

Ungewollte Schwangerschaften im Kontext von Partnergewalt

Ergebnisse aus der ELSA-Studie zur Partnerschaftssituation und Bedarfe an Schwangerschaftsberatung

*Petra J. Brzank, Martin Nowak, Dennis Jepsen,
Kristina Winter, Marie Engelhard, Nele Schneider,
Mara Pfeifer, Jelena Seeberg & Hanna-Sophie Ulrich*

Partnergewalt gegen Frauen stellt ein gravierendes Problem dar, das zu schweren gesundheitlichen Folgen sowie zu ungewollten Schwangerschaften führen kann. Zum Zusammenhang von Partnergewalt und ungewollter Schwangerschaft liegen für Deutschland noch wenig wissenschaftliche Erkenntnisse vor. Diese Forschungslücke wirkt sich auch auf die Praxis von Beratung und Unterstützung aus. Das Forschungsprojekt »Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung« (ELSA) – finanziert vom Bundesministerium für Gesundheit von November 2020 bis April 2024 – generiert wissenschaftliche Erkenntnisse zu ungewollten Schwangerschaften aus einem umfangreichen Datenmaterial. In diesem Beitrag werden Ergebnisse zur besonderen Situation der von Partnergewalt betroffenen Frauen aus dem Teilprojekt »vulnerable Gruppen« (ELSA-VG) vorgestellt und Empfehlungen für die Beratungspraxis abgeleitet.

1 Hintergrund und Forschungsstand

Aufgrund ihrer Lebenslage sowie im Kontext ungewollter Schwangerschaften werden Frauen, die von Partnergewalt betroffen sind, als vulnerable Gruppe betrachtet. Für sie besteht ein deutlich höheres Risiko einer ungewollten Schwangerschaft und sie müssen die Entscheidungen zum Ausgang der Schwangerschaft in einer ausgesprochen belastenden Situation treffen.

Im Hinblick auf den Begriff der Ungewolltheit einer Schwangerschaft folgt die ELSA-Studie der Definition der internationalen Forschung, in der sich als Standard eine Differenzierung zwischen *unwanted* und *mis-timed* (ungewollt und verfrüht), zusammengefasst als *unintended* (unbeab-

sichtigt), etabliert hat (AMC, 2011; siehe auch den Beitrag von Knittel & Olejniczak in diesem Band).

Das von Deutschland 2018 ratifizierte »Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt« (Istanbul-Konvention) definiert Gewalt ähnlich wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2003) als

»alle Handlungen geschlechtsspezifischer Gewalt, die zu körperlichen, sexuellen, psychischen oder wirtschaftlichen Schäden oder Leiden bei Frauen führen oder führen können, einschließlich der Androhung solcher Handlungen, der Nötigung oder der willkürlichen Freiheitsentziehung, sei es im öffentlichen oder privaten Leben« (Europarat, 2011, S. 5).

Laut repräsentativen Studien widerfährt jeder vierten Frau in Deutschland unabhängig von soziodemografischen Merkmalen mindestens einmal im Leben physische, sexuelle oder psychische Gewalt durch den Partner (FRA, 2014; Müller & Schröttle, 2004). Die WHO liefert ähnliche Zahlen (2021) und spricht von einem pandemischen Ausmaß mit gravierenden gesundheitlichen Folgen für Frauen (2003). Kennzeichnend für Partnergewalt gegen Frauen¹ ist ein Misshandlungssystem aus verschiedenen, ineinandergreifenden Gewaltformen wie physischer, psychischer, sexualisierter, sozialer und auch ökonomischer Gewalt (siehe Tab. 1), die gezielt zum Aufbau und zur Aufrechterhaltung von Macht und Kontrolle über eine Intimpartnerin eingesetzt werden (Hellbernd et al., 2004).

Tab. 1: Formen und Handlungen im Kontext von Gewalt in der Partnerschaft;
Quelle: Brzank (2012)

Gewaltform	Gewalthandlungen
körperliche Gewalt	Ohrfeigen, Faustschläge, Stöße, Fußtritte, Würgen, Fesseln, tätliche Angriffe mit Gegenständen, Schlag-, Stich- oder Schusswaffen, Morddrohungen, Tötungsdelikte
sexualisierte Gewalt	sexuelle Nötigungen, Vergewaltigungen, Zwang zur Prostitution
psychische Gewalt	Drohungen, ihr oder ihren Kindern etwas anzutun, Beleidigungen, Demütigungen, das Erzeugen von Schuldgefühlen, Essensentzug und Einschüchterungen

1 Nachfolgend wird Partnergewalt mit GiP für »Gewalt in der Partnerschaft« abgekürzt.

Gewaltform	Gewalthandlungen
ökonomische Gewalt	Arbeitsverbote oder -zwang, alleinige Verfügungsmacht über finanzielle Ressourcen durch den Partner, Herstellung und Aufrechterhaltung einer ökonomischen Abhängigkeit
soziale Gewalt	soziale Isolierung durch Kontrolle oder Verbot der Kontakte

Charakterisierend für Gewalt in der Partnerschaft (GiP) ist die große Überschneidung der einzelnen Gewaltformen, die sowohl von betroffenen Frauen in qualitativen Interviews berichtet (Dobash & Dobash, 1979) als auch statistisch in quantitativen Daten nachgewiesen wird (Hellbernd et al., 2004). Als determinierend für Partnergewalt und insbesondere für die schwere Form des sogenannten *intimate partner terrorism* (Johnson, 2011) gegen Frauen betont Stark (2009) das Handlungsmuster *coercive control* (vgl. Meshkova, 2020), das sich bei der Mehrzahl der Betroffenen zeigt. Auch soziale Gewalt in Form von sozialer Isolierung durch Kontrolle oder Verbot der Kontakte zur Familie und/oder zu Freunden kennzeichnet GiP und hat bei der Bewältigung einer ungewollten Schwangerschaft für GiP-Betroffene eine besondere Brisanz.

Intime Partnergewalt ist als Risikofaktor für eine ungewollte Schwangerschaft und einen nachfolgenden Abbruch empirisch belegt: Gewalt durch einen Intimpartner erhöht das Risiko für eine ungewollte Schwangerschaft bei gewaltbetroffenen Frauen um das 3,3- bis 3,5-fache (Martin-de-las-Heras et al., 2015; Miller & Silverman, 2010; Samankasikorn et al., 2019). Als Ursache für dieses erhöhte Risiko einer ungewollten Schwangerschaft unter den betroffenen Frauen werden vielfältige Formen der reproduktiven Nötigung oder des Zwangs (*reproductive coercion*) (Grace & Anderson, 2018; Miller et al., 2010) und insbesondere eine Verhütungssabotage (*birth control sabotage*) (Baird et al., 2017; Grace & Anderson, 2018) berichtet. Bei reproduktiver Nötigung wird mit Macht und Kontrolle versucht, die Ergebnisse der reproduktiven Gesundheit der Partnerin zu beeinflussen und sie stärker an sich zu binden. Gewalttätige Partner versuchen beispielsweise den Verhütungsmittelzugang zu kontrollieren, sodass die Partnerin nur sehr eingeschränkte Kontrazeptionsmöglichkeiten hat (Holmes & Mayer, 2003). Die sexuellen und reproduktiven Rechte von Frauen werden verletzt und ihre autonome Entscheidungsfindung in ihrer reproduktiven Gesundheit wird stark beeinträchtigt (ACOG, 2013; Miller et al., 2010). Unter Verhütungssabotage fallen Praktiken wie das Perforieren von Kondomen

oder das Vortäuschen einer Kondomnutzung. Eine ungewollte Schwangerschaft innerhalb einer Gewaltbeziehung kann auch das Ergebnis sexualisierter Gewalt in Form einer Vergewaltigung sein (Hall et al., 2014; Holmes et al., 1996). Sexualisierte Gewalt und Vergewaltigung in der Ehe sind hierzulande immer noch stark tabuisiert, sodass kaum belastbare Zahlen vorliegen. Verdeutlicht wird das Ausmaß sexualisierter GiP durch die Ergebnisse der bundesweiten Repräsentativbefragung von Frauen: Knapp die Hälfte aller Frauen, die nach dem 16. Lebensjahr sexualisierte Gewalt erlebt hatten, gab als Täter den (Ex-)Partner an (Müller & Schröttle, 2004). Eine ungewollte Schwangerschaft kann – vor allem wenn das Austragen erzwungen wird und das Kind zur Welt kommt – zu einer größeren sowie zeitlich unbegrenzten Abhängigkeit vom Partner führen, was das Risiko für GiP erhöht.

Das heißt, Partnergewalt erhöht das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft und eine ungewollte Schwangerschaft erhöht das Risiko für Partnergewalt (Fanslow et al., 2008). Laut wissenschaftlichen Studien ist die Wahrscheinlichkeit GiP erlitten zu haben unter Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, um drei- bis viermal höher als unter Frauen ohne Schwangerschaftsabbruch. Bei von GiP betroffenen Frauen zeigt sich eine 2,7- bis 3,5-fach höhere Abbruchrate als bei nicht gewaltbetroffenen Frauen (Taft & Watson, 2007; WHO, 2013a).

2 Das Teilprojekt ELSA-VG – Darstellung der Ergebnisse

ELSA-VG ist in das Verbundprojekt ELSA eingebettet, wobei jeder der sechs Verbundstandorte eine spezifische Fragestellung und/oder Zielgruppe untersuchte. Schwerpunkt von ELSA-VG stellen unter anderem Frauen mit GiP dar. In den Befragungen mittels standardisiertem Onlinefragebogen sowie mit qualitativen Interviews stehen die Belastungen und Ressourcen von ungewollt Schwangeren, ihre Entscheidungsfindung zum Ausgang der Schwangerschaft sowie ihre Erfahrungen und Wünsche sowohl an die psychosoziale Unterstützung als auch an die medizinische Versorgung im Fokus. Basierend auf diesem Mixed-Methods-Design²

2 Das Mixed-Methods-Design des Forschungsverbundes ist äußerst komplex und eine Beschreibung der einzelnen Erhebungen, Forschungszugänge und Rekrutierung würde hier den Rahmen sprengen. Nachgelesen werden kann das Design in den kommenden Publikationen und im Abschlussbericht.

liegen zum ersten Mal umfassende Daten für Deutschland vor, die einer detaillierten Analyse unterzogen werden können.

Hier werden vornehmlich ausgewählte, für den Beratungskontext relevante Ergebnisse aus der Onlinebefragung für die vergleichende statistische Analyse (Frauen mit vs. ohne GiP) sowie aus den qualitativen Interviews für eine Typenbildung der Beratungserfahrung vorgestellt.

2.1 Paarbeziehung und Lebenssituation

GiP liegt in der Befragung dann vor, wenn mindestens eine Form von Gewalthandlung seitens des Partners (körperlich, psychisch oder sexuell) während der Schwangerschaft berichtet wurde. Innerhalb der Gesamtstichprobe ($n = 5.101$) gaben 333 der Befragten an, mindestens eine Form von GiP erfahren zu haben, wobei aufgrund der Stichprobengewinnung (Selektionsbias) und der persönlichen Barrieren bei dem eigenen Eingeständnis der GiP-Betroffenheit von einer höheren Zahl auszugehen ist. Von den ungewollt Schwangeren ($n = 1.189$) des Gesamtsamples haben 164 Frauen GiP (13,8 %) erfahren, wobei am häufigsten psychische Gewalt in Form von sozialer Isolation, Kontrolle und Überwachung sowie Drohungen des Kindesentzugs berichtet wurde. Zudem machten 172 (14,5 %) bei den Fragen zur Erfassung von GiP keine Angaben, sodass auch hier von einem höheren Ausmaß auszugehen ist.

Zum Zeitpunkt der Fokusschwangerschaft³ hatten fast alle von GiP betroffenen Frauen (96,4 % vs. 99,0 % ohne GiP) eine Beziehung mit dem Mann, von dem sie schwanger waren, und wohnten mit ihm zusammen (74,4 % vs. 90,8 % ohne GiP). Im Vergleich waren Frauen mit GiP weniger häufig verheiratet/verpartnert (48,0 % vs. 71,8 %), kürzere Zeit mit dem Partner zusammen (mehr als vier Jahre: 51,8 % vs. 73,2 % ohne GiP) und berichteten signifikant in allen abgefragten Dimensionen von einer schlechteren Qualität der Paarbeziehung als Frauen ohne GiP. 17,6 % der von GiP Betroffenen gaben an, dass der Partner die Verhütung kontrollierte bzw. einschränkte, insbesondere durch das Ablehnen einer Kondomanwendung (82,5 %), eine Beschädigung vor bzw. einem Entfernen des Kondoms beim Sex (25,9 %) oder in anderer Form (40,0 %). Drei Viertel der Betroffenen (74,6 %) teilten mit, dass der Partner bereits vor der Fokus-

3 Detaillierte Fragen fokussierten auf die letzte Schwangerschaft (Fokusschwangerschaft).

schwangerschaft gewalttätig gewesen war. Nachdem die Schwangerschaft dem Partner bekannt wurde, verschlimmerte sich die Gewalt bei 29,3 % und bei 45,6 % blieb sie gleich. Während der Schwangerschaften erlitten 16,8 % der Betroffenen Gewalt und 65,2 % der Frauen gaben an, dass sie bei einer Schwangerschaftsentscheidung gegen den Willen des Partners Angst vor weiterer Gewalt durch ihn hatten.

Im Vergleich war für die von GiP Betroffenen signifikant häufiger ein weiteres Kind mit den eigenen Plänen weniger gut vereinbar (45,5 % vs. 18,3 % ohne GiP) und würde die finanzielle Situation sehr anspannen (54,6 % vs. 24,1 % ohne GiP). Insgesamt lässt sich für gewaltbetroffene Frauen eine schlechtere finanzielle Situation feststellen. Sie können sich signifikant seltener einen gewissen Luxus leisten (9,0 % vs. 22,0 %) und häufiger reicht ihr Geld für ihre Bedürfnisse nur mit genauer Ausgabenplanung (21,6 % vs. 5,5 % ohne GiP). Haben sie sich für das Austragen der Schwangerschaft entschieden, dann beziehen sie signifikant häufiger zwei Jahre nach der Geburt staatliche Unterstützung (30,3 % vs. 9,0 %). Diese Ergebnisse belegen das in vorliegenden Studien gezeigte sehr hohe Armutrisiko für von GiP betroffene Frauen (vgl. Brzank, 2009), wobei eine drohende Armut am stärksten zum Verbleib in einer gewalttätigen Partnerschaft beiträgt (vgl. Anderson & Saunders, 2003; Barnett, 2000; Brzank, 2012).

2.2 Schwangerschaft und Informationsbeschaffung

Von den 333 gewaltbetroffenen Frauen gaben 49,2 % an, ungewollt und 33,3 % (n = 111) gewollt schwanger geworden zu sein. Von GiP Betroffene berichteten signifikant seltener, dass die Fokusschwangerschaft von ihnen (26,4 % vs. 53,7 % ohne GiP) oder von ihrem Partner gewollt war (26,5 % vs. 8,4 % ohne GiP), oder der Partner stand der Schwangerschaft zwiespältig gegenüber (17,9 % vs. 6,7 %). GiP im Allgemeinen sowie spezifische Gewaltformen zeigen sich in den Daten als signifikante Risikofaktoren für eine ungewollte (5,6-fach erhöht) oder abgebrochene Fokusschwangerschaft (dreifach erhöht).

Frauen mit GiP suchten nach der Feststellung der Schwangerschaft häufiger Informationen zum Schwangerschaftsabbruch (31,8 % vs. 10,8 % ohne GiP), zur Abgabe des Kindes (4,2 % vs. 0,4 % ohne GiP) oder alternative Abbruchwege wie Abbruch im Ausland (siehe den Beitrag von

Rahm, De Zordo & Mishtal in diesem Band) oder im Selbstversuch (14,2 % vs. 9,9 % ohne GiP). Gefragt danach, von welcher Seite sie hilfreiche Informationen erhalten haben, zeigt sich zum einen die Tabuisierung oder Scham über eine ungewollte Schwangerschaft, denn für beide Gruppen von Frauen spielten Personen des sozialen Umfeldes oder der Familie eine sehr geringe Rolle bei dieser Form der Unterstützung; zum anderen kann hier der Effekt der sozialen Isolierung der gewaltbetroffenen Frauen vermutet werden, denn am häufigsten nennen sie Webseiten und Suchmaschinen (58,6 %), Arztpraxen (45,6 %), Beratungsstellen (38,1 %) und Soziale Medien (21,0 %) als hilfreiche Informationsquellen. Bei mehr von GiP betroffenen Frauen wurde die Informationsbeschaffung von ihrer Angst, dass über sie schlecht gedacht würde, beeinträchtigt (35,8 % vs. 28,3 % ohne GiP). Seltener erhielten sie Informationsmaterialien in für sie verständlicher Sprache (51,5 % vs. 71,8 % ohne GiP), obwohl sie diese gebraucht hätten (81,8 % vs. 12,6 % ohne GiP). Hier zeigt sich ein Informationsdefizit und der Mangel an adäquaten Materialien für diese Gruppe von Frauen. Auch Informationen zur Unterstützung bei einer ungewollten Schwangerschaft (41,9 % vs. 32,4 % ohne GiP) oder zur Verhütung (54,5 % vs. 44,0 % ohne GiP) in einer Sprache zu finden, die von ihnen verstanden wird, hatten wesentlich mehr der GiP-betroffenen Frauen vermisst (siehe den Beitrag von Kubitz, Bomert & Böhm in diesem Band).

2.3 Erfahrungen mit Schwangerschafts(pflicht)beratung bei einem Abbruchwunsch

Die Adresse der allgemeinen Schwangerschaftsberatungsstelle fanden sowohl die Frauen mit als auch ohne GiP-Betroffenheit gleichermaßen an erster Stelle über Webseiten oder Suchmaschinen (ca. 40 %), gefolgt von Arztpraxen (ca. 25 %) oder sie waren den Frauen vorher schon bekannt (ca. 20 %). Die Zufriedenheit mit den Beratungsstellen ist bei beiden Gruppen hoch: Etwa 87 % fühlten sich sehr oder eher gut unterstützt, ca. 12 % waren eher oder sehr unzufrieden. Die Zufriedenheit verdeutlicht folgendes Zitat von Isabell Schwarz⁴: »also ich wurde super aufgeklärt, [...] den ganzen Ablauf habe ich als positiv empfunden.«

4 Alle persönlichen Angaben wurden anonymisiert und den Frauen Aliasnamen gegeben. Die hier vorgestellten Zitate stammen ausnahmslos von Frauen mit GiP.

Bei der Beschaffung der Adressen zu den Pflichtberatungsstellen zeigt sich ein anderes Ranking: Hier erhielten die Frauen die Adresse am häufigsten durch die Arztpraxen (ca. 42 %). Die meisten Frauen mit GiP berichten, dass sie die Beschaffung der Adresse als (eher) leicht empfunden haben (80,5 %).

Der Zeitpunkt des ersten Pflichtberatungstermins unterscheidet sich nur gering zwischen den beiden Gruppen (siehe Abb. 1). Bei der Mehrzahl der sich pflichtberaten lassenden Frauen reichte ein Termin (ca. 92 %) und nur wenige benötigten wegen der Unsicherheit in der Entscheidungsfindung mehrere Beratungstermine.

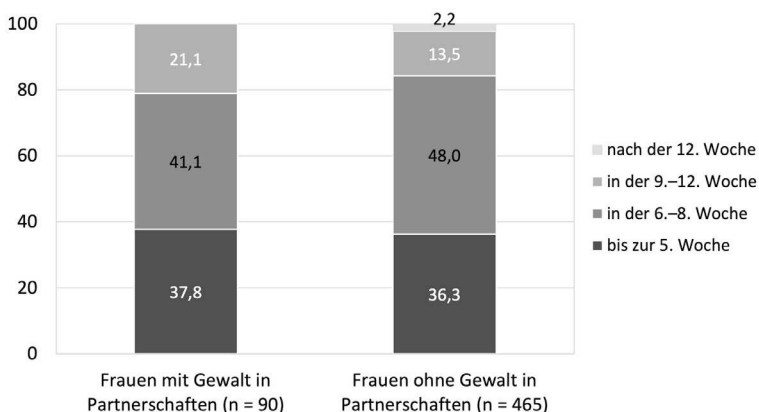


Abb. 1: Zeitpunkt der ersten Pflichtberatung bei Frauen mit und ohne Gewalterfahrung in der Partnerschaft (in Prozent)⁵

Befragt zur Intention bei der Inanspruchnahme einer Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch zeigen sich für die Frauen mit wie für diejenigen ohne GiP ähnliche Beweggründe (siehe Abb. 1). An erster Stelle steht die Erwartung, dass ihre bereits getroffene Entscheidung respektiert werden würde (knapp 90 %), gefolgt von dem alleinigen Wunsch nach Erhalt des Beratungsscheins (ca. 80 %) bzw. einer Adresse zur Durchführung des Ab-

5 Die Fragen, auf denen die Angaben in den Abbildungen 1 bis 4 basieren, wurden nur von Frauen beantwortet, die eine Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch wahrgenommen haben. Quelle: ELSA-Befragung von Frauen mit ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften 2022.

bruches (ca. 65 %). Deutlichere Unterschiede im Antwortverhalten zeigen sich für gewaltbetroffene Frauen bei der Frage, ob erwartet wurde, dass sie sich für die Entscheidung rechtfertigen müssen (61,1 % vs. 50,3 % ohne GiP) oder zum Austragen der Schwangerschaft überredet werden würden (38,5 % vs. 27,4 % ohne GiP). Von GiP betroffene Frauen erhofften sich häufiger eine Entscheidungshilfe von der Pflichtberatungsstelle (44,5 % vs. 34,2 % ohne GiP).

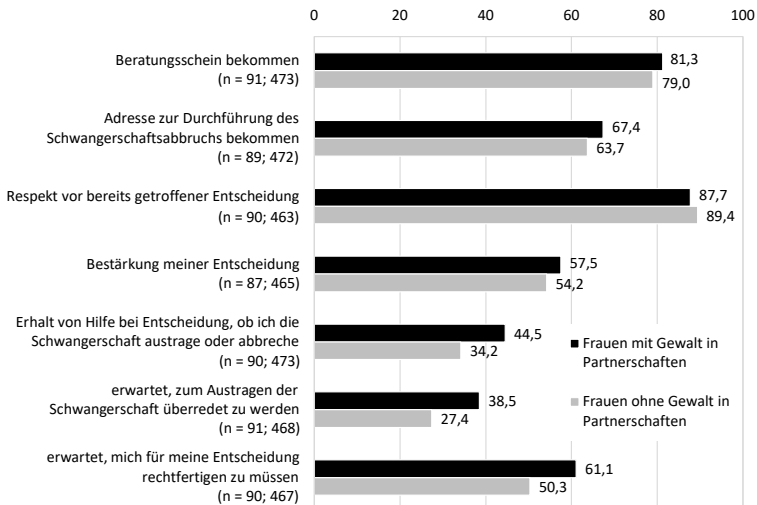


Abb. 2: Häufigkeitsverteilung der Intention zum Besuch der Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit und ohne Gewalterfahrung in der Partnerschaft (in Prozent)

Die Pflichtberatung beeinflusste die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch beider Vergleichsgruppen kaum, so konstatierten Frauen mit GiP, dass weder die Pflichtberatung (84,0 % vs. 79,9 % ohne GiP) noch die mindestens dreitägige Bedenkzeit (46,1 % vs. 42,0 % ohne GiP) ihre Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch beeinflusst habe.⁶ Diese Ergebnisse werden durch die qualitativen Interviews (siehe Typenbildung) bestätigt.

6 Vgl. auch die Ergebnisse der »frauen leben 3«-Studie mit ähnlichen Ergebnissen (Helfferich et al., 2013).

2.4 Entscheidungsprozess bei einer ungewollten Schwangerschaft

GiP beeinflusste bei etwa 40 % der Frauen ihre Entscheidung hinsichtlich des Schwangerschaftsausgangs. Differenziert nach dem Ausgang zeigen sich folgende Unterschiede: Den Frauen mit GiP, die ausgetragen haben, fiel es schwerer eine Entscheidung zu treffen und sie berichten häufiger, dass es für einen Abbruch bereits zu spät war, als sie von der Schwangerschaft erfuhren (9,4 % vs. 6,5 % ohne GiP). Allerdings beeinflusste bei beiden Gruppen häufiger der körperliche Gesundheitszustand die Entscheidung (ca. 20 %). Der Hälfte der Frauen (50,0 % mit vs. 64,9 % ohne GiP) fiel die Entscheidung (sehr) leicht, wobei sich in den unterschiedlichen Häufigkeitszahlen die Ambivalenz der gewaltbetroffenen Frauen zeigt.

Mehr als ein Viertel (26,1 %) der Frauen mit GiP hat die Fokusschwangerschaft abgebrochen, bei Frauen ohne GiP waren es deutlich weniger (10,4 %). Gefragt zu ihren Empfindungen nach der Entscheidung zeigen sich im Vergleich bei allen Angaben signifikante Unterschiede (siehe Abb. 3). So berichten mehr gewaltbetroffene Frauen von eher belastenden Gefühlen wie Ängsten vor der Zukunft und Sorgen wegen der Lebensumstände, Unsicherheit und Zweifel, der Sorge vor den Reaktionen nahestehender Personen, Selbstvorwürfen, Schuld und Scham sowie dem Gefühl, egoistisch zu handeln. Weniger häufig werden von diesen Frauen positivere Empfindungen genannt wie Erleichterung und Zuversicht oder das Gefühl, das eigene Leben im Griff zu haben. Hier zeigen sich sowohl die Ambivalenz der Entscheidung angesichts der eigenen Lebenssituation als auch die Folgen der psychischen Gewalt, die meist in der stetigen Verunglimpfung ihrer Person und ihrer Kompetenzen sowie dem Schüren von Schuld und Scham, der Schuldumkehr und des *blaming the victim* seitens des gewalttätigen Partners besteht und sich bei den Gewaltbetroffenen in einer verinnerlichten Überzeugung manifestiert.

Die Entscheidung über die Schwangerschaft wurde bei den ungewollt schwangeren Frauen mit GiP, die ausgetragen haben, signifikant häufiger nicht selbstbestimmt getroffen, durch andere Personen erschwert und die Entscheidungsoptionen waren durch die äußeren Bedingungen und Lebensumstände signifikant eingeschränkter. Im Unterschied dazu wurde bei den ungewollt schwangeren Frauen mit GiP, die die Schwangerschaft abgebrochen haben, die Entscheidung seltener von Anderen beeinflusst.

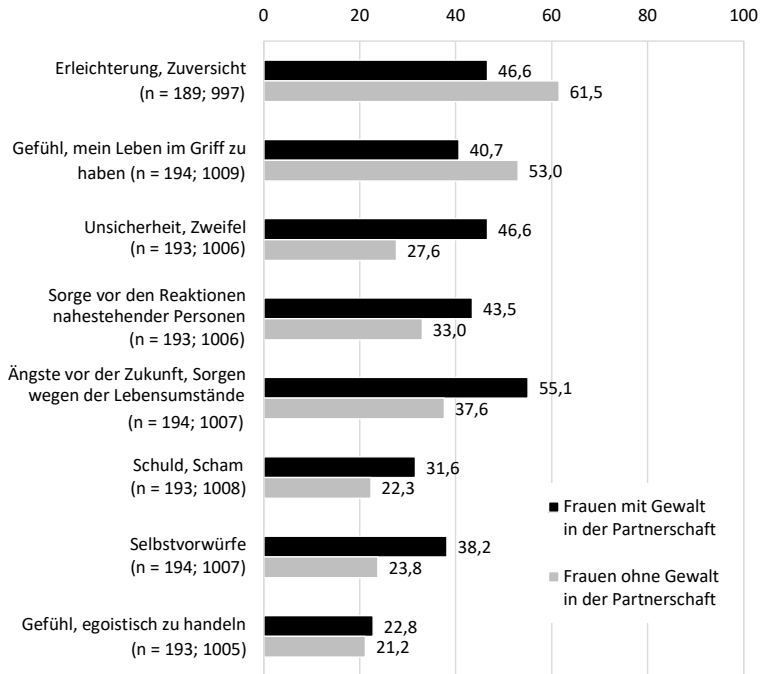


Abb. 3: Empfindungen nach der Entscheidung zum Ausgang der Schwangerschaft bei Frauen mit und ohne Gewalterfahrung in der Partnerschaft (in Prozent)

Vanessa König berichtet im Interview von ihrem damals gewalttätigen Partner:

»Also weil der [Vater des ersten Kindes] sich daran gestört hat, dass ich als Frau alleine entscheiden kann, ob ich dieses Kind abtreibe oder nicht. Und der hat dann in der Schwangerschaftsberatung auch zu dem Berater gesagt, ja, wir leben halt leider in einem Land, wo ich sie nicht zwingen kann. Das war halt auch nochmal ins Gesicht.«

Ein Großteil der Frauen mit GiP (70,6%), die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, musste die Entscheidung unter großem Zeitdruck fällen. Die Gründe hierfür sind im Vergleich zu Frauen ohne GiP in Abbildung 4 dargestellt. Am deutlichsten differieren die Häufigkeiten bei der späten Feststellung der Schwangerschaft.

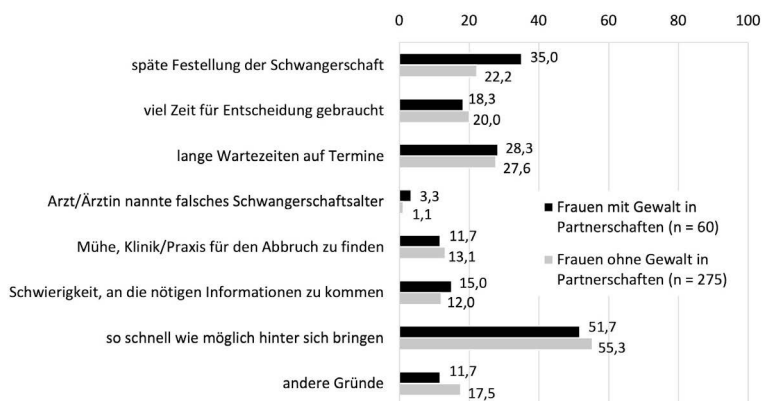


Abb. 4: Gründe für Zeitdruck bei der Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit und ohne Gewalterfahrung in der Partnerschaft (in Prozent)

Das umfangreiche qualitative Interviewmaterial führte zu einer Typisierung der beschriebenen Erwartungen und Erfahrungen mit der Beratungssituation.

2.5 Typenbildung der Schwangerschafts(konflikt)beratung

Die 42 biografisch-narrativen Interviews geben Auskunft über spezifische Erfahrungsschichtungen der Befragten mit der Schwangerschafts(konflikt)beratung (SKB). Auf Basis des strukturidentischen Erlebens konnten auf sinngenetischer Ebene, mithilfe der dokumentarischen Methode (Bohnsack, 2021), drei Erfahrungstypen gebildet werden. Diese grenzen sich voneinander ab und stellen sich empirisch in abstrahierter Form wie in Tabelle 2 abgebildet dar.

Typ 1: Beratung als Repression

Die SKB entfaltet repressive Züge, das heißt, bestehende negative Erwartungen bestätigen sich im Verlauf der Beratung, die als Belastung (M11) und Bevormundung (P10) und insgesamt als Fremdbestimmtheit und Zwang konstruiert wird. Unterschiedliche Formen von eigenen Relevanzsetzungen der Beratenden werden deutlich. So berichtet eine Befragte mit einem expliziten Schwangerschaftsberatungswunsch: »[D]ie [Beratende]

hat immer wieder von der Abtreibung angefangen zu sprechen, immer wieder« (P10). In einem weiteren Fall belastet es eine Befragte, dass ihr

Tab. 2: Typologie der Schwangerschafts(konflikt)beratung bei ungewollter Schwangerschaft

Tertium Comparationis: Nutzung der Schwangerschafts(konflikt)beratung als (Pflicht-)Angebot für ungewollt Schwangere mit Partnergewalterfahrung oder Migrationshintergrund		
Typ 1: Beratung als Repression	Typ 2: Beratung perpetuiert Ambivalenz	Typ 3: Beratung als Ressource
• Frauen konstruieren Beratung als Bevormundung, Ungerechtigkeit und Belastung (Repression). • Beratung folgt fremden Relevanzsetzungen. • Konfrontation und Suggestion mit antithetischen ungewollten Entscheidungsoptionen • negative Erwartungen an Beratung bestätigen sich. • Frauen nutzen Beratung instrumentell, um handlungsfähig zu bleiben. • Aus Angst, Zustimmung für Schwangerschaftsabbruch nicht zu erhalten, werden Rechtfertigungen übertrieben dargestellt. • Psychosoziale Aspekte und Beratung/Unterstützung bei Entscheidungsfindung bleiben unberücksichtigt, da die Zustimmung zum Abbruch im Fokus steht. • Beratung wird als nicht bedürfnisorientiert entworfen: Gefühl von Fremdbestimmtheit.	• Beratung kann das Choice-Dilemma Abbruch oder Austragung nicht auflösen. • Frauen bleiben gegenüber der Entscheidungsfindung passiv. • Entscheidungsfindung wird externalisiert (Schicksalsergebenheit), d. h. an die Beratung abgegeben. • Beratung ist neutral, ergebnisoffen und an Entscheidungsfreiheit orientiert, aber wird den Bedürfnissen der Frau nicht gerecht. • Psychosoziale Belastung und Ambivalenz bleiben bestehen.	• Frauen können psychosoziale Belastungen/Bedenken ansprechen und aktiv Lösungen erarbeiten. • Negative Erwartungen in Hinblick auf Beratung lösen sich positiv auf. • Entscheidungsfindung/Selbstvergewisserung vollzieht sich. • Beratung wird als Ressource betrachtet. • Die Entscheidungsfindung ist internalisiert. • Beratung ist ergebnisoffen, ohne moralische Verurteilung und an Selbstbestimmung orientiert.
Fallbasis		
P8, P10, P17, P21, M11	P9, P8, M17, M19	P4, P10, P14, P19, M1, M3, M8, M13, M14, M15, M16, M18

sie begleitender Mann bevormundet und stigmatisiert wurde. Die Beratende »wollte das nicht verstehen« und sie musste sich »zusammenreißen und sagen, ja, es ist schon richtig so«, dass der Kindesvater in der Beratung unterstützt (M11). Weiter zeigen sich bevormundende und suggestive Beratungspraktiken, da die Schwangeren mit unerwünschten antithetischen Entscheidungsoptionen konfrontiert werden, wie folgendes Zitat zeigt: Die Beraterin wollte »da so ein bisschen davon abbringen« (P17). Aus Angst vor einer Verweigerung des Beratungsscheins nutzen Frauen die Beratung instrumentell: unter dem systemischen Druck müssen sie ihre Rechtfertigung für die Entscheidung übertreiben, um handlungsfähig zu bleiben; das »Negative« (P8) um die ungewollte Schwangerschaft wird stärker betont oder die eigene Situation »ein bisschen dramatisier[t]« (P21) dargestellt. Im Fokus des Beratungsgesprächs steht implizit der Schein für einen Schwangerschaftsabbruch, sodass psychosoziale Belastungen unberücksichtigt bleiben.

Typ 2: Beratung perpetuiert Ambivalenzen

Die SKB wird als neutral, ergebnisoffen und an einem hohen Maß an Entscheidungsfreiheit orientiert erlebt. Problematisch wird dieses Setting für ratsuchende Schwangere ohne eigene Perspektive zum Schwangerschaftsausgang, denn die ergebnisoffene Beratung kann das bestehende Choice-Dilemma zwischen Abbruch und Austragung der Schwangerschaft nicht auflösen und demzufolge nicht bei der Entscheidungsfindung unterstützen. Frauen bleiben bei der Entscheidungsfindung passiv, weil sie diese externalisieren. Sie erwarten implizit, dass Beratende die Entscheidung mit ihnen gemeinsam treffen und damit das Choice-Dilemma auflösen. Nach der Beratung bestehen psychosoziale Belastungen und Ambivalenzen fort: »[D]ie Beratungsstelle war da für mich nicht wirklich eine Unterstützung« (Fall P9). Die Beraterin war »total nett und lieb«, aber »wenn die einem wirklich eine Meinung dazu sagen, wäre es besser« (Fall P8).

Typ 3: Beratung als Ressource

Fallspezifisch sind hier Erfahrungen eines positiven Beratungssettings, in dem Schwangere psychosoziale Belastungen und Bedenken besprechen konnten. Analog zu Typ 1 bestehen im Vorfeld »Magenschmerzen« und die Beratung wird als geschlechtsspezifische »Ungerechtigkeit« empfunden (P14). Erwartet wurde, »dass da viel, viel mehr Gegenwind

kommt, irgendwie mit, überlegen Sie sich. Und wissen Sie nicht und haben Sie nicht« (P4), oder dass man »ein schlechtes Gewissen gemacht kriegt« (P14) und es um »Rechtfertigung« (M18) geht. Im Beratungsverlauf lösen sich – im Unterschied zu Typ 1 – die negativen Erwartungen auf und die Beratung verläuft »total entspannt« (P4), weil das Gespräch »so toll war« (Fall P14) und das gut war, von »außen nochmal zu hören, ja, Sie haben doch eine sinnvolle Entscheidung für sich getroffen, das macht doch alles Sinn und Sie wirken darin sehr stabil, [...] also es tat gut« (M14). Die Beratung ist an einer selbstbestimmten Entscheidung ohne jegliche Verurteilungen orientiert und unterstützt die Frauen. So können Schwangere – im Unterschied zum Typ 2 – Lösungsmöglichkeiten aktiv und internalisiert herstellen bzw. aus sich selbst heraus entwickeln. Im Beratungsprozess wurden sie bei der Entscheidungsfindung begleitet und/oder es vollzog sich eine Selbstvergewisserung, weil die Entscheidung, die zuvor getroffen wurde, bestätigt wurde. Fall P10 verdeutlicht, dass ökonomische Probleme – »das [finanziell] schaffen« – und gesellschaftliche Stigmatisierungen einer kinderreichen Familie – »was denken die Leute« – durch die »ganz tolle Frau« (Beraterin) ausgeräumt wurden. Die Ergebnisoffenheit wird geschätzt: »Keiner hat irgendwie versucht, mich in irgendeine Richtung zu lenken oder so« (M1). Eine weitere Befragte erläutert: »Also ich habe im Vorhinein gleich meine Entscheidung gesagt und die wurde auch so [...] ich habe da schon wirklich das Gefühl, dass die registriert haben, dass meine Entscheidung steht« (M16).

Insgesamt verdeutlichen die Ergebnisse auch die Ambivalenz der von GiP betroffenen Frauen zum Ausgang der ungewollten Schwangerschaft angesichts ihrer belastenden Lebenssituation, in der sie nicht nur für sich selbst, sondern auch für das Ungeborene eine Entscheidung treffen müssen. Diesen schwierigen Entscheidungsprozess beschreibt folgendes Zitat von Ronja Petersen:

»Und ich war bei [Name der Beratungsstelle] [...]. Ich fand den Termin ziemlich ätzend ehrlich gesagt [...] In der Situation überhaupt einen Termin zu finden mit meinen drei Kindern, das ist mal so die Sache. Dann, dass das überhaupt passiert ist. Dann mit meinem Exmann, der mich das entscheiden lässt. Also es war richtig blöd. Ich habe halt nur gedacht: Warum muss ich so einen Termin wahrnehmen? Für mich war das nicht toll. Und dann war das ja auch sogar noch ein zweiter Termin. [...] Es mussten ja ein paar

Tage verstreichen bis zu einem eigentlichen Vorgehen, bis zum eigentlichen Abbruch. Und das Schwierige innerhalb dieser [...] sagen wir mal, es waren zwei, drei Wochen. Das Problem in diesen zwei, drei Wochen, dass ja der logische Verstand da ist vom Kopf her, dass ich ja weiß, ich hatte so eine Pro- und Contra-Liste erstellt, alles völlig klar. Was dann ja aber läuft, und das ist wirklich nicht zu unterschätzen, sind ja diese Schwangerschaftshormone. Also sprich diese, ich nenne es halt Bindungshormone. Es läuft ja trotzdem schon dieses Gefühl, in mir entsteht gerade etwas. Und ich habe nur gedacht, ey, jetzt muss ich diese Tage mit diesem Gefühl der-, mit diesem Mamegefühl. Das war für mich ganz schlimm. Ich habe gedacht, wenn dieses Gefühl weg wäre, wenn mein Kopf einfach so logisch entscheiden könnte, dann wäre alles cool. [...] würde ich mich gut fühlen mit der Entscheidung. Und dann hatte ich ja die Pro- und Contra-Liste erstellt. [...] ich habe es mir wirklich nicht einfach gemacht. [...] ich werde es niemals vergessen, ich hatte 42 Contra-Punkte und einen Pro. [...] Aber es war für mich nicht wirklich irrelevant dieser Pro-Punkt. Ich habe ja drei Söhne. Der Pro-Punkt wäre gewesen, es könnte ein Mädchen sein.«

In der typologisierenden Zusammenfassung der SKB fällt vergleichend auf, dass Frauen mit GiP viel häufiger negative Erwartungen haben, die sich im Beratungsgespräch bestätigen und sich nicht positiv auflösen lassen (Typ 1). Problematisch insbesondere für diese Frauen ist, dass sich die GiP kennzeichnenden repressiven Erfahrungen wie ungleiche Machtverhältnisse, Bevormundung und Fremdbestimmtheit im Kontext der SKB reproduzieren. Sie erleben weniger eine Beratung, die sie bei der Lösung psychosozialer Belastungen unterstützt (Typ 3), wie es die Soziale Arbeit für sich wie folgt definiert: »[Sie] fördert die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen« (DBSH, 2016). GiP ist für die betroffenen Frauen schambesetzt, wird in der Regel verheimlicht und von sozialer Isolation und der eigenen Wertlosigkeit bestimmt, sodass es ihnen vor diesem Erfahrungshorizont besonders schwerfällt, sich für Beratung zu öffnen und Vertrauen zu fassen. Nach der SKB sind sie weiter mit Ambivalenzen zum Schwangerschaftsverlauf konfrontiert, da eine neutrale Beratung sie kaum befähigt, aktiv und nicht schicksalsergeben eine Entscheidung über den Schwangerschaftsausgang zu treffen (Typ 2). Es besteht ein hoher Bedarf an lebenspraktischen Abwägungen, entlastenden Entscheidungshilfen und Unterstützung in dieser gewaltgeprägten Situation.

3 **Fazit und Schlussfolgerungen für die Schwangerschaftsberatung**

Unsere Studie belegt empirisch das auch in internationalen Studien bewiesene hohe Risiko für ungewollte Schwangerschaft unter Frauen, die von GiP betroffen sind, sowie erhöhte Abbruchzahlen. Für die Beratungspraxis bedeutet dies, dass der Anteil der Betroffenen unter denjenigen, die eine SKB aufsuchen, ebenfalls hoch ist.

GiP ist gekennzeichnet durch ein sehr hohes Abhängigkeitsverhältnis sowie Macht und Kontrolle und insbesondere erzwungene soziale Isolation durch den gewalttätigen Partner. Jedes Treffen mit anderen wird eingeschränkt oder verboten, umso schwerer fällt es betroffenen Frauen, sich auszutauschen, ihre Situation mit anderen zu reflektieren oder sich Beratung zu suchen. Die hohe psychische und finanzielle Abhängigkeit und die Angst vor Armut kombiniert mit der Verantwortung für Kinder führt häufig dazu, dass Betroffene die Gewaltbeziehung nicht verlassen. Schuldumkehr durch den gewalttätigen Partner, das heißt Schuldzuschreibung für die Gewaltausbrüche des Partners, tragen ebenfalls dazu bei und minimieren das Gefühl von Selbstwert und Selbstwirksamkeit. Frauen mit GiP – so zeigen unsere Ergebnisse – entscheiden seltener autonom über den Schwangerschaftsausgang. Bestätigt werden damit vorliegende empirische Ergebnisse der *reproductive coercion*.

Für die SKB lässt sich auf Basis der Typenbildung ableiten, dass Beratung nicht gleich Beratung ist. Beratung ist ein hochindividueller Prozess, der zwischen den Parteien zunächst ausgehandelt und dann interaktiv hergestellt werden muss. Initial sollten die Bedürfnisse der zu Beratenden erfragt werden, damit Beratung subjektorientiert verläuft. Wie wichtig für die Beratung eine Sozialanamnese und Auftragsklärung ist, zeigt sich insbesondere an den negativen Erwartungen gegenüber SKB (Typ 1 und Typ 3). Vorbehalte aufzulösen, eröffnet den Weg psychosoziale Probleme auszusprechen und Konflikte in der Beratung zu bearbeiten. Nur auf diese Weise kann SKB ihrem genuinen Auftrag – mögliche Schwangerschaftskonflikte und biografische Krisen zu klären – authentisch und bedürfnisorientiert nachkommen.

Für die besondere Situation der von GiP betroffenen Frauen ist Folgendes zu berücksichtigen: Das gesellschaftliche Schweigen zu Partnergewalt, die Tabuisierung sowie Stigmatisierung ungewollter Schwangerschaften und möglicher Abtreibungen sowie die stereotype Vorstellung von Mut-

terschaft erschweren es den Betroffenen, über ihre Situation zu sprechen und sich Unterstützung zu suchen. In der SKB bietet sich ein besonderes *window of opportunity*, denn schwangere Frauen befinden sich in einer Umbruchsituation und doppelten Verletzlichkeit, in der sie ihre Situation reflektieren und Unterstützung benötigen. Dieses Entscheidungsfenster kann und sollte zur sensiblen Begleitung der Frauen genutzt werden, mit dem Ziel, die Sicherheit der Frauen (und ihrer Kinder) zu erhöhen. In dieser Phase lassen sich die besonderen Interventions- und Präventionschancen, die in der Gesundheitsberatung und -versorgung gegeben sind (vgl. Hellbernd et al., 2004; SIGNAL-Interventionsprojekt – <https://www.signal-intervention.de>), nutzen.

In der Beratung sollten eine potenzielle Gewaltbeziehung und die Gefährdung der Beratung suchenden Frauen sensibel angesprochen werden. Die WHO-Leitlinien empfehlen, Fragen nach Gewalt als festen Bestandteil in die Sozialanamnese bei schwangeren Frauen aufzunehmen (SIGNAL e. V., 2018; WHO, 2013b). Mittlerweile liegen etliche Handlungsalgorithmen vor, die einem ähnlichen Schema entsprechen: Wahrnehmen, sensibles Ansprechen, Abklärung der Gefährdung, Vermitteln an spezifische Beratungsstellen oder Hinweisen auf Notfallnummern wie die bundesweite Hotline (<https://www.hilfetelefon.de/> – vgl. Brzank & Blättner, 2010; Hellbernd, 2018).

Grundsätzlich ist die Gewaltbetroffenheit von Frauen ohne Anwesenheit einer Begleitung zu ermitteln. Die Sorge um ihre Sicherheit sollte betont und ihre diesbezügliche Situation konkret erfragt werden. Anregungen für eine Gesprächsführung können bei den Empfehlungen für Gesundheitsfachkräfte gefunden werden (siehe SIGNAL-Intervention; Hellbernd, 2018). Mit den berichteten Informationen sollte achtsam und respektvoll umgegangen sowie erfragt werden, ob und welche Informationen mit der Zustimmung der Frau weitergegeben werden dürfen. Um dem wiederholt erfahrenen *blaming the victim* etwas entgegenzusetzen, sollte ihr keinesfalls die Verantwortung für das Geschehene zugewiesen werden. Gewalt zu erfahren, bedeutet eine gravierende Erfahrung der eigenen Ohnmacht und Handlungsunfähigkeit, sodass das Verhalten der Fachkräfte zu einer gänzlich anderen Erfahrung führen sollte – zu Selbstermächtigung und Empowerment statt Hilflosigkeit.

Für diese Interventionschritte ist ein Fachwissen über GiP, die Folgen und insbesondere die psychischen Auswirkungen sowie die Interventionsmöglichkeiten erforderlich. Das auch von Deutschland ratifizierte Über-

einkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Europarat, 2011) betont, dass alle Berufsgruppen, die in ihrer Arbeit mit Opfern oder Tätern häuslicher Gewalt konfrontiert sein könnten, entsprechend fortgebildet werden sollen, damit sie adäquat mit den Betroffenen umgehen können. Hierzu sind ausreichende Ressourcen zur Verfügung zu stellen. Ein Commitment seitens relevanter Akteur*innen in den Bereichen der psychosozialen und medizinischen Versorgung sowie der Sozialpolitik ist hierfür nötig.

Literatur

- ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists (2013). ACOG Committee opinion no. 554: reproductive and sexual coercion. *Obstetrics and Gynecology*, 121(2 Pt 1), 411.
- AMC - Academy of Medical College (2011). Induced abortion and the mental health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. In: London: Academy of Medical College.
- Anderson, D.K. & Saunders, D.G. (2003). Leaving an abusive partner: an empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma Violence Abuse*, 4(2), 163–191. <https://doi.org/10.1177/1524838002250769>
- Baird, K., Creedy, D. & Mitchell, T. (2017). Intimate partner violence and pregnancy intentions: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15–16), 2399–2408. <https://doi.org/10.1111/jocn.13394>
- Barnett, O.W. (2000). Why battered women do not leave, part 1. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(4), 343–372. <https://doi.org/10.1177/152483800001004003>
- Bohnsack, R. (2021). *Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Brzank, P.J. (2009). Häusliche Gewalt gegen Frauen: Soziökonomische Folgen und gesellschaftliche Kosten. Einführung und Übersicht. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 52(3), 330–338. <https://doi.org/10.1007/s00103-009-0795-7>
- Brzank, P.J. (2012). *Wege aus der Partnergewalt – Frauen auf der Suche nach Hilfe*. Wiesbaden: Springer VS.
- Brzank, P.J. & Blättner, B. (2010). Screening nach Gewalt gegen Frauen durch den Partner: Internationale Diskussion, Überlegungen für Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 53(2), 221–232.
- DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (2016). Deutschsprachige Definition Sozialer Arbeit des Fachbereichstag Soziale Arbeit und DBSH. https://www.dbsh.de/media/dbsh-www/redaktionell/bilder/Profession/20161114_Dt_Def_Sozialer_Arbeit_FBTS_DBSH_01.pdf (31.05.2024).
- Dobash, R.E. & Dobash, R.P. (1979). *Violence against wives: A case against the patriarchy*. New York: Free Press.
- Europarat (2011). Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von

- Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt und erläuternder Bericht. <https://rm.coe.int/1680462535> (13.09.2024).
- Fanslow, J., Silva, M., Robinson, E. & Whitehead, A. (2008). Violence during pregnancy: associations with pregnancy intendedness, pregnancy-related care, and alcohol and tobacco use among a representative sample of New Zealand women. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(4), 398–404. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2008.00890.x>
- FRA – European Union Agency for Fundamental Rights (2014). Gewalt gegen Frauen: eine EU-weite Erhebung. Ergebnisse auf einen Blick. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_de.pdf (23.05.2024).
- Grace, K.T. & Anderson, J.C. (2018). Reproductive coercion: A systematic review. *Trauma Violence Abuse*, 19(4), 371–390. <https://doi.org/10.1177/1524838016663935>
- Hall, M., Chappell, L.C., Parnell, B.L., Seed, P.T. & Bewley, S. (2014). Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PloS Medicine*, 11(1), e1001581. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001581>
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2013). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BzgA.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung Eine Studie im Auftrag der BzgA Köln: BzgA*.
- Hellbernd, H. (2018). Nach Gewalterfahrungen fragen. *Deutsche Hebammen Zeitschrift*, 70(11), 45–51.
- Hellbernd, H., Brzank, P.J., Wieners, K. & Maschewsky-Schneider, U. (2004). *Häusliche Gewalt gegen Frauen: gesundheitliche Versorgung. Das S.I.G.N.A.L. – Interventionsprogramm. Handbuch für die Praxis, Wissenschaftlicher Bericht. Gefördert mit Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Berlin: Eigenverlag. https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2021-01/SIGNAL_2004_gesamt_1.pdf (02.07.2024).
- Holmes, M.M. & Mayer, L.E. (2003). Pregnancy. In J. Liebschutz, S.M. Frayne & G.N. Saxe (Hrsg.), *Violence against women: A physician's guide to identification and management*. Philadelphia: American College of Physicians.
- Holmes, M., Resnick, H., Kilpatrick, D. & Best, C. (1996). Rape-related pregnancy: Estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 175(2), 320–325.
- Johnson, M.P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16(4), 289–296. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.006>
- Martin-de-las-Heras, S., Velasco, C., Luna Jde, D. & Martin, A. (2015). Unintended pregnancy and intimate partner violence around pregnancy in a population-based study. *Women Birth*, 28(2), 101–105. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.01.003>
- Meshkova, K. (2020). Muster der Partnerschaftsgewalt nach Michael P. Johnson und Evan Stark. [Fachtext in dem Online-Kurs »Schutz und Hilfe bei häuslicher Gewalt – Ein interdisziplinärer Online-Kurs«]. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psy-

- chotherapie, Universitätsklinikum Ulm. <https://haeuslichegewalt.elearning-gewaltschutz.de> (02.07.2024).
- Miller, E., Decker, M.R., McCauley, H.L., Tancredi, D.J., Levenson, R.R., Waldman, J., Schoenwald, P. & Silverman, J.G. (2010). Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*, 81(4), 316–322. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2009.12.004>
- Miller, E. & Silverman, J.G. (2010). Reproductive coercion and partner violence: implications for clinical assessment of unintended pregnancy. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology*, 5(5), 511–515. <https://doi.org/10.1586/eog.10.44>
- Müller, U. & Schröttle, M. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland. Im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Berlin: BMFSFJ.
- Samankasikorn, W., Alhusen, J., Yan, G., Schminkey, D.L. & Bullock, L. (2019). Relationships of reproductive coercion and intimate partner violence to unintended pregnancy. *Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(1), 50–58. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2018.09.009>
- SIGNAL e.V. (2018). Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik. https://www.signal-intervention.de/sites/default/files/2020-06/2018_WHO_Leitlinie_Auflage2_0.pdf (23.05.2024).
- Stark, E. (2009). Rethinking coercive control. *Violence against women*, 15(12), 1509–1525. <https://doi.org/10.1177/1077801209347452>
- Taft, A. & Watson, L. (2007). Termination of pregnancy: associations with partner violence and other factors in a national cohort of young Australian women. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 31(2), 135–142.
- WHO – Weltgesundheitsorganisation(2003). *Weltbericht Gewalt und Gesundheit. Zusammenfassung*. Genf: WHO. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42512/9241545623_ger.pdf;js (02.07.2024).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2013a). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625> (02.07.2024).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2013b). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548595> (02.07.2024).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2021). Violence against women – fact sheet. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women> (02.07.2024).

Biografische Notizen

Petra J. Brzank, Prof.in Dr.in, MPH, Dipl.-Soz., ist Professorin für Soziologie und Methoden der Sozialforschung am Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften der Hochschule Nordhausen. Ihre Forschungsschwerpunkte sind die Gesundheitsdeterminanten Gewalt gegen Frauen, Migration, Gender oder andere soziale Faktoren sowie gender-sensible Forschungsmethoden. Sie leitet das Projekt Vulnerable Gruppen in der Studie

»Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung« (ELSA-VG) am Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung der Hochschule Nordhausen (ISRV).

Marie Engelhard, B.Sc. Health Communication, ist Masterstudentin Public Health an der Universität Bielefeld sowie Wissenschaftliche Assistentin im Projekt »Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer - Angebote der Beratung und Versorgung – Vulnerable Gruppen« (ELSA-VG) am Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung der Hochschule Nordhausen (ISRV).

Dennis Jepsen, M.A. Therapeutische Soziale Arbeit, ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie und Promovend an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg im Fach Medizinische Psychologie zum Thema »Sexuelle Störungen und Traumata bei Menschen mit Suchterkrankungen«. Seine Forschungsschwerpunkte sind Suchtforschung, Sexualität und sexuelle Störungen, Sozialpsychiatrie, posttraumatische Belastungen sowie Gewalt in Partnerschaften.

Martin Nowak, Dipl.-Sozialarbeiter, Dipl.-Soz.päd., MA Praxisforschung in Sozialer Arbeit und Pädagogik, ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter in zahlreichen Forschungs- und Entwicklungsprojekten an unterschiedlichen deutschen Hochschulen. Seine Forschungsschwerpunkte sind Partizipation, Zivilgesellschaft und Gemeinwesenarbeit. Derzeit ist er Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Projekt »Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung – Vulnerable Gruppen« (ELSA-VG) am Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung der Hochschule Nordhausen (ISRV).

Mara Pfeifer, B.A. Soziale Arbeit, B.A. Kulturwissenschaften, ist Masterstudentin der Soziologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München. Zudem ist sie Wissenschaftliche Assistentin im Projekt »Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung« (ELSA-VG) am Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung der Hochschule Nordhausen (ISRV).

Nele Schneider, B.A. Kulturwissenschaften, Masterstudentin der Soziologie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena, ist Wissenschaftliche Assistentin im Projekt »Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung« (ELSA-VG) am Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung der Hochschule Nordhausen (ISRV).

Jelena Seeberg, M.A. Soziale Arbeit, ist Lehrkraft für besondere Aufgaben an der Fakultät Soziale Arbeit und Gesundheit der HAWK Hildesheim. Ihre Lehr- und Forschungsschwerpunkte sind Diversity in der Sozialen Arbeit, Migration und Flucht, globale soziale Ungleichheit sowie Soziale Arbeit mit Frauen*.

Hanna-Sophie Ulrich, M.A. Soziologie, Promovendin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zum Thema psychosoziale Versorgung unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter und Geschäftsführerin des Mosaik Leipzig – Kompetenzzentrum für trans-

kulturelle Dialoge e.V. Ihre Forschungsschwerpunkte sind soziologische Versorgungsforschung, vulnerable Gruppen und Versorgungszugänge, qualitative Forschung im Bereich Flucht- und Migration sowie diskriminierungssensible Forschungsmethoden.

Kristina Winter, M. A. Soziologie, ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Sozialmedizin, Rehabilitationswissenschaften und Versorgungsforschung (ISRV) der Hochschule Nordhausen sowie am Institut für Medizinische Soziologie (IMS) der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Zudem ist sie Promovendin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg zum Thema »Let's talk about Sex – Explorative Analyse quantitativer und qualitativer Daten zur sexuellen Gesundheit und Agency von Heranwachsenden im Kontext ihrer Lebensrealität«. Ihre Forschungsschwerpunkte sind Kinder- und Jugendgesundheit, Sozialisation sowie sexuelle Gesundheit und Gewalt.

