

Der gute Wille allein reicht nicht

Aspekte vergeschlechtlichter Ungleichheit in der Schwangerschaftsverhütung

Louisa Lorenz

Während Schwangerschaftsverhütung in westlich-christlich geprägten Gesellschaften über viele Jahrhunderte sanktioniert und teilweise verboten wurde, ist sie mittlerweile zu einer Praxis geworden, die größtenteils als Selbstverständlichkeit gilt (vgl. Jütte 2003). Vor allem die Einführung der Pille in den 1960er Jahren wird oftmals als emanzipatorische Errungenschaft herausgestellt, die Frauen in ihrer Sexualität befreit habe (vgl. Metz-Becker 2006). Bis heute ist sie das meist verbreitete Verhütungsmittel in Deutschland und wird oftmals als besonders sichere Methode der Schwangerschaftsverhütung gesehen (vgl. BZgA 2018; Kray 2017). Ohne Zweifel hat die Verfügbarkeit hoch wirksamer Verhütungsmittel dazu beigetragen, dass Frauen ihre Sexualität in Bezug auf eine ungewollte Schwangerschaft deutlich angstfreier ausleben können. Die Rhetorik der ›sexuellen Befreiung‹, die dem oftmals anhaftet, täuscht jedoch darüber hinweg, dass hormonelle Verhütung Frauen nicht nur Vorteile bietet (vgl. Silies 2010). So wurde schon bald nachdem die Pille vermehrte Anwendung fand, und insbesondere während der Frauenbewegung der 1970er Jahre, von feministischen Aktivist*innen kritisiert, dass die Pille nicht per se zu gleichberechtigten Geschlechterverhältnissen beitrage. Die hormonelle Belastung und die damit verbundenen Nebenwirkungen seien allein von der Frau zu tragen, während die Pille gerade dem Mann die Sexualität erleichtere, da sie ihn von jeglicher Verantwortung für die Schwangerschaftsverhütung entbinde (vgl. Ewert et al. 1987: 16ff.; Metz-Becker 2006: 53).

Nicht nur ist Gleichberechtigung nach deutschem Grundgesetz ein Grundrecht, sondern auch in persönlichen Beziehungen sind gleichberechtigte Geschlechterverhältnisse für viele Menschen – zumindest oberflächlich – zu einem selbstverständlichen Wert ihrer Paar- und Sexualbeziehungen geworden (vgl. Burkart/Koppetsch 1999: 16, 182f.).

Als relevanter Teil sexueller Praxis stellt Schwangerschaftsverhütung einen bedeutenden Knotenpunkt dar, an dem Fragen gesellschaftlicher Geschlechterhierarchien und persönlicher Gleichheitsansprüche innerhalb intimer Beziehungen zusammenlaufen. Die Diskussionen um die emanzipatorische Bedeutung der Pille und deren Vor-

und Nachteile werfen dabei die Frage auf, was Schwangerschaftsverhütung braucht, um wirkungsvoll zu gleichberechtigteren Geschlechterverhältnissen beitragen zu können. In der angeführten Kritik an der Pille scheint bereits auf, dass neben der Verfüg- und Anwendbarkeit von Verhütungsmitteln auch die Verteilung von Verantwortung eine bedeutende Rolle spielt. Es ist genau diese Verantwortung, die mit der Vermeidung von Schwangerschaft einhergeht, die im Mittelpunkt dieses Beitrags steht.

Während das Verhütungsverhalten Erwachsener in Bezug auf gängige Praktiken sowie auf Formen der Wissensaneignung sozialwissenschaftlich breit erforscht wurden (vgl. BZgA 2007; BZgA 2018), wird den individuellen Dynamiken der Aushandlungsprozesse rund um Verhütung bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt. Gerade Praktiken abseits hormoneller (und auch kupferbasierter) Verhütungsmethoden können dabei als Brenngläser für die Untersuchung von Verantwortungsübernahme dienen, da sich dort z.T. mehr Spielräume für geteilte Verantwortungsübernahme und damit auch tendenziell eine größere Notwendigkeit der Aushandlung ergeben.

In meiner Forschung¹ habe ich mich mit zyklusorientierten Verhütungsmethoden² und insbesondere mit der symptothermalen Methode (im weiteren Verlauf des Textes auch STM genannt) befasst. Ausgangspunkt war meine Beobachtung, dass zyklusorientierter Verhütung oftmals mit Skepsis und nicht selten mit Ablehnung begegnet wird, obwohl eine erfolgreiche Anwendung laut Informationsmaterialien und Erfahrungsberichten durchaus möglich ist. Die STM soll hierbei keinesfalls als »bessere«, geschweige denn als ideale Verhütungsmethode präsentiert werden. Vielmehr ist zu beachten, dass grundsätzlich alle aktuell verfügbaren Verhütungsmethoden Vor- und Nachteile haben, die gegeneinander abgewogen werden müssen. Welche Methode besser zur Schwangerschaftsverhütung geeignet ist, ist eine höchst subjektive Entscheidung, die maßgeblich von den individuellen Bedürfnissen der Verhütenden abhängt. Darüber hinaus können sich diese Bedürfnisse auch im Laufe des Lebens immer wieder ändern.

Im vorliegenden Beitrag möchte ich nun Aspekte beleuchten, die gerade für eine gleichberechtigte Verhütungspraxis relevant sind und die in den Debatten um Verhütung bisher wenig thematisiert werden. Diese Aspekte betreffen vor allem die *Verteilung von Verhütungsverantwortung* innerhalb der Partnerschaft.³ Dieser Beitrag basiert auf narrativen Interviews mit drei Frauen im Alter von 25 bis 31 Jahren, die seit min-

1 Dieser Beitrag basiert auf meiner Masterarbeit »Emanzipatorisches Potential symptothermaler Verhütung – Eine qualitative Untersuchung vergeschlechtlichter Ungleichheit in der Schwangerschaftsverhütung«, mit der ich 2020 mein Studium im Fach Geschlechterforschung an der Georg-August-Universität Göttingen abgeschlossen habe.

2 Da der gängige Begriff »natürliche Verhütung« problematische Implikationen mit sich bringt, verwende ich den Begriff zyklusorientierte Verhütung als Überbegriff für alle Methoden, die sich bei der Vermeidung einer Schwangerschaft am Menstruationszyklus und der darin zeitlich beschränkt auftretenden Fruchtbarkeit orientieren.

3 Schwangerschaft und Empfängnisverhütung sind in ihrer Relevanz keinesfalls auf heterosexuelle Sexualbeziehungen cis-geschlechtlicher Sexualpartner*innen begrenzt (vgl. Tretau 2019). Da sich auf meinen Interview-Aufruf jedoch ausschließlich cis-geschlechtliche Frauen, die Schwangerschaftsverhütung im Kontext heterosexueller Sexualbeziehungen nutzen, gemeldet haben, sind meine Untersuchung und Analysepunkte im Folgenden auf diesen Kontext beschränkt.

destens eineinhalb Jahren symptothermal verhüten.⁴ Die Auswertung dieser Interviews zum Thema Verhütungserfahrung wurde nach der Grounded Theory vorgenommen (vgl. Corbin und Strauss 1996).

Im Folgenden soll knapp erläutert werden, was die STM ist und wie sie funktioniert. Davon ausgehend wird in den Blick genommen, was Verhütungsverantwortung genau bedeuten kann und wo besonders tiefgreifende Schwierigkeiten bei der Aushandlung der geschlechterspezifischen Verteilung von Verhütungsverantwortung liegen. Ausgewählte Ausschnitte aus dem Interviewmaterial geben hierbei Einblicke in die Komplexität dieser Aushandlungsprozesse. Abschließend wird diskutiert, welche mit der STM einhergehenden Herausforderungen und welche Chancen für weitere Debatten um Verhütungsverantwortung von Bedeutung sein können.

Die symptothermale Verhütungsmethode

Symptothermale Verhütung basiert auf dem Prinzip der Auswertung von Körperzeichen, die den Eisprung signalisieren. Dies betrifft zum einen die basale Körpertemperatur, die in der Zeit des Eisprunges ansteigt, und zum anderen die Konsistenz des Zervixschleims, der sich in der fruchtbaren Phase verändert. Durch die Beobachtung dieser beiden Körperzeichen wird bei der STM bestimmt, wann die fruchtbare Zeit des Zyklus vorbei ist. Dies wird dann für die Vermeidung einer Schwangerschaft nutzbar gemacht, da während der unfruchtbaren Zeit kein Schwangerschaftsrisiko besteht (vgl. Arbeitsgruppe NFP 2015).

Die Entwicklung dieser Methode hat ihre Anfänge bereits in den 1930er Jahren. Unter anderem geprägt durch den Allgemeinmediziner Josef Rötzer wurden Anfang der 1950er Jahre dann genaue Regeln zur kombinierten Auswertung von Basaltemperatur und Zervixschleim aufgestellt, die für eine hohe Sicherheit der Methode sorgen sollen (vgl. Rötzer 1997). Die sog. Verhütungssicherheit der STM wurde darüber hinaus in diversen Studien untersucht: Mit einem Pearl Index von 0,4 für die Methodensicherheit und 1,8 bis 2,6 für die Gebrauchssicherheit wird sie medizinisch validiert zu den hochsicheren Verhütungsmethoden gezählt (vgl. Universitätsklinikum Heidelberg o.J.; BZgA 2019).⁵

4 Die drei Interviewten sind allesamt *weiß*, haben auf keinen Migrationshintergrund verwiesen und verfügen über Abitur. Zwei haben sowohl eine Berufsausbildung als auch ein Hochschulstudium abgeschlossen und eine befand sich im Hochschulstudium. Zum Zeitpunkt der Interviews waren alle drei kinderlos. Zwei waren in einer festen Partnerschaft, eine nicht.

5 Vgl. hingegen die Angaben zur Pille mit 0,3 bis 1 zu Methodensicherheit und 2,5 bis 9 zu Gebrauchssicherheit und dem Kondom mit 2 zu Methodensicherheit und 6 bis 18 zu Gebrauchssicherheit (vgl. BZgA 2019). Der Pearl-Index wird als Beurteilungsmaß für die Zuverlässigkeit von Verhütungsmitteln angegeben: Je kleiner der Index, desto zuverlässiger gilt die Verhütungsmethode. Die Angaben variieren jedoch nach Interessen- und Herstellergruppen (vgl. Kray 2017).

Dennoch besteht gemeinhin das Bild, dass symptothermale Verhütung unsicher sei (vgl. Universitätsklinikum Heidelberg o.J.; Kray 2017: 89), was auch in der Auswertung des Interviewmaterials deutlich wurde.⁶

Als Vorteil der STM wird u.a. ihre Nebenwirkungsfreiheit als ein besonders relevanter Punkt angeführt (vgl. BZgA 2019). Weitere Aspekte, die genannt werden und die gerade für feministischen Perspektiven interessant sind, sind die finanzielle Niedrigschwelligkeit durch geringe Kosten, die Selbstständigkeit der Anwendung durch den frei wählbaren Beginn und Abbruch der Methode und die Unabhängigkeit von Ärzt*innen, z.B. durch die nicht vorhandene Notwendigkeit regelmäßiger Rezepte oder Kontrollen (vgl. ebd.). Voraussetzung für die STM ist die Aneignung von spezifischem Körperwissen und dessen Anwendung im Kontext selbstständiger Beobachtung von Körperzeichen. Das Erlernen der Zyklusbeobachtung bedarf deshalb einiger Eingewöhnung. Vor allem wegen dieser anfänglichen Lernphase und weil die Methode eine kontinuierliche Beobachtung des Zyklus erfordert, besteht oft die Annahme, dass sie besonders umständlich oder anspruchsvoll für die Anwenderin sei (vgl. Metz-Becker 2006: 63ff.). Gerade das Aneignen des Wissens über den Zyklus und das genaue Kennenlernen des eigenen Körpers wird von Befürworter*innen der Methode jedoch oftmals als emanzipatorischer Aspekt hervorgehoben: Unter den genannten Vorteilen der STM findet sich nahezu durchgängig die Erwähnung, dass diese das Körper- und Selbstbewusstsein der Anwender*innen stärke (vgl. BZgA 2019: 60; Kray 2017: 91).

Verhütungsverantwortung – Mental Load und Schwangerschaftsverhütung

Wer sich für die korrekte Anwendung von Verhütungsmitteln verantwortlich fühlt bzw. diese tatsächlich verantwortet, hängt zum einen davon ab, ob die Anwendung den eigenen Körper betrifft. Die deutliche Mehrheit der aktuell verfügbaren Verhütungsmethoden ist konzipiert, um von Personen genutzt zu werden, bei denen es zum Eisprung kommt und die dementsprechend schwanger werden können. Für Menschen, die Spermien produzieren, die also nicht selbst schwanger werden können, stehen aktuell nur Kondome und die Vasektomie zur Verfügung. Dies wird bereits seit langem bemängelt, da Schwangerschaftsverhütung damit vorrangig Menschen zugewiesen wird, die Eizellen produzieren. Es finden sich dabei auch durchaus Bemühungen, die Auswahl an Verhütungsmethoden, die von spermienproduzierenden Menschen selbstständig genutzt werden können, zu vergrößern (vgl. Bohné 1997; Dismore et al. 2016; Klemm 2017). Während solche Entwicklungen ausgesprochen wichtig sind, hat sich in meiner Untersuchung jedoch nicht die fehlende Angebotsvielfalt an Verhütungsmethoden als Hürde einer gleichberechtigten Verhütungspraxis herausgestellt. Es sind vielmehr das fehlende Bewusstsein für Verhütungsverantwortung und die tatsächliche Bereitschaft, sich an dieser zu beteiligen, die einen zentralen Aspekt der Problematik ausmachen: Dazu zählt die Auswahl eines Verhütungsmittels, die Aneignung der Funktionsweise, aber

6 Auch in wissenschaftlichen Betrachtungen zu Verhütung schwingt diese Auffassung oftmals differenziert mit (siehe z.B. in den Werken von Jütte 2003 und Metz-Becker 2006 zur Geschichte der Verhütung).

auch die fortlaufende korrekte Durchführung und Validierung. Dies gilt unabhängig von der gewählten Verhütungsmethode.

Ein besonders relevanter Faktor, der in den Debatten um Verhütung bemerkenswerterweise verhältnismäßig wenig thematisiert wird, ist der *Mental Load*, der mit der Vermeidung von Schwangerschaft einhergeht. Der Begriff des Mental Load, im deutschen mentale Last oder Bürde, kommt vor allem aus der Debatte um Sorgearbeit und fokussiert Tätigkeiten im Feld Familie und Haushalt (vgl. Robertson et al. 2019; vgl. illustrativ Emma 2018). Er wird verwendet, um das zu beschreiben, was zwar nicht unmittelbar *getan* wird, woran aber kontinuierlich *gedacht* werden muss, um die Funktionalität des täglichen Lebens, der Versorgung und des Wohlbefindens einer oder mehrerer Personen (z.B. einer Familie) – oder in Bezug auf Verhütung die erfolgreiche Verhinderung einer möglichen Schwangerschaft – zu gewährleisten. Mental Load beschreibt also eine mentale Arbeit, die auf der Person, die diese verrichtet, *lastet*. Als kognitiv ablaufende Tätigkeit bleibt sie jedoch unsichtbar.

Sich verantwortlich zu fühlen und zu sein, unterscheidet sich dabei wesentlich vom punktuellen, eventuell zugewiesenen Erledigen von Aufgaben – dem Mithelfen (vgl. Robertson et al. 2019: 185f.; Burkart/Koppetsch 1999: 158). Lediglich nach Aufforderung ein Kondom zu verwenden, das jemand anderes besorgt hat, ist also bspw. mit einem geringeren Maß an Verantwortung und nahezu keiner mentalen Arbeit verbunden, als sich um all das selbst zu kümmern. Auch die erfolgreiche Nutzung der Pille beinhaltet viele Schritte mentaler Arbeit, die als solche oftmals unsichtbar bleiben und daher auch zwischen Partner*innen kaum thematisiert werden.

Für die Aushandlung von partnerschaftlicher Verhütungsverantwortung ist es von elementarer Bedeutung, ein Bewusstsein für den Mental Load, der mit dem Vermeiden von Schwangerschaft einhergeht, zu entwickeln, damit diese weitestgehend unsichtbaren Belastungen Teil der Verteilung von Verhütungsverantwortung werden können.

Frauen als Verantwortungsträgerinnen

Bemerkenswerterweise wird gerade die Notwendigkeit der gemeinsamen Verantwortungsübernahme bei der STM häufig als Grund *gegen* ihre Anwendung aufgeführt (vgl. Arbeitsgruppe NFP o.J.). Hierdurch wird nicht nur der Eindruck erweckt, dass das Teilen von Pflichten bei der Verhütung grundsätzlich etwas Schlechtes sei. Auch wenn Vertreter*innen der Methode oftmals gerade das Aufbrechen der Einseitigkeit von Verhütungsverantwortung betonen wollen, wird durch solche Bewertungen die bereits bestehende Auffassung, dass vor allem *eine* Person, und zwar die Frau, für Verhütung zuständig sei, reproduziert und weiter normalisiert. Dies erlebt auch Claudia. Sie ist 29 Jahre alt und musste die Pille gegen ihren eigenen Wunsch auf Grund von Kontraindikationen absetzen. Seit zweieinhalb Jahren verhütet sie deshalb sympto-thermal. Sie erzählt:

»Weil vorher – ich weiß nicht, wie ich das genau beschreiben kann. Aber es war immer so klar, *ich* bin für die Verhütung zuständig und nicht mein Partner. [...] Für mich war

klar, ich bin eine Frau und *ich* muss das handhaben. [...] Das *Thema* war immer nur auf mich bezogen, also nicht als Paar, sondern ich bin dafür zuständig.«

Dass Frauen deutlich mehr Verhütungsverantwortung übernehmen als Männer, war laut Medizinhistoriker Robert Jütte (2003) »zum Teil schon vor der Einführung der hormonellen Ovulationshemmer der Fall« (305). Auch die regelmäßigen Berichte über das »Verhütungsverhalten Erwachsener« der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestätigen, dass sich dies nicht wesentlich verändert hat. Ferner zeigt sich in den BZgA-Studien eine wesentliche Diskrepanz in der Wahrnehmung der Verhütungsverantwortung. Demnach schätzen erheblich mehr Männer (36 Prozent) die Verhütungsverantwortung als gemeinsam geteilt ein als Frauen (9 Prozent) (vgl. BZgA 2007: 8). Diese ungleiche Verantwortungsübernahme hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass Frauen unter einem deutlich größeren Druck stehen, dies tun zu müssen. Dabei wirkt dieser Druck auf zwei zum Teil miteinander verschränkten Ebenen, und zwar zum einen auf der offensichtlichen, physischen Ebene, da sich die Schwangerschaft unmittelbar am Körper materialisiert, und zum anderen auf der sozialen Ebene: An Mütter und Väter werden gesellschaftlich nicht dieselben Erwartungen bezüglich Elternschaft gestellt. Dem liegt im Wesentlichen ein geschlechterhierarchischer Diskurs zu Grunde, der Reproduktionsarbeit und Fürsorge als weibliche Tätigkeiten naturalisiert und Müttern die (Allein-)Verantwortlichkeit für die Versorgung des Kindes zuschreibt. Schwanger- und Elternschaft bedeuten demnach für Frauen eine deutlich stärkere Einschränkung ihres Körpers, ihrer Zeit, ihrer Autonomie und ganz allgemein gefasst ihres Lebens als für Männer (vgl. Hausen 2001; Schütze 1986; Tolasch 2016).

Dies schlägt sich auch in der Bereitschaft nieder, Einschränkungen im sexuellen Erleben zugunsten der Verhütungssicherheit auf sich zu nehmen. Besonders deutlich wird dies in Helens Erzählung. Sie ist 31 und hat über lange Zeit kaum in Frage gestellt, dass sie körperliche Beschwerden für eine hohe Verhütungssicherheit in Kauf nehmen muss:

»Ich wollte nicht mehr hormonell verhüten. Nicht nur von dem reinen Gedanken her, dass ich da Medikamente nehme, dass ich irgendwie in meinen Hormonhaushalt eingreife. Sondern wirklich auch, dass ich gemerkt hab, mein Körper wehrt sich dagegen. Ich bin krank geworden davon.«

Auf die Frage, wie ihr Partner auf die Umstellung zu hormonfreier Verhütung reagiert hat, antwortet sie:

»Ja, der fand das okay. Der meinte – der hat nicht so Bock auf Kondome, muss man sagen. (lacht) Der hat aber auch meine Not gesehen. [...] Also ehrlich gesagt, mir ging's so scheiße, da war noch nicht mal ansatzweise an überhaupt irgendeine sexuelle Aktivität zu denken, dass er da, glaub ich auch – Also der stand da auf jeden Fall immer hinter mir.«

Die Einstellung, »keinen Bock« auf Kondome zu haben, macht deutlich, dass Helens Partner zwar begreift, dass Verhütung mit Einschränkung verbunden ist. Welches Maß an Einschränkung als zumutbar empfunden wird, hängt jedoch von den Zwängen ab,

die geschlechterspezifisch auf die Verhütenden wirken. Und diese klaffen, wie im Fall von Helen und ihrem Partner zu beobachten ist, teilweise stark auseinander.

Neben dem physischen Leid und den Einschränkungen, hadert Helen zusätzlich mit der Last der Verantwortung, dem Mental Load: »Manchmal ist es mir dann doch sehr viel Verantwortung. Und dann bin ich immer jemand, der dann eher auf Sicherheit spielt und dann eher sagt: ›Nee, heute nicht.««

Verantwortung aushandeln

Was Helen mit »sehr viel Verantwortung« meint, muss vor allem im Kontext der STM noch einmal eingehender betrachtet werden. Denn Mental Load und praktische Verantwortung bestehen hier nicht nur aus der täglichen Beobachtung der Körperzeichen, sondern auch aus der Auswertung und der daraus resultierenden individuellen und selbstständigen Einschätzung des Fruchtbarkeitszeitfensters. Die STM unterscheidet sich damit wesentlich von anderen Verhütungsmethoden, da die Verhütenden hier nicht nur für die sichere Anwendung Verantwortung tragen, sondern auch für die Sicherheit der Methode selbst, welche von ihrer eigenen Entscheidung zur sogenannten ›Freigabe‹⁷ abhängt. Aus diesem Grund nimmt die Aushandlung der Verteilung von Verhütungsverantwortung bei der STM eine größere Rolle ein als bei vielen anderen Verhütungsmethoden.

Auch wenn die Zyklusbeobachtung bei der STM unvermeidbar im Verantwortungsbereich der Frau liegt, gibt es dennoch vielfache Möglichkeiten für Partner, sich aktiv an der Verhütungsverantwortung zu beteiligen. Ob sie beispielsweise selbstständig im Blick haben, wann ›freigegeben‹ werden kann und sich mit ihrer Partnerin eigenmotiviert darüber abstimmen, anstatt lediglich auf ihr Signal zur Freigabe und auf eine Aufforderung zur Nutzung von Kondomen zu warten, macht einen erheblichen Unterschied bezüglich des Mental Loads der Verhütung. Es ist *diese* Verantwortung, die Helen laut ihrer Erzählung »eigentlich zu viel« ist und zwar nicht zuletzt deshalb, weil sie sie alleine tragen muss:

»Er verlässt sich da schon sehr auf mich. [...] Und ich hab niemanden, mit dem ich darüber reden kann. Irgendwie so dieser Austausch, der fehlt mir. Sodass ich dann schon immer sehr auf mich vertrauen muss und das fällt mir dann eben schwer. [...] Du musst da schon sehr mit dir im Reinen sein und sehr auf deine Skills vertrauen.«

Für Claudia hingegen ist klar, dass das Mitwirken ihres Partners ein unverzichtbarer Teil der Anwendung symptothermaler Verhütung ist, was diese auch von ihrer bisherigen Verhütungspraxis abhebt. Sie erzählt:

»Wenn ich was anderes mach' als die Pille, so wie jetzt mit [der STM], das ist natürlich so, dass jetzt der Partner auch Bescheid wissen muss, wo ich grad im Zyklus steh. Und er muss halt auch auf Kondome und so achten.«

7 Nach Ermittlung der Unfruchtbarkeit ungeschützten Geschlechtsverkehr zu praktizieren, wird bei der STM als ›freigegeben‹ bezeichnet.

Da ungeschützter Geschlechtsverkehr nur nach dem Eisprung frei von einem Schwangerschaftsrisiko ist, müssen die Sexualpartner*innen während der fruchtbaren Zeit auf andere Möglichkeiten der Schwangerschaftsvermeidung ausweichen und sich dementsprechend darüber abstimmen. Dass es hier zu Konflikten kommen kann, wenn die Partner*innen nicht die gleichen Interessen verfolgen oder sie Aspekte wie Verhütungssicherheit nicht im gleichen Maße priorisieren, wird u.a. in Helens Erzählung deutlich:

»Also er hat's nicht forciert oder so – [...] Aber wenn er dann irgendwie so sagt, ›Ja passt schon, geht schon.« Oder einfach nochmal ohne Kondom oder irgendwie sowas. [...] Und da hab ich irgendwann gesagt, ›So jetzt, mir ist das jetzt irgendwie zu viel und wenn ich Kondom sag, dann ist auch Kondom.« [...] Also ich möchte halt, dass wir's klarer kommunizieren, sozusagen. Wann ist jetzt gut und wann ist nicht gut und wann können wir mit und wann können wir ohne.«

Hier wird Aushandlung erst dann in Angriff genommen, wenn Absprachen verletzt wurden oder wenn der Partner versucht, Anweisungen zu umgehen. Aber auch nachdem Helen ein Mindestmaß an Beteiligung an der Verhütungsverantwortung von ihrem Partner eingefordert hat, scheint sie nicht genug Vertrauen darin zu haben, dass er dieser auch nachkommen wird. Um ihr Bedürfnis nach Verhütungssicherheit zu wahren und dabei gleichzeitig das Selbstbild einer harmonischen Paarbeziehung und eines unterstützenden Partners nicht zu gefährden, geht Helen in der weiteren Verhütungspraxis in den Rückzug, anstatt in weitere Konfrontation:

»Also wenn ich unfruchtbar bin nach dem Eisprung laut App, dann erzähl ich das noch nicht meinem Partner (lacht), sondern sag dann erstmal so ein bis anderthalb Tage später Bescheid. Wo ich so sage, ›Okay, jetzt ist sicher.««

Während wir aus Helens Erzählung erfahren, dass die Beteiligung ihres Partners an der Verhütungsverantwortung also gering oder sogar kontraproduktiv ist, muss dies keineswegs seiner eigenen Sichtweise entsprechen. Im Gegenteil, es gibt auch in Helens Erzählung Hinweise darauf, dass ihr Partner sich durchaus als jemand versteht, der gewillt ist, Verantwortung mitzutragen. So sagt sie z.B., dass »er auch so ne Person ist, die das [= Verantwortung] gerne übernimmt.« Dies mag zunächst widersprüchlich erscheinen. Doch es zeigt, dass es den Sachverhalt unangemessen übersimplifizieren würde, die Konflikte bei der Verantwortungsaushandlung lediglich als Zeichen grundsätzlichen Unwillens von Männern bezüglich der Übernahme von Verhütungsverantwortung zu sehen. Die hier geschilderten Dynamiken können als Ausdruck des fehlenden Verständnisses dessen, was Verhütungsverantwortung bedeutet, und der unzureichenden Reflexion vergeschlechtlichter Machtverhältnisse innerhalb der Paarbeziehung verstanden werden.

Verhütungsaushandlung und Familienideale

Die Frage, wann Anwender*innen sich bei der Verhütung sicher fühlen können, steht bei der STM kontinuierlich im Raum. Auch Claudias Gynäkologin scheint nicht von

einer hohen Sicherheit der STM überzeugt zu sein, rät ihr aber dennoch nicht davon ab.

»Sie [= Meine Frauenärztin] sieht das [= die STM] immer als sehr sinnvoll an und insbesondere, ja, »als Frau in meinem Alter«, so sagt sie's irgendwie immer. Ich vermute, dass sie trotzdem [...] denkt, dass die Methode natürlich unsicherer ist als die Pille. Also das kommt schon bei mir immer ein bisschen mit an, dass sie so denkt, »Es passt schon, weil Kinder wollen Sie ja eh«. [...] Sie ist beruhigt, weil wenn ich schwanger werden würde, würde ich das Kind kriegen. Und damit passt's für sie.«

Mit Argumenten wie diesen wird symptothermale Verhütung in der Ehe oder der eheähnlichen Paarbeziehung verortet – Kontexte, die gesellschaftlich u.a. als für die Fortpflanzung vorgesehen betrachtet werden (vgl. Hausen 2001; Mühlfeld 1982; Tolasch 2016: 230). Diese Verortung spielt eine bedeutende Rolle für die Gewährleistung der Verhütungssicherheit und die Aushandlung gemeinsamer Verantwortung für selbige. Denn der gesellschaftlich an die Paarbeziehung geknüpfte latente Kinderwunsch dient dazu, die Dringlichkeit der Verhütungssicherheit zu reduzieren, wodurch die partnerschaftliche Auseinandersetzung über die Gewährleistung von Verhütungssicherheit und der damit verbundenen Verantwortungsverteilung umgangen wird. Auch für Claudia waren dies zu Beginn relevante Aspekte für die Entscheidung zur Anwendung der STM:

»Die Kombination aus dem, dass ich gewusst hab, mein Kinderwunsch ist dann auch schon 'n bisschen da gewesen, es wär' jetzt auch keine Katastrophe mehr, wenn was passieren würde, ich hab lang genug schon gearbeitet, war finanziell schon abgesichert und ich war zu dem Zeitpunkt auch schon mit meinem Ex-Freund sehr lange zusammen. Diese ganze Kombi hat es dann ausgemacht, dass ich mich getraut hab, mich daran zu wagen. Im Nachhinein, weil ich es jetzt ja schon so lange mach, also über zwei Jahre, waren die Bedenken eigentlich ein Schmarren, weil es ist nie was passiert und ich bin nie schwanger geworden.«

Finanzielle Unabhängigkeit und Sicherheit sowie eine lange Beziehungsdauer werden als relevante Voraussetzungen für eine mögliche – sei es auch eine ungewollte – Schwangerschaft sichtbar. Diese Faktoren rücken jedoch bei der STM stärker in den Vordergrund als bei anderen Verhütungsmethoden. Das Gefühl der Unsicherheit in der Verhütung wird dabei auszugleichen versucht, indem Sicherheit in anderen Aspekten als der gemeinsamen Verantwortlichkeit gesucht wird, und zwar sehr spezifisch in Idealen der bürgerlichen Kleinfamilie. In der Verortung der STM als ausschließlich geeignet für eheähnliche Paarbeziehungen mit latentem Kinderwunsch zeigt sich nicht nur das Vorurteil der Unsicherheit der Methode. Hierin spiegeln sich auch gesellschaftliche Werte und Vorstellungen in Bezug auf die Frage, für wen es wann und unter welchen Umständen gestattet ist – oder für wen es »keine Katastrophe mehr« darstellt – schwanger zu werden. Eine partnerschaftliche Auseinandersetzung mit der Verhütungsverantwortung kann dadurch leicht umgangen werden.

Dass die Nutzungsmöglichkeit der STM aber nicht grundsätzlich am Beziehungsstatus hängt, zeigt Jennifers Erfahrung: Die 25-Jährige hat die STM zwar in einer »festen« Partnerschaft erlernt, fühlt sich jetzt aber auch in anderen Beziehungen sicher

damit – das Verhältnis zu ihrem aktuellen Sexualpartner bezeichnet sie als »Freundschaft-plus-mäßig«:

»Ja, also für mich ist da halt kein Unterschied. Für mich ist es jetzt irgendwie so normal damit zu verhüten und da ändert jetzt auch ne Beendigung der Partnerschaft und halt nur in dem Sinne 'n neuer Sexualpartner, wo man keine feste Partnerschaft mit hat, nichts dran.«

Die Kommunikation zwischen den Sexualpartner*innen und die gemeinsame Verantwortungsübernahme für die Verhütungssicherheit hat sich in den Erzählungen der Anwenderinnen als relevanter Faktor für das Sicherheitsgefühl herausgestellt, wobei diese Aspekte nicht automatisch mit dem Beziehungsstatus zusammenhängen.

Es lässt sich vermuten, dass die Ansicht, symptothermale Verhütung sei unsicher und nur für Paare mit latentem Kinderwunsch geeignet, für die Nutzung der STM zur Folge hat, dass die Methode von deutlich weniger Menschen angewendet wird, als möglicherweise Interesse bestünde. Denn der Wunsch nach hormonfreier Verhütung wird immer wieder laut. Frauen, die auf hochsichere Verhütung angewiesen sind, fühlen sich allerdings häufig alternativlos (vgl. Kray 2017).

Was braucht gleichberechtigte Schwangerschaftsverhütung?

Eine wesentliche Forderung feministischer Kämpfe in Bezug auf Reproduktion ist es, Schwangerschaftsverhütung gleichberechtigter zu gestalten. In den letzten 60 Jahren wurde von Feminist*innen vielfach festgestellt, dass Innovationen, wie z.B. die Pille, Menschen zwar mehr sichere Verhütungsoptionen bieten. Doch gleichberechtigte Geschlechterverhältnisse werden auch hier nicht automatisch mitgeliefert.

Die Diskussion um eine gleichberechtigte Verteilung von Verhütungsverantwortung kreist überwiegend um die Forderung nach mehr Methoden, die direkt von spermiensproduzierenden Menschen angewendet werden können. Das ist eine extrem wichtige Forderung und eine Entwicklung, die es ohne Zweifel braucht, um mehr Gleichberechtigung in der Schwangerschaftsverhütung herzustellen. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass mehr Verhütungsmethoden vor allem mehr Flexibilität bei der Aushandlung von Verhütungsverantwortung bieten. Die Aushandlung selbst können sie nicht ersetzen. Das heißt, auch die »Pille für den Mann« oder ähnliche Optionen werden grundsätzlich nichts daran ändern, dass es in cis-geschlechtlichen, heterosexuellen Sexualbeziehungen die Frauen sind, die schwanger werden. Sie stehen aufgrund viel weiter gefasster Rahmenbedingungen als nur der Auswahl an Verhütungsmitteln – wie z.B. der Lage reproduktiver Rechte und gesellschaftlichen Anforderungen an Elternschaft – unter einem deutlich größeren Druck, Verantwortung für Schwangerschaftsverhütung zu übernehmen als Männer. Diese geschlechterhierarchische Dynamik darf in der Diskussion um gleichberechtigte Schwangerschaftsverhütung nicht ignoriert werden.

Als Handlungsmöglichkeit innerhalb der Sexualbeziehung ergibt sich hieraus, dass, ungeachtet der gesellschaftlichen Ungleichheit, Verhütungssicherheit zur *gemeinsamen* Priorität beider Sexualpartner*innen werden muss. Eine weitere Voraussetzung für eine gleichberechtigte Verhütungspraxis besteht darin, anzuerkennen, dass Schwanger-

schaftsverhütung Einschränkung bedeutet. Um die Belastungen der Schwangerschaftsverhütung möglichst fair zu verteilen, bedarf es darüber hinaus jedoch vor allem eines verstärkten Bewusstseins, sowohl für die *Art* als auch für das *Ausmaß* der Einschränkungen, die mit Verhütung verbunden sind. Einschränkung und Verantwortung bestehen dabei nicht nur aus der reinen Anwendung eines Verhütungsmittels, sondern zu einem nicht unerheblichen Teil auch aus dem Mental Load, dem Sich-Gedanken-Machen, dem *Sich-Sorgen-Um* eine ungewollte Schwangerschaft. Gerade dieser Punkt eröffnet Sexualpartner*innen jedoch auch die Möglichkeit, Verhütungsverantwortung individuell auszuhandeln und an ihre jeweiligen Bedürfnisse und Möglichkeiten anzupassen. In einer partnerschaftlichen, individuellen Aushandlung, die die soziale Ungleichheit der Geschlechter und die daraus resultierenden Machtstrukturen innerhalb der Beziehung einbezieht, bestehen sowohl die Chance als auch die Herausforderung gleichberechtigter Schwangerschaftsverhütung.

Meine Untersuchung hat ergeben, dass die Anwendung der STM diese Herausforderung und die damit einhergehenden Konflikte für die interviewten Frauen sichtbarer und *spürbarer* macht, als es bei anderen Verhütungsmitteln der Fall zu sein scheint. Über die Feststellung hinaus, dass partnerschaftliche Aushandlung von Verhütungsverantwortung eine Hürde ist, die bei der STM verstärkt auftritt, wird dieser Punkt jedoch auch im Diskurs um symptothermale Verhütung leider kaum weitergehend thematisiert, sodass eine substantielle Kritik an vergeschlechtlichter Ungleichheit bei der Schwangerschaftsverhütung letztendlich auch dort ausbleibt.

Abschließen möchte ich diesen Beitrag mit einem Ausblick, der über die vorgestellte Studie hinausweist. Wenn sich allgemein etwas an der ungleichen Verteilung der Verhütungsverantwortung ändern soll, dann darf es nicht als Normalität akzeptiert werden, dass Männer sich nicht für Schwangerschaftsverhütung verantwortlich fühlen. Vielmehr ist es notwendig, dass wir alle unsere Sexualbeziehungen genauer auf gesellschaftliche Machtverhältnisse hin hinterfragen. Denn auch »durch ein modernes egalitäres Ideal verschwindet Macht nicht aus dem Beziehungsalltag« (Tietge 2018: 98). Gerade in Beziehungen, in denen Männer das Selbstbild pflegen, ihrer Sexualpartnerin auf Augenhöhe zu begegnen und eine gleichberechtigte Beziehungen führen *wollen*, müssen jedoch besonders *sie* sich eindringlich fragen, welchen Beitrag zur Verhütungsverantwortung sie *tatsächlich* leisten. Denn der gute Wille allein reicht nicht. Eine gleichberechtigte Verhütungspraxis ist deshalb unweigerlich mit Konfrontation und der Aufgabe von Privilegien verbunden. Doch wenn Menschen zusammenkommen, um die lustvollen Seiten von Sexualität gemeinsam zu erleben, scheint es nur angemessen, wenn auch die damit verbundenen Belastungen gemeinsam geteilt werden.

Literatur

- Arbeitsgruppe Natürliche Familienplanung (NFP) (2015): Natürlich und Sicher. Das Praxisbuch. Familienplanung mit Sensiplan, Stuttgart: TRIAS Verlag.
- (o.J.): »Pro und Contra«, in: nfp-online, verfügbar unter: https://www.nfp-online.com/?page_id=3783 (letzter Zugriff: 12.07.2021).

- Bohne, Michael (1997): Die Pille für den Mann und die Vasektomie in der Medizin, Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2007): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2007, Niestetal: Silber Druck.
- (2018): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse der Repräsentativbefragung 2018, Meckenheim: Warlich Druck.
- (2019): Sichergehen: Verhütung für sie und ihn, Bad Oeynhausen: Kunst und Werbe-druck.
- Burkart, Günter/Koppetsch, Cornelia (1999): Die Illusion der Emanzipation. Zur Wirk-samkeit latenter Geschlechternormen im Millieuvergleich, Konstanz: Universitäts-verlag.
- Corbin, Juliet/Strauss, Anselm (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozi-alforschung, Weinheim: Beltz Psychologieverlagsunion.
- Dismore, Lorelle/Wersch, Anna van/Swainston, Katherine (2016): »Social constructions of the male contraception pill: When are we going to break the vicious circle?«, in: Journal of Health Psychology 21 (5), S. 788-797.
- Emma (2018): The Mental Load: A Feminist Comic, New York City u.a.: Seven Stories Press.
- Ewert, Christiane/Carsten, Gaby/Schultz, Dagmar (1987): Hexengeflüster 2: Frauen greifen zur Selbsthilfe, Berlin: Orlanda.
- Hausen, Karin (2001): »Die Polarisierung der »Geschlechtscharaktere«. Eine Spiegelung von Erwerbs- und Familienleben«, in: Sabine Hark (Hg.), Dis/Kontinuitäten: Femi-nistische Theorie, Opladen: Leske + Budrich, S. 162-185.
- Jütte, Robert (2003): Lust ohne Last. Geschichte der Empfängnisverhütung, München: C.H. Beck.
- Klemm, Miriam (2017): »Overshadowed by the Pill. Die Entwicklung männlicher Lang-zeitverhütungsmittel«, in: Sexuologie 24 (1-2), S. 11-18.
- Kray, Sabine (2017): Freiheit von der Pille. Eine Unabhängigkeitserklärung, Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag.
- Metz-Becker, Marita (2006): Wenn Liebe ohne Folgen bliebe... Zur Kulturgeschichte der Verhütung, Marburg: Jonas Verlag.
- Mühlfeld, Claus (1982): Ehe und Familie, Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Robertson, Lindsey G./Anderson, Tamara L./Lewis Hall, M. Elizabeth/Kim, Christina Lee (2019): »Mothers and Mental Labor: A Phenomenological Focus Group Study of Family-Related Thinking Work«, in: Psychology of Women Quarterly 43 (2), S. 184-200.
- Rötzer, Josef (1997): »Zur Geschichte der Natürlichen Empfängnisregelung (Von den Kalendermethoden zu den sympto-thermalen Methoden). Unter besonderer Be-rücksichtigung der Fragestellung: Was ist eine echte sympto-thermale Methode?«, verfügbar unter: https://iner.org/files/o2_anwenden/buecher_literatur/broschuere_n/Josef%20Roetzer,%20Zur%20Geschichte%20der%20Natuerlichen%20Empfaengnisregelung.pdf (letzter Zugriff: 08.11.2021).
- Schütze, Yvonne (1986): Die gute Mutter. Zur Geschichte des normativen Musters »Mut-terliebe«, Bielefeld: Kleine Verlag.

- Silies, Eva-Maria (2010): *Liebe, Lust und Last. Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik 1960-1980*, Göttingen: Wallstein.
- Tietge, Ann-Madeleine (2018): *Make Love, Don't Gender!? Heteronormativitätskritik und Männlichkeit in heterosexuell definierten Paarbeziehungen*, Wiesbaden: Springer VS.
- Tolasch, Eva (2016): *Die protokollierte gute Mutter in Kindstötungsakten. Eine diskursanalytische Untersuchung*, Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Tretau, Alisa (2019): *Nicht nur Mütter waren schwanger*, Münster: Edition Assamblage.
- Universitätsklinikum Heidelberg (o.J.): »Natürliche Familienplanung. Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen«, verfügbar unter: <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/verfahren/natuerliche-familienplanung-200343> (letzter Zugriff: 08.11.2021).

