

Verhütung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen als Thema von Forschung und Beratung

Katrin Göppert

1 Einleitung

Keine Methode der Empfängnisverhütung kann eine ungewollte Schwangerschaft sicher verhindern – Verhütungspannen, Versagen der Verhütungsmethode oder Fehler bei der Anwendung verursachen unbeabsichtigte Schwangerschaften, die immer wieder in Abbrüche münden (vgl. Busch, 2020; siehe auch den Beitrag von Knittel & Olejniczak in diesem Band). Auch im Rahmen meiner eigenen Tätigkeit in der § 219-Beratung konnte ich feststellen, dass eine ungewollte Schwangerschaft viele Schwangere überrascht und auch schockiert – vor allem, wenn diese trotz Verhütung entstanden war.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Verhütung und dem Eintritt von (ungewollten) Schwangerschaften sowie dem Einfluss eines Schwangerschaftsabbruchs auf die weitere Verhütung. Nachfolgend werden sowohl Forschungsergebnisse zum Thema Verhütung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen wie auch eigene Ergebnisse einer Sekundäranalyse von Interviewdaten der Studie »frauen leben 3« (vgl. Helfferich et al., 2016) vorgestellt.¹ Dazu wird in Kapitel 2 kurz das methodische Vorgehen der hier zugrunde liegenden Sekundäranalyse erläutert und in Kapitel 3 basierend auf dem Forschungsstand, aber auch ersten empirischen Ergebnissen Einblick in das Verhütungsverhalten vor einer ungewollten Schwangerschaft gegeben. Kapitel 4 widmet sich daran anschließend der Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs für das weitere Verhütungsverhalten mit einem Schwerpunkt auf die Einflussfaktoren Stigmatisierung, Scham, Verantwortung und soziale Normen. Mit meinem persönlichen Zugang möchte ich

1 Die umfassende Forschung von Prof. Dr. Cornelia Helfferich und dem Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen in Freiburg (SoFFI F.) bildet die Grundlage dieses Beitrags.

dann in Kapitel 5 eine doppelte Perspektiveinnahme vornehmen: einerseits einen empirischen Zugang zum Thema als Forscherin, andererseits einen Praxiszugang als Beraterin der § 219-Beratung in einer gesetzlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle – um basierend auf beiden Perspektiven am Ende des Beitrags einige Praxisableitungen anzuregen.

2 Methodisches Vorgehen

Der Beitrag basiert neben dem aktuellen Forschungsstand auf einer qualitativen Sekundäranalyse von zwölf biografischen teilnarrativen Interviews der »frauen leben 3«-Studie², die zwischen 2011 und 2020 geführt und anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet wurden.³ Die Stichprobe war sehr heterogen (siehe Tab. 1). Die Interviewten hatten zum Interviewzeitpunkt »jemals eine nicht beabsichtigte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen« (Helfferich et al., 2016, S. 15). Bei acht Interviewten wurde die erste Schwangerschaft abgebrochen, bei vier Interviewten war es die zweite, dritte oder fünfte Schwangerschaft. Der Abbruch lag zwischen zwei und 14 Jahren zurück und die Interviewten waren zum Zeitpunkt des Abbruchs zwischen 17 und 39 Jahre alt. Das Interviewmaterial steht anonymisiert nach den Datenschutzrichtlinien des SOFFI F. zur Verfügung, die Fälle wurden von der Autorin nochmals durch die Vergabe weiblicher Vornamen pseudonymisiert.

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung

Pseudonym, Alter bei Interview	Alter bei Abbruch	Erste Schwangerschaft abgebrochen?	Kinder zum Interview- zeitpunkt	Bildung
Bettina, 33	21	ja	1	Abitur, Ausbildung
Ella, 43	39	nein, dritte	2	Schulabschluss, zwei Ausbildungen
Fiona, 45	34	nein, fünfte	4	Abitur, Studienabschluss
Greta, 31	26	nein, dritte	2	Schulabschluss, Ausbildung

2 Näheres zu der »frauen leben 3«-Studie findet sich im Beitrag von Knittel & Olejniczak in diesem Band.

3 Die Sekundäranalyse fand im Rahmen einer Graduierungsarbeit an der Hochschule Merseburg statt.

Pseudonym, Alter bei Interview	Alter bei Abbruch	Erste Schwangerschaft abgebrochen?	Kinder zum Interview- zeitpunkt	Bildung
Hanna, 29	24	ja	0	Abitur, Studienabschluss
Ina, 24	17	ja	1	Hauptschulabschluss
Janina, 42	28	ja	1	Schulabschluss, zwei Ausbildungen
Kaya, 25	23	nein, zweite	1	Abitur, Ausbildung
Nora, 34	22	ja	0	Realschulabschluss, Ausbildung
Olivia, 31	17	ja	2	Realschulabschluss, keine Ausbildung
Paula, 27	17	ja	0	im Studium
Rana, 22	19	ja	0	im Studium

3 Verhütungsverhalten vor der ungewollten Schwangerschaft

Der Zusammenhang zwischen Verhütung und dem Eintreten ungewollter Schwangerschaften wird in der Forschung unter vier Gesichtspunkten betrachtet: (1) dem Scheitern von Verhütung trotz Anwendung sicherer Methoden, (2) der Anwendung explizit unsicherer Methoden, (3) dem freiwilligen und unfreiwilligen Verzicht auf Verhütung und (4) den Risikofaktoren für unsichere oder misslingende Verhütung. Alle vier Aspekte werden im Folgenden näher beleuchtet.

3.1 Scheitern der Verhütung trotz Anwendung sicherer Verhütungsmethoden

Die Gründe für das Entstehen einer ungewollten Schwangerschaft im Hinblick auf den Aspekt Verhütung sind vielfältig. Ungewollte Schwangerschaften entstehen nicht nur, wenn nicht verhütet wird, sondern auch immer wieder durch misslingende Verhütung. So gaben in einer Studie zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen 65 % an, dass sie bei dem Geschlechtsverkehr, der zur Zeugung führte, mit Pille und/oder Kondom verhütet hatten (vgl. Matthiesen et al., 2009).

Im Rahmen der Studie »frauen leben 3« wurden subjektive Erklärun-

gen für unter Verhütung eingetretene Schwangerschaften von Betroffenen und Expert*innen der § 219-Beratung zusammengestellt und in drei Kategorien unterteilt (vgl. Helfferich et al., 2016). Diese werden im Folgenden näher erläutert und mit Beispielen aus der Sekundäranalyse unterlegt.

Die erste ist die »Feststellung der Unerklärlichkeit« (ebd., S. 128), wenn Betroffene keine Hinweise für das Versagen einer Methode erkennen, zum Beispiel wenn eine Schwangerschaft trotz (angeblich) korrekter Kondomanwendung eintrat (vgl. ebd.). In den analysierten Interviews berichtet beispielsweise Kaya, die mit Pille und Kondom verhütet hat, sich die ungewollte Schwangerschaft nicht erklären zu können. Paula hat mit Kondom verhütet und ebenfalls keine Verhütungspanne bemerkt. Bettina hat mit der als sehr sicher geltenden Kupferspirale verhütet und es war ebenfalls kein Methodenversagen, wie beispielsweise eine falsche Position der Spirale, erkennbar. Sie und ihr Partner wurden jedoch »eines Besseren belehrt, dass man doch nicht auf so ein Ding vertrauen kann« (Bettina, Abs. 8).

Die zweite Kategorie beinhaltet »Erklärungen über einen Fehler der Methode« (Helfferich et al., 2016, S. 128), auf den die Betroffenen keinen Einfluss hatten. Dazu zählt beispielsweise das Verrutschen einer Spirale. Die Abgrenzung zur ersten Kategorie ist dabei vor allem durch eine medizinische Einschätzung über das Versagen zu ziehen.

Die dritte Kategorie stellt »Erklärungen über fehlerhafte bzw. unregelmäßige Anwendung der Methode« (ebd., S. 128) zusammen. Anwendungsfehler können in der unpünktlichen Einnahme der Pille liegen (vgl. BZgA, 2018), der falschen Anwendung des Kondoms oder auch dem Fehlen der für die Kondomnutzung notwendigen Kommunikationskompetenz. Auch bei anderen Methoden sind zahlreiche weitere Anwendungsfehler zu erwähnen, beispielsweise bei einem Hormonring die zu späte oder falsche Anwendung oder bei der natürlichen Familienplanung Mess-, Beobachtungs- oder Auswertungsfehler.

In der Sekundäranalyse können vier Interviewte, die zwar mit als sicher geltenden Methoden verhütet haben, Gründe für das Versagen der Verhütung erkennen. Hanna, Ina und Rana haben zum Zeitpunkt der Konzeption mit der Pille verhütet und sehen eigene Einnahmefehler. Hanna schildert eine fehlende Zuverlässigkeit bei der Einnahme in einer »Zeit, in der ich grundsätzlich nicht sehr achtsam mit mir umgegangen bin, viel getrunken habe, viel weggegangen bin, viel Sex mit fremden Männern hatte« (Hanna, Abs. 48).

Auch bei Ina war das Problem das Vergessen der regelmäßigen Einnahme:

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

Nora hingegen hatte die Pille zwar regelmäßig eingenommen, jedoch kurz vor der Konzeption zu einem anderen Präparat gewechselt. Dass der Wechsel zwischen zwei Verhütungsmethoden eine anfällige Zeit ist für die Gefahr, ungewollt schwanger zu werden, zeigt auch die Studie zur »Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter« (vgl. Franz & Matthiesen, 2017, S. 186).

3.2 Anwendung explizit unsicherer Verhütungsmethoden

Zu den unsicheren Verhütungsmethoden zählt der sogenannte Coitus interruptus, was auch der Pearl-Index von 4 bis 22 belegt (vgl. BZgA, 2019)⁴. Die auch als Kalendermethode bezeichnet Knaus-Ogino-Methode, bei der rein rechnerisch die fruchtbare Zeit im Zyklus bestimmt wird, gilt ebenfalls als unsichere Verhütungsmethode (Pearl-Index 5 bis 20), da der Eisprung unerwartet auch früher oder später als nach der Berechnung auftreten kann (vgl. ebd.). »frauen leben 3« beschäftigte sich mit der Frage, wieso Menschen mit diesen als unsicher deklarierten Verhütungsmethoden verhüten (vgl. Helfferich et al., 2013). Dies kann in Situationen auftreten, wenn sichere Verhütungsmethoden aufgrund von Zeit- oder Geldmangel nicht verfügbar sind. Ein weiterer Grund, nicht zu verhüten, kann an einer Unzufriedenheit mit den vorhandenen Methoden liegen. Situative Faktoren wie fehlende Kommunikation, sexualisierte Gewalt oder Geschlechtsverkehr in »Situationen, die kognitiv wenig zugänglich bzw. unerwartet waren« (ebd., S. 26), stellen weitere Gründe dar.

4 Zum Vergleich der Pearl-Index beim Kondom: 2 bis 12, was bedeutet, dass von 100 Personen, die ein Jahr mit Kondom verhüten, zwischen zwei und zwölf schwanger werden und bei der Pille 0,1 bis 0,9 (BZgA, 2019, o.S.).

In den sekundäranalysierten Interviews berichtet beispielsweise Janina von einer solchen unsicheren Verhütungsmethode. Sie hatte durch die Wahrnehmung ihrer Körperzeichen angenommen, bereits einen Eisprung gehabt zu haben, denn sie schildert ihr gutes Körperbewusstsein und die dadurch von ihr angenommene sichere Bestimmung des fruchtbaren Zeitfensters: »Ich habe immer ein gutes Verhältnis auch zu meinem Körper gehabt [...] und habe dann auch wirklich gewusst, wenn ich meine fruchtbaren Tage hatte« (Janina, Abs. 42).

3.3 (Un-)Freiwilliger Verzicht auf Verhütung: *unmet need*

Der Begriff *unmet need* beschreibt das Phänomen der unterlassenen Verhütung trotz vorhandener sexueller Interaktion ohne Schwangerschaftsabsicht, die zu einer ungewollten Schwangerschaft führen könnte (vgl. Helfferich et al., 2016). 4,2 % aller Befragten der Studie »frauen leben 3« verhüten zum Zeitpunkt der Befragung nicht, obwohl ein Bedarf besteht, weil sie nicht schwanger werden wollen (vgl. ebd.).

Motive für die Nicht-Anwendung von Verhütung sind das Spielen mit dem ambivalenten Kinderwunsch und damit einhergehender Leichtsinn, individuelle und strukturelle Hürden wie finanzielle Aspekte, Schwierigkeiten beim Zugang, gesundheitliche Aspekte, Absetzen der alten Methode mit Wechselwunsch ohne konkreten Plan, Nebenwirkungen, Verhütungsmüdigkeit und das Fehlen einer passenden Methode (vgl. Helfferich et al., 2021; siehe auch den Beitrag von Knittel & Olejniczak in diesem Band). Berater*innen schildern im Rahmen einer Expertise im Auftrag der BZgA als Ursache der Nichtanwendung von Verhütung auch fehlendes oder nicht ausreichendes Wissen, insbesondere bei Migrant*innen durch einen strukturell schlechteren Zugang (vgl. Busch, 2009). Außerdem können Mythen, wie die irrtümliche Annahme, dass eine Schwangerschaft während der Stillzeit nicht möglich sei, zu einer Risikoverdrängung führen (vgl. ebd.).

Von so einem Mythos berichtet im Interview aus der Sekundäranalyse auch Fiona: »Sicher hatte ich da schon wieder Sex, aber ich habe gestillt und ja, also es wird ja immer gesagt, das geht gar nicht und ja, aber [...] wie gesagt, es geht natürlich« (Fiona, Abs. 74).

Olivia begründet den Verzicht auf Verhütung mit einer kurzen Beziehungsdauer, denn da hat sie sich »nicht so richtig Gedanken in dem

Moment über so Verhütung gemacht und so, wie das halt auch mal so passiert in dem Alter« (Olivia, Abs. 189).

Ein weiterer Grund, nicht oder nicht sicher zu verhüten, ist das spontane Zustandekommen von Geschlechtsverkehr, bei dem rationale Abwägungen bezüglich Verhütung untergeordnet sind. Wurde dann davor nicht über Verhütung kommuniziert, kann die Anwendung von Verhütungsmitteln schwierig werden. So ist beispielsweise bei Fiona der Geschlechtsverkehr, bei dem nicht verhütet wurde, aus Petting heraus »eher nebenbei« (Fiona, Abs. 38) entstanden.

3.4 Risikofaktoren für misslingende oder unterlassene Verhütung

Verschiedene statistische Risiken können als Risikofaktoren identifiziert werden, welche die Wahrscheinlichkeit für misslingende oder unterlassene Verhütung erhöhen. Schweiger (2015) zählt verschiedene Gründe für Anwendungsfehler auf, die sich mit den Erklärungsansätzen für *unmet need* überschneiden (siehe Kap. 3.3). Generell bergen bestimmte Lebensphasen wie Trennungsphasen, die Zeit nach einer Geburt und während der Stillzeit oder auch partnerlosen Phasen ein höheres Risiko, ungewollt schwanger zu werden. Denn in diesen Phasen kann Sexualität eher Spontancharakter zugeschrieben werden. Zudem ist die Kommunikation über Verhütung in diesen Zeiten schwieriger (vgl. ebd.).

Das Risiko von spontanem Geschlechtsverkehr ist damit zu erklären, dass »sichere Verhütung [...] Planungskonsistenz [braucht], die bei gelebter Sexualität in ihrer Spontanität nicht immer gegeben sein kann« (Busch, 2020, S. 126.). Gewalterleben in der Paarbeziehung ist ein weiterer Risikofaktor für eine unsichere Verhütung mit Anwendungsfehlern (vgl. ebd.; siehe dazu auch den Beitrag von Brzank, Jepsen, Nowak, Winter, Engelhard, Schneider, Pfeifer, Seeberg & Ulrich in diesem Band). Das fehlende Wissen zu möglichen Anwendungsfehlern stellt einen weiteren Risikofaktor dar. So kann zum Beispiel zu wenig Kenntnis über die eigene Fruchtbarkeit und die des Partners zu einer falschen Einschätzung der Wirksamkeit der angewandten Methode führen (vgl. ebd.).

Schweiger (2015) geht davon aus, dass auch unbewusste Gründe zu Anwendungsproblemen führen können. In Trennungssituationen kann »fehlende Verhütung bzw. eine ungewollte Schwangerschaft ein unbewusster Versuch [sein], die Beziehung zum Partner zu retten« (ebd., S. 236). Eine

ungewollte Schwangerschaft kann auch unbewusst die »Ablösung von der Herkunftsfamilie [symbolisieren]« (ebd.).⁵

Des Weiteren gibt es altersspezifische Risikofaktoren ungewollter Schwangerschaft in Zusammenhang mit der Verhütung, wie die Auswertung der »frauen leben 3«-Daten aufzeigt (vgl. Helfferich et al., 2016). Im Alter von unter 25 Jahren kommt es aufgrund von Unerfahrenheit und noch nicht konsolidierten Partnerschaften zu Verhütungsrisiken, auch wenn die Verhütung überwiegend gut ist. Im Alter von 25 bis 34 Jahren tragen vor allem finanziell schlecht gestellte Frauen ein Verhütungsrisiko, da eine sichere Verhütung mit der Methode der Wahl nicht immer finanzierbar ist. Die Gruppe der über 34 Jahre alten Frauen hat ein spezifisches Risiko durch eine falsche Einschätzung der eigenen Fertilität.

Matthiesen et al. (2009) benennen in ihrer Studie »Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen« soziale Benachteiligung (eigene Schulbildung, Schulbildung des Partners, Arbeitslosigkeit der Eltern) als weiteren Risikofaktor für eine nachlässige oder fehlende Verhütung. In nicht egalitären Paar- oder Sexualbeziehungen mit einem Machtungleichgewicht können die Verhandlungsmöglichkeiten der Frau eingeschränkt sein – Drängeln oder Zwang wird eher nachgegeben, denn die Selbstbestimmung, Durchsetzungs- und Handlungsfähigkeit wird hierdurch beeinflusst (vgl. ebd.). Bei jungen Menschen spielt außerdem die geringe Erfahrung eine große Rolle – so schlussfolgern Matthiesen et al. (2013) in ihrer Befragung minderjähriger Schwangerer, dass Verhütung ein Bereich der Sexualität ist, in dem zunächst Erfahrungen gesammelt und damit einhergehend eine gewisse Routine entwickelt werden muss, um die Gefahr von Verhütungsspannen zu minimieren (ebd., S. 62; siehe auch den Beitrag von Matthiesen & Petri in diesem Band).

4 Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs für die weitere Verhütung

Ungewollte Schwangerschaft ist eine Folge gelebter heterosexueller Sexualität, mit der individuell und paarbezogen umgegangen werden muss

5 Auf weitere innerpsychische Widerspruchsthematiken, wie beispielsweise das Spielen mit einem ambivalenten Kinderwunsch als Prädiktor für unterlassene oder misslingende Verhütung, kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden (ausführlicher hierzu Helfferich et al., 2021).

(vgl. pro familia, 2006). Wie letztlich ein Schwangerschaftsabbruch in die Biografie integriert wird, ist von vielen Faktoren abhängig (vgl. Schweiger, 2015) und kann auch Auswirkungen auf die weitere Verhütung haben. Zugleich gibt es bislang wenig Forschung dazu, wie sich ein Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon auf die weitere Verhütungsbiografie auswirkt.

4.1 Verhütung nach dem Schwangerschaftsabbruch

Eine US-amerikanische empirische Studie kam zu dem Ergebnis, dass 80 % der teilnehmenden Frauen spätestens drei Wochen nach ihrem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester wieder eine Ovulation hatten (vgl. Schreiber et al., 2011; zit. n. Maeffert & Tennhardt, 2021, S. 33). Eine andere Studie zeigte, dass mehr als die Hälfte der befragten Frauen bereits im Laufe von zwei Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch wieder Geschlechtsverkehr hatte (vgl. Gemzell-Danielsson et al., 2014, S. 53). Auch in der Studie zur Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter gab keine der Studentinnen eine längere Phase sexueller Inaktivität nach dem Schwangerschaftsabbruch an (vgl. Franz & Matthiesen, 2017). Deshalb gibt es meist bereits direkt nach dem Schwangerschaftsabbruch erneuten Verhütungsbedarf.

Verschiedene gynäkologische Studien kamen darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass Verhütung und damit die Prävention weiterer ungewollter Schwangerschaften nach einem Schwangerschaftsabbruch signifikant effektiver ist, wenn ungewollt Schwangere bereits im Rahmen des Abbruchs in Bezug auf die weitere Verhütung konkret mit Verhütungsmethoden versorgt werden (vgl. Gemzell-Danielsson et al., 2014). So können nach dem operativen wie auch medikamentösen Schwangerschaftsabbruch alle Verhütungsmittel angewendet werden (vgl. Maeffert & Tennhardt, 2021) und die Kupferspirale, Kupferkette oder Hormonspirale können zudem im Rahmen des operativen Abbruchs direkt eingesetzt werden (vgl. ebd.).

Dafür muss allerdings die Verhütungsberatung vor dem Abbruch erfolgen und unmittelbar nach dem Abbruch mit der Anwendung des gewählten Verhütungsmittels begonnen werden.

Es gibt jedoch auch Untersuchungen, die den Einfluss einer Verhütungsberatung vor dem Abbruch auf die weitere Verhütung nach dem Abbruch anzweifeln (vgl. Kavanaugh et al., 2011). Eine qualitative Studie aus dem Vereinigten Königreich zeigt beispielsweise auf, dass ungewollt Schwan-

gere im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs Probleme hatten, während der kurzen Termine (in der Beratung bzw. bei Ärzt*innen) Informationen zu Verhütung aufzunehmen und zu verarbeiten, da sie während dieser Termine aufgrund des anstehenden Schwangerschaftsabbruchs unter Druck standen (vgl. Kumar et al., 2004; zit. n. Kavanaugh et al., 2011).

Für Deutschland empfiehlt die S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG): »Die Verhütungsberatung soll die Basis einer informierten Entscheidung für die Auswahl der von der Frau präferierten Methode sein« (DGGG, 2023, S. 121). Inhalt der Beratung sollen auch Gründe für das Scheitern der Verhütung oder die fehlende Nutzung sein, ohne dass jedoch Druck aufgebaut oder bewertet wird. Dabei gilt insbesondere, dass auch eine »Entscheidung, keine Verhütungsmethode anzuwenden, [...] respektiert werden« soll (ebd.). Die Leitlinie empfiehlt zudem, dass »die Initiierung von Verhütung« (ebd.) unmittelbar nach dem Abbruch angeboten werden soll. Des Weiteren ist die Verhütung effektiver, wenn danach reversible Langzeitverhütungsmethoden genutzt werden (vgl. Gemzell-Danielsson et al., 2014).

Das Thema Empfängnisverhütung wird zudem im Rahmen der medizinischen und psychosozialen Versorgung zu einem Schwangerschaftsabbruch immer wieder thematisiert. Auf die Verhütungsberatung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen § 219-Beratung wird in Kapitel 5 eingegangen.

Auch die Interviewten der hier zugrunde liegenden Sekundäranalyse schreiben dem Schwangerschaftsabbruch eine Bedeutung für ihre weitere Verhütungsbiografie zu. Die genaue Bedeutung des Abbruchs für die weitere Verhütungsbiografie wird von verschiedenen Einflussfaktoren bestimmt und muss immer multiperspektivisch betrachtet werden. Insbesondere die Art des Versagens der Verhütung bei Konzeption (fehlende Verhütung, Verhütungspanne, keine Erklärung), soziodemografische Faktoren sowie der Zeitpunkt des Abbruchs in der Biografie sollten beachtet werden. Die in Abbildung 1 aufgezeigten Faktoren stellen ohne Anspruch auf Vollständigkeit eine erste Übersicht der verschiedenen Faktoren als Ergebnis der Sekundäranalyse der Interviews dar.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass der Abbruch bei manchen Personen direkte Konsequenzen im Verhütungsverhalten nach sich zieht (siehe Kap. 4.2). Die Zuschreibung der Bedeutung des Abbruchs für die eigene Verhütungsbiografie kann sich im Laufe der Zeit verändern. Deutlich wird



Abb. 1: Faktoren der Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs für das Verhütungsverhalten; eigene Darstellung

jedoch auch, dass der Abbruch manchmal erst durch weitere Erfahrungen in der reproduktiven Biografie eine Bedeutung für das eigene Verhütungsverhalten erfährt.

4.2 Konkrete Veränderungen des Verhütungsverhaltens durch den Abbruch

Die Studie von Matthiesen et al. (2009) zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen zeigt auf, dass »für die meisten jungen Frauen Schwangerschaft, die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch und der Abbruch selbst einschneidende und [für] sie bewegende Ereignisse [sind]« (ebd., S. 139). Dies verdeutlichen auch die Angaben zu den Veränderungen im Verhütungsverhalten in der eben genannten Studie. Von den 53 Befragten, die nach dem Abbruch Geschlechtsverkehr mit einem Mann hatten, haben 38 sicherer als vorher und mit anderen Verhütungsmitteln verhütet. Weitere 15 Befragte verhüteten zwar immer noch mit der Pille wie bereits zuvor, hatten sich aber »oft ausdrücklich eine größere Sorgfalt« vorgenommen, um weitere Verhütungsspannen zu verhindern (ebd., S. 146). Insgesamt zeigen die Daten eine hohe Relevanz von hormonellen Verhü-

tungsmethoden, da der Großteil (49 von 53) der hier Befragten hormonell verhütet, wovon jedoch nur sieben von 53 hormonelle Langzeitmethoden verwenden, was sich vermutlich durch das junge Alter der Teilnehmenden erklären lässt. 13 der 53 Befragten verhüten nach dem Abbruch zusätzlich mit Kondom, um die Verhütungssicherheit zu erhöhen (vgl. ebd.). Die Autor*innen der Studie sprechen resümierend von einer »enormen Zunahme an Sorgfalt und Sicherheit – zumindest wenige Wochen nach einem Abbruch« (ebd., S. 146), werfen jedoch auch die Frage auf, ob dieses veränderte und sicherere Verhütungsverhalten über einen längeren Zeitverlauf anhalten wird.⁶ Trotz des verbesserten Verhütungsverhaltens hatte die Mehrheit der Befragten Angst vor einer erneuten Schwangerschaft, denn »ihre Erfahrung hat das Risiko konkret und real gemacht« (ebd., S. 143).

Eine große nationale Studie zu Schwangerschaftsabbruch in Frankreich mit Daten eines Samples von insgesamt 7.541 Frauen kam zu dem Ergebnis, dass ein Drittel nach dem Abbruch die gleiche Verhütungsmethode nutzte, 54 % eine effektivere Methode nutzen als vor dem Abbruch und 14 % eine weniger effektive oder gar keine Verhütungsmethode anwandten (vgl. Moreau et al., 2010). Insgesamt ist nach dem Schwangerschaftsabbruch ein Anstieg in der Anwendung sehr effektiver Verhütungsmethoden (IUD, hormonelle Methoden) zu erkennen (vgl. ebd.).

Das Verhütungsverhalten wurde auch von allen Befragten der Studie »Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter« nach dem Abbruch verändert, durch den Wechsel zu einer hormonellen Verhütungsmethode oder zur kombinierten Anwendung von Kondom und einer weiteren Verhütungsmethode, um die Sicherheit zu erhöhen (vgl. Franz & Matthiesen, 2017). Die Befragten schilderten ein »konsequenteres und sorgfältigeres Verhütungsverhalten, mit dem sie sich gegen eine weitere ungeplante Schwangerschaft absichern, die sie mit allen Mitteln verhindern wollen« (ebd., S. 190).

In der vorliegenden Sekundäranalyse haben zehn der zwölf Interviewten ihr Verhütungsverhalten nach dem Schwangerschaftsabbruch angepasst und Veränderungen des Verhütungsverhaltens vorgenommen, um ihr stärkeres Sicherheits- und Planungsbedürfnis zu erfüllen. Überwiegend wird geschildert, dass die Verhütung nun auf stärkerer Sicherheit und Planung

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

beruhe, und betont, dass sie nun »halt vorsichtiger sein« (Ina, Abs. 120) müssen, denn »sowas sollte nicht nochmal passieren« (Fiona, Abs. 95). Greta begründet ein stärkeres Sicherheitsbedürfnis bei der Verhütung wie folgt: »Da passt man dann schon auf und nochmal will man das nicht machen müssen. Nee nee, einmal reicht als Erfahrung, nein, also das ist dann Verantwortung übernehmen für das, was ist« (Greta, Abs. 110).

Dieses stärkere Sicherheitsbedürfnis wurde beispielsweise umgesetzt durch eine verbesserte und bewusstere Anwendung der bisherigen Methode, einen Methodenwechsel, zeitweise sexuelle Abstinenz nach dem Abbruch, bessere Planung sowie eine intensivere Auseinandersetzung mit Verhütung. Auch eine Doppelnutzung von Verhütungsmethoden (meist das Kondom neben einer weiteren Methode) kam für viele infrage. Die Interviewte Paula begründet dies folgendermaßen: »Doppelt hält halt eben besser und ich habe für mich halt den Fehler zugestanden, dass ich eben mich drauf verlassen habe, dass Kondome nun funktionieren, und den Fehler mache ich jetzt aber definitiv nicht mehr« (Paula, Abs. 23).

Einige wechselten zu langfristigeren Methoden wie der Spirale oder der Sterilisation der Interviewten oder der Partner. Hatten die Interviewten bereits ein Kind bzw. Kinder, wurden häufiger Sterilisationen sowie Langzeitverhütungsmethoden erwogen, auch wenn dies mit der allgemeinen Zunahme von Langzeitverhütung nach abgeschlossener Familienplanung und mit höherem Alter zusammenhängt (vgl. pro familia, 2019). Greta führt dazu aus:

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

Für Greta scheint dies besonders stark mit ihren Schuldgefühlen und moralischen Bedenken zusammenzuhängen, die zu einem nachträglichen Bedürfnis nach Verantwortungsübernahme durch eine endgültige Sterilisation führen, da sie sich selbst nicht mehr berechtigt sieht, noch einmal schwanger zu werden bzw. ein Kind zu bekommen. Letzten Endes hat sich der Partner sterilisieren lassen, was aufzeigt: Ideen bezüglich des zukünftigen Verhütungsverhaltens können sich im Laufe der Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs verändern.

Auch Verhütungsmethoden, die zuvor abgelehnt wurden, wie beispielsweise hormonelle Verhütung, kamen für eine Interviewte, die trotz einer korrekt sitzenden Kupferspirale schwanger wurde, wieder infrage. Denn Bettina schildert einen großen Vertrauensverlust in nicht-hormonelle Verhütungsmethoden: »Das war dann ja so ein Schocker halt eben für uns, dass wir überhaupt kein Vertrauen mehr in so Verhütungsmethoden hatten, dass wir gesagt haben, okay dann nehmen wir doch lieber die Hormondosis in Kauf« (Bettina, Abs. 10).

Für Ina stellt der Abbruch insgesamt eine große Lebensveränderung dar. Sie beschreibt ihn als den »Zeitpunkt meiner Hundertachtziggraddehnung« (Ina, Abs. 46), denn sie dachte, dass sie

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

Von Wünschen nach besserer Informiertheit, handlungsorientiertem Wissen und der Auseinandersetzung mit praktischen Anwendungsrisiken als Konsequenz des Abbruchs berichten ebenfalls einige der Interviewten.

4.3 Selbststigmatisierung, Scham und die soziale Norm der Verantwortung

Die Veränderung im Verhütungsverhalten nach dem Abbruch kann durch diverse Aspekte motiviert sein (siehe Abb. 1). Auf die drei Aspekte Selbststigmatisierung, Scham und die soziale Norm der Verantwortung soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Selbststigmatisierung

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse zeigen auf, dass die Angst vor Stigmatisierung unter den Befragten groß ist. Aufgrund von negativen Bewertungserfahrungen wird der Abbruch von einigen Interviewten zur Vermeidung von Stigmatisierung tabuisiert. So erlebte beispielsweise Ina Stigmatisierung in der eigenen Familie und berichtet: »[N]atürlich habe ich voll den

Anschiss kassiert, warum ich nicht verhütet habe« (Ina, Abs. 58). Das »natürlich« zu Beginn des Satzes impliziert, dass sie die Kritik an der Verletzung der sozialen Norm der sicheren Empfängnisverhütung und damit auch eine Stigmatisierung erwartet hatte.

Es lässt sich die Hypothese aufstellen, dass das (befürchtete) Stigmatisierungserleben und die Selbststigmatisierung auch die weitere Verhütung nach dem Abbruch beeinflussen können. Denn ein Schwangerschaftsabbruch widerspricht der Norm der sicheren Verhütung, wodurch Betroffenen ein Stigma oder Merkmal anheftet oder sie dieses antizipieren.

Scham

Einige der Interviewten zeigen einen schambehafteten Umgang mit dem Abbruch und der nicht erfolgreichen Verhütung. Scham entsteht, »wenn man das Gefühl hat, bestimmten Werten, Normen, Regeln oder Ansprüchen nicht gerecht geworden zu sein« (Wirtz, 2013, S. 1354). Die Scham zeigt sich bei den Interviewten in der eigenen Selbstabwertung, da sie die durch andere zugeschriebene Schuld an der misslungenen Verhütung oder dem Abbruch anerkennen.

Die soziale Norm der Verantwortung

Foltys (2014) beschreibt den »rationale[n], planvolle[n] und damit verantwortungsbewusste[n] Umgang mit Sexualität« (ebd., S. 66) sowie eine sichere Verhütung als soziale Norm. Verstärkt wird dieses Leitbild durch die Regelung des Schwangerschaftsabbruchs im Strafgesetzbuch. Außerdem gilt:

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

Gescheiterte oder fehlende Verhütung wird negativ bewertet, beispielsweise bezeichnete die Interviewte Hanna dies als »dumm« (Hanna, Abs. 42). Greta begründet ihre nach dem Abbruch nun sehr sichere Ver-

hütung als »Verantwortung übernehmen« (Greta, Abs. 110). Es ist jedoch zu beachten, dass Verhütungsverantwortung im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch meist den Schwangeren zugeschrieben wird, auch von ihnen selbst.

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse zeigen Veränderungen im Verhütungsverhalten, die auf mehr Sicherheit und Planung beruhen. Zu diskutieren wäre, ob diese tatsächlich durch eigene intrinsische Bedürfnisse motiviert sind. Es kann argumentiert werden, dass es vor allem die erlebte und befürchtete Stigmatisierung, die Selbstabwertung des eigenen Verhaltens und das daraus resultierte Schamempfinden basierend auf der genannten Norm sind, die eine Entwicklung hin zu mehr Sicherheit in der Verhütungsbiografie auslösen. Denn ein weiterer Schwangerschaftsabbruch könnte aus Sicht der Interviewten eine noch größere Scham und Stigmatisierung auslösen. Diese »normative Verurteilung wiederholter Schwangerschaftsabbrüche« (Böhm, 2020, S. 132) zeigte sich zum Beispiel in einer Studie zu wiederholten Schwangerschaftsabbrüchen: Bei Gynäkolog*innen stoßen diese auf Skepsis und Vorwürfe, während bei dem ersten Schwangerschaftsabbruch weitaus mehr Verständnis aufkommt (vgl. Meyer et al., 1990; siehe auch den Beitrag von Walsch in diesem Band).

Insgesamt zeigte sich: Die Eigenbewertung des Schwangerschaftsabbruchs und Verhütungsversagens, das Schamerleben und die daraus resultierende Selbststigmatisierung scheinen mit Blick auf die Bedeutung des Abbruchs für das weitere Verhütungsverhalten der Interviewten relevanter zu sein als konkrete Stigmatisierungserfahrungen.

5 Impulse für die § 219-Beratung

Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz soll die psychosoziale § 219-Beratung »auf Wunsch der Schwangeren auch über Möglichkeiten, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden« informieren (§ 5 Abs. 2 Satz 3 SchKG). Auch in der Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch wird die Verhütungsberatung vor und unmittelbar nach dem Abbruch sowie die konkrete Versorgung mit Verhütungsmethoden empfohlen (vgl. DGGG, 2023). Dieses Beratungsangebot ist relevant, da ohne qualitativ hochwertige, diskriminierungsfreie und niedrigschwellige Verhütungsberatung »viele der sexuellen und reproduktiven Rechte [...] unter Umständen gar nicht oder nur bedingt umgesetzt werden« (Caesar, 2019, S. 15).

In qualitativen Interviews mit Expert*innen aus dem beratenden und medizinischen Bereich wurde geschildert, dass im Rahmen einer § 219-Beratung häufig eine Verhütungsberatung angeboten oder sogar durchgeführt wird (vgl. Busch, 2009). Allerdings ist dabei zu beachten, dass die Umsetzung dieser sehr stark vom tatsächlichen Interesse und Bedarf der Klientin abhängig gemacht wird (vgl. ebd.). Einige Klient*innen schätzen ausführliche Gespräche über Verhütung, während andere das Thema lieber mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin besprechen. Manche sind nicht offen dafür, da andere Aspekte wie der anstehende Schwangerschaftsabbruch oder die Entscheidungsfindung Priorität haben (vgl. ebd.). Offen bleibt, ob die Durchführung einer Verhütungsberatung im Kontext einer § 219-Beratung eher dem Präventionswunsch der Berater*innen entspricht oder tatsächlich aus dem Informationsbedürfnis der Klient*innen resultiert (vgl. ebd.).

Auch die empirischen Befunde dieses Beitrags weisen in dieser Hinsicht Limitationen auf, denn sie können nicht aufzeigen, wie sich die § 219-Beratung spezifisch auf die weitere Verhütung auswirkt bzw. welche Bedeutung der Verhütungsberatung in diesem Zusammenhang insgesamt zukommt. Hier sind weitere Untersuchungen notwendig, um Forschungslücken zu füllen. Zugleich decken sich die Ergebnisse der Forschung mit den Erfahrungen meiner eigenen beruflichen Beratungspraxis, indem sie die Vielfältigkeit an Faktoren, Themen und individuellem Erleben aufzeigen.

Was lässt sich nun konkret fachlich für die Verhütungsberatung im Rahmen der § 219-Beratung ableiten?

Zunächst sollte das Wissen rund um Verhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich in die Qualifizierung von Schwangerschaftskonfliktberater*innen einfließen, damit ungewollt Schwangere kompetent und der Situation entsprechend beraten werden können. Es muss eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und umfassende Vermittlung von Informationen zu Schwangerschafts- und Zeugungsverhütung stattfinden.

Im Anschluss an die meist einmalige Beratung vor einem Abbruch sollten konsequent weitere Termine angeboten werden, da Klient*innen in der § 219-Beratung – und vor einem Schwangerschaftsabbruch – eventuell Schwierigkeiten haben, Informationen aufzunehmen, zum Beispiel aufgrund einer potenziell belastenden Lebenssituation oder der emotionalen Beschäftigung mit der Entscheidungsfindung. Zugleich ist es wichtig, die Freiwilligkeit zu beachten, das Angebot einer Verhütungsberatung anzunehmen oder abzulehnen.

Das Verhütungsverhalten sowohl vor als auch nach dem Schwangerschaftsabbruch ist von Berater*innen nicht zu bewerten, denn diese sollen bei einem selbstbestimmtem Verhütungsverhalten unterstützen. Berater*innen müssen sich der sozialen Normen zu Verhütung bewusst sein, um sie nicht versehentlich in ihre Beratungen einfließen zu lassen und damit die Klient*innen zu stigmatisieren. Dafür ist eine intensive Reflexion der eigenen Haltungen und Vorurteile notwendig.

Literatur

- Böhm, M. (2020). Schwangerschaftsabbrüche. Entscheidungsprozesse und Erfahrungen mit psychosozialer und medizinischer Versorgung aus Sicht junger Frauen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 33(3), 125–133.
- Busch, U. (2009). Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Handlungsbedarfe%20bei%20Schwangerschaftskonflikten_final.pdf (01.12.2022).
- Busch, U. (2020). Familienplanung im Wandel. In H.-J. Voß (Hrsg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft. Bestandsaufnahme und Ausblick* (S. 123–151). Gießen: Psycho-sozial-Verlag.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018). *Verhütungsverhalten Erwachsener 2018. Aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019). Unsicher: Coitus interruptus und Knaus-Ogino-Methode. <https://www.familienplanung.de/verhue-tung/verhuetungsmethoden/unsichere-methoden/> (14.10.2022).
- Caesar, C. (2019). Aktuelle Aspekte und Essentials einer rechtsbasierten Verhütungsberatung. https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/suv/Aktuelle_Aspekte_und_Essentials_einer_rechtsbasierten_Verhuetungsberatung.pdf (10.10.2022).
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2023). S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon (Version 1.0) vom 26.01.2023. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094l_S2k_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon_2023-01.pdf (02.12.2023).
- Foltys, J. (2014). *Geburt und Familie. Zugänge zu impliziten Logiken des Paarerlebens*. Wiesbaden: Springer VS.
- Franz, P. & Matthiesen, S. (2017). Schwanger im Studium. Familiengründung oder Schwangerschaftsabbruch? In BZgA (Hrsg.), *Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter. Sexuelle und soziale Beziehungen von deutschen Studierenden* (S. 166–197). Köln: BZgA.
- Gemzell-Danielsson, K., Kopp Kallner, H. & Faúndes, A. (2014). Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 126(1), 52–55.
- Helfferich, C., Holz, J.-L., Knittel, T., Olejniczak, L. & Schmidt, F. (2021). »Risk it« – warum

- Frauen ohne Schwangerschaftsabsicht nicht verhüten. Sonderauswertung der BZgA-Studie »frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen«. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64(11), 1408–1415.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y., Wlosnewski, I. & Eckert, J. (2013). *frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten*. Köln: BZgA.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BZgA.
- Kavanaugh, M.L., Carlin, E.E. & Jones, R.K. (2011). Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. *Contraception*, 84(6), 585–593.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Aufl. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa.
- Kumar, U., Baraitser, P., Morton, S. & Massil, H. (2004). Peri-abortion contraception: a qualitative study of users' experiences. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 30(1), 55–56.
- Maeffert, J. & Tennhardt, C. (2021). *Schwangerschaftsabbruch und gestörte Frühschwangerschaft. Praxishandbuch mit Fallbeispielen*. Berlin: Springer.
- Matthiesen, S., Block, K., Mix, S. & Schmidt, G. (2009). *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen*. Köln: BZgA.
- Matthiesen, S., Mainka, J. & Martyniuk, U. (2013). Jugendsexualität heute. In BZgA (Hrsg.), *Jugendsexualität im Internetzeitalter. Eine qualitative Studie zu sozialen und sexuellen Beziehungen von Jugendlichen* (S. 22–91). Köln: BZgA.
- Meyer, E., Paczensky, S.v. & Sadrozinski, R. (1990). »Das hätte nicht noch mal passieren dürfen!«. *Wiederholte Schwangerschaftsabbrüche und was dahintersteckt. Eine Studie aus dem Familienplanungszentrum Hamburg*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Moreau, C., Trussell, J., Desfreres, J. & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: Results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, 82(4), 337–344.
- pro familia (2006). Standpunkt Schwangerschaftsabbruch. https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Standpunkt_Schwangerschaftsabbruch.pdf (30.01.2023).
- pro familia (2019). *Selbstbestimmt verhüten. Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Abschlussevaluation des Modellprojekts biko. Kurzbericht*. Frankfurt a. M.: pro familia.
- Schreiber, C.A., Sober, S., Ratcliffe, S. & Creinin, M.D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230–233.
- Schweiger, P. (2015). Schwangerschaftsabbruch. Erleben und Bewältigung aus psychologischer Sicht. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 235–256). Bielefeld: transcript.
- Wirtz, M.A. (2013). *Dorsch. Lexikon der Psychologie*. 16. vollst. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber, Hogrefe.

Biografische Notiz

Katrin Göppert ist staatlich anerkannte Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (B.A. Soziale Arbeit) sowie Sexualwissenschaftlerin (M.A. Angewandte Sexualwissenschaft). Sie ist in einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle sowie als Sexualpädagogin tätig. Des Weiteren ist sie Lehrbeauftragte an der Evangelischen Hochschule Freiburg.