lebensphasen nach der Beurteilung des Familienklimas<sup>1</sup> in der Herkunftsfamilie (Anteil der Männer, die (nie) Risiken eingegangen sind in %)

**Übersicht 2: Vergleich der beiden Erhebungen „männer leben“ und „frauen leben“**

	<b>„männer leben. Lebensläufe und Familienplanung“</b>	<b>„frauen leben. Lebensläufe und Familienplanung“</b>
<b>Laufzeit (Jahr der Erhebung)</b>	2001-2004 (2002)	1997-1999 (1998)
<b>Anlage</b>	a) Standardisierte Befragung (Telefoninterviews) b) Qualitativ-biografische Interviews	a) Standardisierte Befragung (Telefoninterviews) b) Qualitativ-biografische Interviews
<b>Stichprobenumfang</b>	I. N=1.503 II. N=102	I. N=1.468 II. N=101
<b>Grundgesamtheit</b>	25-54Jährige	20-44Jährige, deutsche Nationalität
<b>Erhebungsregionen</b>	Gelsenkirchen, Freiburg, Freiburg Umland, Leipzig	Hamburg (Stadt u. Umland), Freiburg (Stadt u. Umland), Leipzig (Stadt u. Umland)

**Übersicht 2: Quantitative Erhebung des aktuellen Verhütungsverhaltens und der Methodenerfahrungen im Lebenslauf in den Studien „männer leben“ und „frauen leben“**

„männer leben“	„frauen leben“
<p style="text-align: center;"><i>Analog auswertbar: (nicht identisch erhoben)</i></p>	<p><i>a) aktuelle Verhütung b) Methodenerfahrung im Lebenslauf (inkl. Methoden, die kurz oder einmalig verwendet wurden)</i></p>
<p><b>A)</b> Das aktuelle Verhütungsverhalten wurde mit folgenden Fragestellungen erhoben:  <u>Männer in fester Partnerschaft:</u> „Welche Verhütungsmittel bzw. -methoden nutzen Sie und/oder Ihre Partnerin zur Zeit“  <u>Männer ohne feste Partnerin:</u> „Welche Verhütungsmittel bzw. -methoden nutzen Sie zur Zeit? Gemeint sind auch Methoden, die grundsätzlich von der Frau verwendet werden.“            ⇒ Es wurden 11 verschiedene Verhütungsmittel bzw. -methoden sowie die Antwortmöglichkeiten „keine Verhütung, da ich keine sexuellen Kontakte habe“ und „keine Verhütung aus anderen Gründen“ vorgelesen und zutreffendes markiert. Mehrfachnennungen (Methodenkombinationen) waren möglich</p> <p><b>B)</b> Methodenerfahrungen im Lebenslauf wurden mit folgender Fragestellung erhoben:            „Welche Verhütungsmittel und -methoden haben sie im Laufe Ihres Lebens benutzt? Eingeschlossen sind auch kurze oder einmalige Erfahrungen sowie Verhütungsmittel, die von der Frau verwendet werden.            ⇒ Es wurden 12 verschiedene Verhütungsmittel bzw. -methoden (inkl. „Pille danach“ sowie die Antwortmöglichkeit „(bisher) keine Verhütungsmethoden verwendet“ vorgelesen und zutreffendes markiert.</p>	<p>Die Ergebnisse zum aktuellen Verhütungsverhalten und zu den Methodenerfahrungen im Lebenslauf basieren auf den Angaben zur Verhütungsbiografie, die in Verbindung mit der biografischen Abfolge der erlebten Partnerschaftsphasen (feste Partnerschaft, Phasen mit kurzen bzw. wechselnden Sexualpartnern oder ohne Partner) erhoben wurde.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>⇒ Angabe aller Verhütungsperioden (inkl. ihrer Dauer), in denen eine Methode mind. 6 Monate ohne Unterbrechung angewendet wurde bzw. eine Phase ohne Verhütung mindestens 6 Monate andauerte.</li> <li>⇒ Vorgabe einer Liste mit 12 verschiedenen Verhütungsmitteln und -methoden</li> <li>⇒ Die Angabe von Methodenkombinationen (max. vier Nennungen) war möglich</li> </ul> <p>Erfahrungen mit Verhütungsmethoden, die über einen kürzeren Zeitraum bzw. nur einmalig genutzt wurden, wurden im Anschluss an die Partnerschafts- und Verhütungsbiografie mit folgender Fragestellung erhoben:</p> <p>„Wenn Sie jetzt bitte noch einmal die Liste mit den Verhütungsmitteln und -methoden durchgehen: Gibt es etwas auf der Liste., das von Ihnen verwendet wurde, aber nur so kurz oder einmalig, dass es hier nicht zur Sprache kam?“ (max. 4 Nennungen)</p> <p>Die Verwendung der „Pille danach“ wurde – obwohl sie in der Liste der Verhütungsmethoden aufgeführt war – noch einmal gesondert erfragt (inkl. Häufigkeit und dem jeweiligen Jahr der Nutzung)</p>

**Übersicht 3: Lebensform und Bildungsstand 25-54jähriger Männer und 20-44jähriger Frauen nach Erhebungsregion (in %)**

Erhebungsregion	Männer				Frauen					
	Gelsen- kirchen	Freiburg Umland	Freiburg	Leipzig	Hamburg Land	Hamburg	Freiburg Land	Freiburg	Leipzig Land	Leipzig
<b>Lebensform */**</b>	<i>n=390</i>	<i>n=279</i>	<i>n=267</i>	<i>n=393</i>	<i>n=215</i>	<i>n=203</i>	<i>n=198</i>	<i>n=198</i>	<i>n=321</i>	<i>n=333</i>
<b>verheiratet</b>	63,0	72,7	51,7	52,1	68,8	40,4	59,1	37,4	68,4	45,4
<b>nichtehel. Lebensge- meinschaft</b>	12,1	11,1	14,2	20,6	13,5	19,7	16,2	16,2	9,4	19,8
<b>feste Partnerschaft in getrennten Haushalten</b>	8,5	4,7	12,7	10,2	4,7	13,3	10,6	22,2	12,8	15,0
<b>Single</b>	16,4	11,5	21,4	17,1	13,0	26,6	14,1	24,2	9,4	19,8
<b>Bildungsstand */**</b>	<i>n=387</i>	<i>n=279</i>	<i>n=267</i>	<i>n=392</i>	<i>n=215</i>	<i>n=203</i>	<i>n=198</i>	<i>n=198</i>	<i>n=321</i>	<i>n=333</i>
<b>1 (niedrig)</b>	31,2	32,6	9,4	2,8	25,1	8,4	23,7	15,2	4,7	6,0
<b>2</b>	20,9	24,7	19,5	32,7	41,8	30,0	40,9	16,7	49,8	36,7
<b>3</b>	26,4	21,2	13,9	18,9	21,9	33,0	24,8	35,8	29,3	30,0
<b>4 (hoch)</b>	21,5	21,5	57,2	45,6	11,2	28,6	10,6	32,3	16,2	27,3

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen



## Tabellen zum Abschnitt 2 (aktuelles Verhütungsverhalten):

**Tabelle 1: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Lebensform (in %)**

Lebensform Verhütungsmittel bzw. - methode	Männer				Frauen			
	VER <i>n=617</i>	NEL <i>n=158</i>	LAT <i>n=109</i>	SINGLE <i>n=170</i>	VER <i>n=655</i>	NEL <i>n=191</i>	LAT <i>n=176</i>	SINGLE <i>n=132</i>
<b>Pille*/**</b>	37,9	58,2	69,7	47,1	38,8	66,0	64,8	52,3
<b>Kondom*/**</b>	23,5	37,3	45,9	82,9	19,2	17,3	19,9	37,9
<b>Spirale*/**</b>	18,2	8,9	3,7 (4)	4,1 (7)	17,4	9,4	9,1	10,6
<b>natürliche Methoden</b>	2,4	2,5 (4)	0,9 (2)	1,2 (2)	8,4	7,9	6,8	8,3
<b>Sterilisation der Frau*/**</b>	6,3	1,9 (3)	-	1,8 (3)	13,1	3,1 (6)	1,7 (3)	3,0 (4)
<b>Sterilisation des Mannes*/**</b>	13,5	0,6 (1)	4,6 (5)	2,9 (5)	5,2	1,1 (2)	1,1 (2)	-
<b>Sonstiges</b>	7,1	4,4 (7)	4,6 (5)	3,5 (6)	4,4	6,3	5,7	5,3 (7)

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

In der Kategorie „Sonstiges“ sind Verhütungsmethoden zusammengefasst, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern jeweils unter 3% liegen (Diaphragma, Salben/Zäpfchen, Dreimonatsspritze, Persona, Coitus interruptus)

VER = verheiratet zusammenlebend, NEL = nichteheliche Lebensgemeinschaft, LAT = Feste Partnerschaft in getrennten Haushalten, SINGLE = keine feste Partnerschaft

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

**Tabelle 2: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Kinderzahl (in %)**

Kinderzahl	Männer				Frauen			
	0 <i>n=373</i>	1 <i>n=237</i>	2 <i>n=331</i>	3+ <i>n=113</i>	0 <i>n=393</i>	1 <i>n=256</i>	2 <i>n=403</i>	3+ <i>n=102</i>
<b>Verhütungsmittel bzw. - methode</b>								
<b>Pille*/**</b>	59,8	46,8	37,2	22,1	67,7	44,9	39,7	21,6
<b>Kondom*</b>	56,3	32,9	25,7	19,5	24,9	21,1	18,9	15,7
<b>Spirale*/**</b>	4,8	13,5	19,9	18,6	3,8	18,4	18,6	24,5
<b>natürliche Methoden</b>	1,3 (5)	2,5 (6)	1,8 (6)	4,4 (5)	9,4	6,3	7,9	7,8 (8)
<b>Sterilisation der Frau*/**</b>	0,5 (2)	3,4 (8)	7,0	10,6	0,5 (2)	7,4	13,2	24,5
<b>Sterilisation des Mannes*/**</b>	1,9 (7)	5,9	13,9	23,9	1,5 (6)	1,6 (4)	4,7	8,8 (9)
<b>Sonstiges</b>	4,8	6,3	6,3	7,1 (8)	6,4	5,9	3,5	3,9 (4)

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

In der Kategorie „Sonstiges“ sind Verhütungsmethoden zusammengefasst, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern jeweils unter 3% liegen (Diaphragma, Salben/Zäpfchen, Dreimonatsspritze, Persona, Coitus interruptus)

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

**Tabelle 3: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Alter (in %)**

Alter in Jahren Verhütungsmittel / bzw. -methode	Männer					Frauen				
	25-29 <i>n=142</i>	30-34 <i>n=238</i>	35-39 <i>n=292</i>	40-44 <i>n=221</i>	45-49 <i>n=161</i>	20-24 <i>n=170</i>	25-29 <i>n=168</i>	30-34 <i>n=277</i>	35-39 <i>n=299</i>	40-44 <i>n=240</i>
<b>Pille*/**</b>	72,5	47,5	40,4	40,3	36,7	82,9	61,3	44,8	37,8	34,2
<b>Kondom*</b>	46,5	41,2	40,4	29,9	29,2	22,4	22,6	23,5	18,1	20,4
<b>Spirale*/**</b>	5,6 (8)	10,9	16,1	14,5	14,9	2,4 (4)	11,9	17,3	17,1	16,3
<b>natürliche Methoden**</b>	1,4 (2)	2,1 (5)	2,4 (7)	2,7 (6)	1,2 (2)	1,2 (2)	5,4 (9)	11,2	9,7	9,2
<b>Sterilisation der Frau*/**</b>	-	2,5 (6)	3,8	6,3	8,7	-	2,4 (4)	4,3	14,7	16,3
<b>Sterilisation des Man- nes*/**</b>	-	3,8 (9)	8,2	16,3	15,5	-	1,2 (2)	3,3 (9)	4,7	5,4
<b>Sonstiges</b>	2,8 (4)	8,4	5,5	5,0	6,8	0,6 (1)	5,4 (9)	6,1	5,0	6,7

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

In der Kategorie „Sonstiges“ sind Verhütungsmethoden zusammengefasst, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern jeweils unter 3% liegen (Diaphragma, Salben/Zäpfchen, Dreimonatsspritze, Persona, Coitus interruptus)

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

**Tabelle 4: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Schulabschluss (in %)**

Schulabschluss Verhütungsmittel bzw. -methode	Männer			Frauen		
	8./9. Klasse <i>n=200</i>	10. Klasse <i>n=356</i>	12./13. Klasse <i>n=483</i>	8./9. Klasse <i>n=123</i>	10. Klasse <i>n=570</i>	12./13. Klasse <i>n=461</i>
<b>Pille**</b>	41,0	49,4	45,6	37,4	49,8	50,5
<b>Kondom*/**</b>	27,5	34,3	43,5	14,6	16,5	28,6
<b>Spirale</b>	16,5	13,2	11,6	18,7	14,0	12,8
<b>natürliche Methoden</b>	1,5 (3)	1,7 (6)	2,7	4,9 (6)	7,4	9,8
<b>Sterilisation der Frau*/**</b>	8,5	3,9	2,9	16,3	11,1	3,5
<b>Sterilisation des Mannes*/**</b>	14,5	7,0	8,3	10,6	2,6	2,2
<b>Sonstiges</b>	2,5 (5)	6,5	6,4	1,6 (2)	5,1	5,9

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

In der Kategorie „Sonstiges“ sind Verhütungsmethoden zusammengefasst, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern jeweils unter 3% liegen (Diaphragma, Salben/Zäpfchen, Dreimonatsspritze, Persona, Coitus interruptus)

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

**Tabelle 5: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Bildungsstatus (in %)**

Bildungsstatus Verhütungsmittel bzw. - methode	Männer				Frauen			
	1 (niedrig) <i>n=192</i>	2 <i>n=270</i>	3 <i>n=208</i>	4 (hoch) <i>n=381</i>	1 (niedrig) <i>n=143</i>	2 <i>n=443</i>	3 <i>n=331</i>	4 (hoch) <i>n=237</i>
<b>Pille**</b>	42,2	49,6	43,8	46,2	42,0	49,9	54,1	43,5
<b>Kondom*/**</b>	28,7	34,8	35,6	44,9	14,0	16,3	24,8	29,5
<b>Spirale</b>	15,6	13,0	13,0	11,6	16,1	14,2	13,0	13,9
<b>natürliche Methoden</b>	1,0 (2)	1,1 (3)	2,4 (5)	3,2	4,2 (6)	8,4	7,0	11,4
<b>Sterilisation der Frau*/**</b>	8,3	4,1	4,3 (9)	2,4 (9)	15,4	11,3	5,4	3,8 (9)
<b>Sterilisation des Mannes*/**</b>	13,0	7,0	11,1	6,8	9,8	2,7	2,4 (8)	1,7 (4)
<b>Sonstiges**</b>	3,1 (6)	7,0	7,7	5,5	2,1 (3)	4,3	4,2	9,3

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

In der Kategorie „Sonstiges“ sind Verhütungsmethoden zusammengefasst, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern jeweils unter 3% liegen (Diaphragma, Salben/Zäpfchen, Dreimonatsspritze, Persona, Coitus interruptus)

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

**Tabelle 6: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Ost-West (in %)**

Region	Männer			Frauen		
	Ost <i>n=319</i>	West <i>n=735</i>	Gesamt <i>n=1054</i>	Ost <i>n=534</i>	West <i>n=620</i>	Gesamt <i>n=1154</i>
<b>Verhütungsmittel bzw. -methode</b>						
<b>Pille**/**</b>	53,3	42,5	45,7	55,8	42,7	48,8
<b>Kondom</b>	40,8	36,1	37,5	18,9	23,1	21,1
<b>Spirale**/**</b>	9,7	14,4	13,0	11,6	16,1	14,0
<b>natürliche Methoden**</b>	1,6 (5)	2,3	2,1	5,6	10,2	8,1
<b>Sterilisation der Frau</b>	3,1	4,8	4,3	10,3	7,1	8,6
<b>Sterilisation des Mannes**/**</b>	1,6 (5)	12,1	8,9	0,6 (3)	5,7	3,3
<b>Sonstiges</b>	7,2	5,3	5,9	4,5	5,5	5,0

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

In der Kategorie „Sonstiges“ sind Verhütungsmethoden zusammengefasst, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern jeweils unter 3% liegen (Diaphragma, Salben/Zäpfchen, Dreimonatsspritze, Persona, Coitus interruptus)

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

**Tabelle 7: Verhütungsmethoden der Männer und Frauen, die zum Befragungszeitpunkt verhüten, nach Erhebungsregion (in %)**

Erhebungsregion	Männer				Frauen					
	Gelsen- kirchen <i>n=318</i>	Freiburg Umland <i>n=221</i>	Freiburg <i>n=196</i>	Leipzig <i>n=319</i>	Hamburg Land <i>n=167</i>	Hamburg <i>n=149</i>	Freiburg Land <i>n=155</i>	Freiburg <i>n=149</i>	Leipzig Land <i>n=269</i>	Leipzig <i>n=265</i>
<b>Pille*/**</b>	47,8	40,7	35,7	53,3	43,1	45,0	42,6	40,3	52,8	58,9
<b>Kondom*</b>	38,1	24,4	45,9	40,8	18,6	24,2	21,3	28,9	17,1	20,8
<b>Spirale*</b>	11,0	18,1	15,8	9,7	20,4	14,1	12,9	16,8	12,3	10,9
<b>natürliche Methoden**</b>	0,9 (3)	2,7 (6)	4,1 (8)	1,6 (5)	6,0	10,1	11,0	14,1	5,2	6,0
<b>Sterilisation der Frau*/**</b>	5,4	7,2	1,0 (2)	3,1	7,2	6,0 (9)	11,6	3,4 (5)	12,6	7,9
<b>Sterilisation des Man- nes*/**</b>	12,9	13,1	9,7	1,6 (5)	6,0	6,7	7,1	2,7 (4)	0,7 (2)	0,4 (1)
<b>Sonstiges*</b>	2,5 (8)	8,2	6,8	7,2	5,4 (9)	6,0 (9)	2,6 (4)	8,1	4,5	4,5

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

In der Kategorie „Sonstiges“ sind Verhütungsmethoden zusammengefasst, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern jeweils unter 3% liegen (Diaphragma, Salben/Zäpfchen, Dreimonatsspritze, Persona, Coitus interruptus)

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

## Tabellen zum Abschnitt 3 (Erfahrungen mit Verhütungsmethoden):

**Tabelle 8: Methodenerfahrungen Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Alter (in %)**

Alter in Jahren	Männer					Frauen				
	25-29 <i>n=160</i>	30-34 <i>n=286</i>	35-39 <i>n=353</i>	40-44 <i>n=278</i>	45-49 <i>n=233</i>	20-24 <i>n=187</i>	25-29 <i>n=223</i>	30-34 <i>n=362</i>	35-39 <i>n=360</i>	40-44 <i>n=294</i>
<b>Pille</b>	96,3	92,0	95,2	93,9	92,7	94,7	96,0	94,8	95,3	94,2
<b>Kondom*/**</b>	96,9	89,9	91,5	83,5	76,0	71,7	76,7	68,5	58,6	61,2
<b>Spirale*/**</b>	17,5	23,1	34,3	43,5	38,6	3,7 (7)	12,6	22,7	33,1	34,0
<b>Coitus interruptus*</b>	19,4	19,6	24,7	25,5	33,1	9,6	12,1	17,1	16,7	17,4
<b>natürliche Methoden*/**</b>	14,4	18,5	25,8	27,7	22,8	6,4	19,3	27,4	30,6	21,1
<b>Salben, Zäpfchen*/**</b>	3,1 (5)	7,0	13,6	22,3	23,6	2,7 (5)	8,1	12,7	18,3	16,7
<b>Diaphragma**</b>	5,0 (8)	5,9	10,2	9,7	8,2	-	2,7 (6)	7,2	8,1	2,7 (8)
<b>Sterilisation der Frau*/**</b>	0,6 (1)	4,2	4,8	13,3	12,5	-	1,8 (4)	3,3	12,2	13,3
<b>Sterilisation des Mannes*/**</b>	-	3,2 (9)	6,8	13,0	10,7	-	1,4 (3)	3,3	4,4	5,4

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

Verhütungsmethoden, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern unter 5% liegt, werden nicht dargestellt

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen



**Tabelle 9: Methodenerfahrungen der über 29jährigen Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Bildungsstand (in %)**

Bildungsstand Verhütungsmittel / bzw. - methode	Männer				Frauen			
	1 (niedrig) <i>n=118</i>	2 <i>n=406</i>	3 <i>n=234</i>	4 (hoch) <i>n=258</i>	1 (niedrig) <i>n=118</i>	2 <i>n=406</i>	3 <i>n=234</i>	4 (hoch) <i>n=258</i>
<b>Pille</b>	94,0	96,3	93,6	91,5	98,3	94,8	94,0	93,8
<b>Kondom*/**</b>	82,4	82,6	85,1	91,3	51,7	59,6	65,4	70,9
<b>Spirale</b>	37,0	30,7	35,9	35,0	29,7	31,5	29,9	26,4
<b>Coitus interruptus**</b>	20,4	27,0	22,2	28,8	11,9	13,3	18,4	24,0
<b>natürliche Methoden*/**</b>	12,0	18,1	22,6	35,7	13,6	20,2	30,3	39,5
<b>Salben, Zäpfchen*</b>	19,4	11,3	19,0	15,7	13,6	12,8	17,5	20,2
<b>Diaphragma*/**</b>	2,8 (6)	6,1	6,9	14,9	0,9 (1)	2,2 (9)	9,0	12,4
<b>Sterilisation der Frau*/**</b>	14,4	7,5	9,7	4,6	17,0	11,8	7,7	3,5 (9)
<b>Sterilisation des Mannes**</b>	11,6	6,5	9,3	6,7	11,0	3,9	4,3	1,9 (5)

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

Verhütungsmethoden, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern unter 5% liegt, werden nicht dargestellt

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

**Tabelle 10: Methodenerfahrungen der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Ost-West (in %)**

Region Verhütungsmittel / -methode	Männer			Frauen		
	Ost <i>n=386</i>	West <i>n=924</i>	Gesamt <i>n=1310</i>	Ost <i>n=632</i>	West <i>n=794</i>	Gesamt <i>n=1426</i>
<b>Pille</b>	95,6	93,2	93,9	95,9	94,2	95,0
<b>Kondom**</b>	87,3	87,3	87,3	62,2	69,4	66,2
<b>Spirale*/**</b>	24,6	35,8	32,5	18,3	27,3	23,6
<b>Coitus interruptus*</b>	29,3	22,6	24,6	16,9	14,0	15,3
<b>natürliche Methoden**</b>	23,3	22,4	22,7	19,6	25,4	22,9
<b>Salben, Zäpfchen*/**</b>	3,6	19,1	14,5	1,7	21,8	12,9
<b>Diaphragma*/**</b>	3,9	10,0	8,2	0,3 (2)	8,4	4,8
<b>Sterilisation der Frau**</b>	5,4	8,1	7,3	8,7	5,5	6,9
<b>Sterilisation des Mannes*/**</b>	1,3 (5)	9,6	7,2	0,5 (3)	5,5	3,3

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

Verhütungsmethoden, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern unter 5% liegt, werden nicht dargestellt

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

**Tabelle 11: Methodenerfahrungen der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Erhebungsregion (in %)**

Region	Männer				Frauen					
	Gelsen- kirchen <i>n=388</i>	Freiburg Umland <i>n=276</i>	Freiburg <i>n=260</i>	Leipzig <i>n=386</i>	Hamburg Land <i>n=211</i>	Hamburg <i>n=199</i>	Freiburg Land <i>n=190</i>	Freiburg <i>n=194</i>	Leipzig Land <i>n=311</i>	Leipzig <i>n=321</i>
<b>Verhütungsmittel / - methode</b>										
<b>Pille**</b>	94,3	92,0	92,7	95,6	95,3	97,0	94,2	90,2	96,1	95,6
<b>Kondom**/**</b>	86,9	82,6	93,1	87,3	63,0	73,9	65,3	75,8	58,8	65,4
<b>Spirale**/**</b>	34,3	34,8	39,2	24,6	28,0	26,6	26,3	28,4	19,9	17,8
<b>Coitus interruptus**/**</b>	18,8	20,7	30,4	29,3	7,6	14,1	11,6	23,2	17,4	16,5
<b>natürliche Metho- den**/**</b>	13,4	20,7	37,7	23,3	17,1	24,6	25,8	35,1	17,4	21,8
<b>Salben, Zäpfchen**/**</b>	20,1	16,3	20,4	3,6	20,4	23,1	21,6	22,2	1,6 (5)	1,9 (6)
<b>Diaphragma**/**</b>	5,9	5,4	20,8	3,9	3,3 (7)	12,1	3,7 (7)	15,0	-	0,6 (2)
<b>Sterilisation der Frau**/**</b>	8,3	12,0	3,9	5,4	5,7	4,5 (9)	9,5	2,6 (5)	10,9	6,5
<b>Sterilisation des Man- nes**/**</b>	10,6	10,5	7,3	1,3 (5)	5,2	6,5	7,4	3,1 (6)	0,6 (2)	0,3 (1)

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Mehrfachnennungen möglich, Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

Verhütungsmethoden, deren Häufigkeit bei beiden Geschlechtern unter 5% liegt, werden nicht dargestellt

\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Männern

\*\* = signifikante Gruppenunterschiede bei den Frauen

**Tabelle 12: Verwendung der Pille danach nach Schulabschluss (in %)**

Schulabschluss Verhütungsmittel bzw. -methode	Männer			Frauen		
	8./9. Klasse <i>n=255</i>	10. Klasse <i>n=438</i>	12./13. Klasse <i>n=605</i>	8./9. Klasse <i>n=157</i>	10. Klasse <i>n=705</i>	12./13. Klasse <i>n=580</i>
<b>ja</b>	5,1	5,3	11,4	0,6 (1)	5,2	14,0
<b>nein</b>	94,9	94,7	88,6	99,4	94,8	86,0

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

\* = signifikante Gruppenunterschiede

**Tabelle 13: Verwendung der Pille danach nach Region (in %)**

Erhebungs- region	Männer*					Frauen*						
	Gelsen- kirchen <i>n=388</i>	Freiburg Umland <i>n=277</i>	Freiburg <i>n=264</i>	Leipzig <i>n=390</i>	Gesamt <i>n=1319</i>	Hamburg Land <i>n=214</i>	Hamburg <i>n=199</i>	Freiburg Land <i>n=194</i>	Freiburg <i>n=194</i>	Leipzig Land <i>n=316</i>	Leipzig <i>n=325</i>	Gesamt <i>n=1442</i>
<b>ja</b>	4,1	5,1	18,9	6,9	8,1	3,3 (7)	17,1	10,8	19,6	0,9 (3)	4,9	8,3
<b>nein</b>	95,9	94,9	81,1	93,1	91,9	96,7	82,9	89,2	80,4	99,1	95,1	91,7

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben

\* = signifikanter Unterschied zwischen den Erhebungsregionen

**Tabelle 14: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Alter (in %)**

Alter in Jahren Anzahl Verhütungsmittel / -methoden	Männer*					Frauen*				
	25-29 <i>n=160</i>	30-34 <i>n=286</i>	35-39 <i>n=353</i>	40-44 <i>n=278</i>	45-49 <i>n=233</i>	20-24 <i>n=187</i>	25-29 <i>n=223</i>	30-34 <i>n=362</i>	35-39 <i>n=360</i>	40-44 <i>n=294</i>
<b>1</b>	4,4 (4)	8,4	4,8	8,3	11,6	26,7	13,9	16,0	14,7	15,3
<b>2</b>	50,0	40,2	33,4	20,1	23,6	54,6	50,2	33,7	32,5	31,6
<b>3</b>	19,4	25,5	26,6	30,6	28,3	15,5	22,0	27,6	25,0	30,3
<b>4 und mehr</b>	26,2	25,9	35,2	41,0	36,5	3,2 (6)	13,9	22,7	27,8	22,8
<b>Mittelwert</b>	2,8	2,8	3,2	3,4	3,3	2,0	2,4	2,6	2,8	2,7

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben \* = signifikante Altersgruppenunterschiede

**Tabelle 15: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Ost-West (in %)**

Anzahl Verhütungsmittel / -methoden	Region	Männer*			Frauen*		
		Ost <i>n=386</i>	West <i>n=924</i>	Gesamt <i>n=1310</i>	Ost <i>n=632</i>	West <i>n=794</i>	Gesamt <i>n=1426</i>
	<b>1</b>	8,8	6,9	7,5	21,4	12,8	16,6
	<b>2</b>	36,0	30,9	32,4	44,4	33,4	38,3
	<b>3</b>	27,7	26,2	26,6	21,4	28,0	25,0
	<b>4 und mehr</b>	27,5	36,0	33,5	12,8	25,8	20,1
	<b>Mittelwert</b>	2,9	3,2	3,1	2,3	2,8	2,6

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

\* = signifikante Gruppenunterschiede

**Tabelle 16: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Erhebungsregion (in %)**

Region	Männer*				Frauen*					
	Gelsen- kirchen <i>n=388</i>	Freiburg Umland <i>n=276</i>	Freiburg <i>n=260</i>	Leipzig <i>n=386</i>	Hamburg Land <i>n=211</i>	Hamburg <i>n=199</i>	Freiburg Land <i>n=190</i>	Freiburg <i>n=194</i>	Leipzig Land <i>n=311</i>	Leipzig <i>n=321</i>
<b>Anzahl Verhütungsmittel / -methoden</b>										
<b>1</b>	7,7	6,5	6,2	8,8	14,7	11,6	14,7	10,3	22,5	20,3
<b>2</b>	34,8	31,2	24,6	36,0	40,8	34,1	32,1	25,8	44,0	44,8
<b>3</b>	26,8	32,2	18,9	27,7	28,9	25,1	27,9	29,9	22,2	20,6
<b>4 und mehr</b>	30,7	30,1	50,3	27,5	15,6	29,2	25,3	34,0	11,3	14,3
<b>Mittelwert</b>	3,0	3,0	3,7	2,9	2,5	2,9	2,7	3,1	2,2	2,3

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

\* = signifikante Gruppenunterschiede zwischen den Erhebungsregionen

**Tabelle 17: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Bildungsstand (in %)**

Bildungsstand Anzahl Verhütungsmittel / - methoden	Männer				Frauen*			
	1 (niedrig) <i>n=244</i>	2 <i>n=324</i>	3 <i>n=267</i>	4 (hoch) <i>n=471</i>	1 (niedrig) <i>n=177</i>	2 <i>n=535</i>	3 <i>n=408</i>	4 (hoch) <i>n=306</i>
1	7,8	8,3	9,4	5,5	20,3	20,0	14,2	11,8
2	34,8	33,0	28,5	32,9	44,1	38,3	42,2	29,7
3	27,5	30,9	26,2	23,8	24,3	25,4	23,8	26,5
4 und mehr	29,9	27,8	35,9	37,8	11,3	16,3	19,9	32,0
<b>Mittelwert</b>	3,0	3,0	3,1	3,3	2,3	2,4	2,6	2,9

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

\* = signifikante Bildungsgruppenunterschiede



**Tabelle 18: Anzahl genutzter Verhütungsmittel und -methoden der Männer und Frauen, die jemals verhüteten, nach Zahl fester Partnerschaften (in %)**

Anzahl fester Partner Anzahl Verhütungsmittel bzw. -methoden	Männer*					Frauen*				
	0 <i>n=16</i>	1 <i>n=348</i>	2 <i>n=302</i>	3 <i>n=327</i>	4+ <i>n=305</i>	0 <i>n=11</i>	1 <i>n=473</i>	2 <i>n=497</i>	3 <i>n=283</i>	4+ <i>n=162</i>
<b>1</b>	37,5 (6)	14,7	7,6	3,4	2,0 (6)	27,3 (3)	20,1	18,3	12,7	7,4
<b>2</b>	43,7 (7)	39,3	34,4	29,4	25,3	36,3 (4)	41,7	37,6	39,2	29,0
<b>3</b>	18,8 (3)	24,4	26,5	31,8	24,3	27,3 (3)	22,8	26,8	23,7	28,4
<b>4 und mehr</b>	-	21,6	31,5	35,4	48,4	9,1 (1)	15,4	17,3	24,4	35,2
<b>Mittelwert</b>	1,8	2,7	2,9	3,2	3,8	2,2	2,4	2,5	2,7	3,1

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, Datensatz „frauen leben“ 1998, 25-49jährige Männer, 20-44jährige Frauen

Fallzahlen < 10 werden in Klammern angegeben \* = signifikante Gruppenunterschiede

**Tabelle 19: Eingehen von Verhütungsrisiken in bestimmten Lebensphasen nach der Beurteilung des Familienklimas<sup>1</sup> in der Herkunftsfamilie (Anteil der Männer, die (nie) Risiken eingegangen sind in %)**

<b>Familienklima</b>	<b>1 (sehr gut)</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4 (weniger gut bis sehr schlecht)</b>	<b>Gesamt</b>
<b>Eingehen von Verhütungsrisiken ...</b>	<i>n=200</i>	<i>n=575</i>	<i>n=335</i>	<i>n=179</i>	<i>n=1289</i>
<b>als Jugendlicher / junger Mann*</b>	48,5	64,0	66,0	71,0	63,1
<b>in Phasen mit spontanen bzw. kurzen sex. Kontakten*</b>	21,0	34,4	35,5	46,4	34,3
<b>während fester Partnerschaften*</b>	28,0	33,0	37,9	40,2	34,5
<b>nie das Risiko eingegangen*</b>	39,0	22,8	21,9	17,3	24,1

Quelle: BZgA, Datensatz „männer leben“ 2002, 25-49jährige Männer, Mehrfachnennungen möglich

<sup>1</sup> = Die Indexvariable „Familienklima“ gibt Aufschluss über die Qualität der Beziehungen innerhalb der Herkunftsfamilie. Sie wurde aus den drei Variablen „Verhältnis zur Mutter in der Jugend“, „Verhältnis zum Vater in der Jugend“ und „Verhältnis der Eltern untereinander“ gebildet. Für die Bewertung war jeweils eine 6-stufige-Antwortskala vorgegeben, wobei 1=sehr gut und 6=sehr schlecht bedeutet

\* = signifikante Gruppenunterschiede

## Literatur

- BZgA (Hg.) (2003): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der repräsentativen Befragung 2003. Köln: BZgA
- Deppermann, Arnulf (2001): Gespräche analysieren. Eine Einführung, Opladen: Leske u. Budrich
- Fichtner, Jörg (1999): Über Männer und Verhütung. Der Sinn kontrazeptiver Praxis für Partnerschaftsstile und Geschlechterverhältnis. Münster: Waxmann
- Helfferrich, Cornelia; Burda, Silke (2001): Einstellungen von Frauen zu Planbarkeit und Machbarkeit in der Familienplanung unter besonderer Berücksichtigung des Aspektes ‚pränatale Diagnostik‘. Abschlussbericht im Auftrag der BZgA, Freiburg/Köln: SoFFI K/BZgA
- Helfferrich, Cornelia, Klindworth, Heike; Wunderlich, Holger (2004): männer leben - Eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Basisbericht. Köln: BZgA
- Helfferrich, Cornelia, Karmaus, Wilfried, Starke, Kurt, Weller, Konrad (2001): frauen leben: eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. Köln: BZgA, Schriftenreihe Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Bd. 19
- Helfferrich, Cornelia, Fichtner, Jörg (2001): Männer und Familienplanung. Unveröffentlichte Expertise im Auftrag der BZgA
- Limbach, Jutta (1988): Die Entwicklung des Familienrechts seit 1949. In: Rosemarie Nave-Herz (Hg.): Wandel und Kontinuität der Familie in der Bundesrepublik Deutschland. Stuttgart: Enke, 11-35
- Lucius-Hoene, Gabriele; Deppermann, Arnulf (2002): Rekonstruktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Opladen: Leske u. Budrich
- Metz-Göckel, Sigrid, Müller, Ursula (1986): Der Mann: die Brigitte-Studie. Weinheim u. Basel: Beltz