



Sozialwissenschaftliches  
Forschungsinstitut zu  
Geschlechterfragen  
SoFFI F. | FIVE, Freiburg

## **Carina Pflügler**

# Die Bedeutung der Partnerschaft für den Umgang mit Verhütungskosten von Frauen im Sozialleistungsbezug – eine qualitative Analyse

---

## Sonderauswertung der Studie „frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Phase 3 / 2018

Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen, Freiburg  
im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e.V. (FIVE)  
Bugginger Straße 38  
79114 Freiburg  
soffi@eh-freiburg.de

[www.soffi-f.de](http://www.soffi-f.de)

Projektleitung: Prof. Dr. Cornelia Helfferich

Freiburg, den 08.03.2021

Hiermit legt das Sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen | FIVE, SoFFI F., den Bericht über die Sonderauswertung des Datensatzes „frauen leben 3“ zum Thema „Die Bedeutung der Partnerschaft für den Umgang mit Verhütungskosten von Frauen im Sozialleistungsbezug – eine qualitative Analyse“ vor.

Dieser Bericht erweitert einen thematisch vielseitigen Kurzbericht, welcher der Fragen nachgeht, die für eine Einordnung der Erfahrungen mit dem Modellprojekt „biko - Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung“ der pro familia, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, relevant sind ([http://soffi-f.de/files/SoFFI-F\\_WP2019-09\\_Kurzbericht\\_Kostenfreie\\_Abgabe\\_von\\_Verhütung.pdf](http://soffi-f.de/files/SoFFI-F_WP2019-09_Kurzbericht_Kostenfreie_Abgabe_von_Verhütung.pdf)).

Ein Bericht mit allgemeinen Ergebnissen zum Verhütungsverhalten wird gesondert vorgelegt („Das Verhütungsverhalten von Frauen“ [http://soffi-f.de/files/Verh%C3%BCtungsverhalten%20von%20Frauen\\_0.pdf](http://soffi-f.de/files/Verh%C3%BCtungsverhalten%20von%20Frauen_0.pdf))

Wir danken allen, die die Studie unterstützt haben, insbesondere der BZgA für die Förderung und den befragten Frauen für das Vertrauen, das sie uns geschenkt haben.

Sozialwiss. Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen | FIVE, SoFFI F. Freiburg,

Freiburg, den 08.03.2021

Carina Pflügler, Prof. Dr. Cornelia Helfferich, Dominik Gerstner

## Inhalt

1	Einleitung .....	4
1.1	Die Studie und die Fragestellung .....	4
1.2	Zusammenstellung der Ergebnisse im Überblick.....	6
1.3	Methodisches Vorgehen .....	7
2	Partnerschaftliche Situation von Sozialleistungsbezieherinnen .....	8
3	Lösungsstrategien, um trotz wenig Geld sicher zu Verhüten .....	8
3.1	Norm der sicheren Verhütung und Lösungsstrategien.....	9
3.2	Lösungsstrategien in einer biografischen Perspektive .....	11
3.2.1	Lösungsstrategien bei alleinstehenden Frauen / Frauen am Beginn einer Partnerschaft... ..	12
3.2.2	Lösungsstrategien bei Partnerschaften nach abgeschlossener Familienplanung.....	13
3.3	Zusammenfassung im Hinblick auf Verhütungsrisiken .....	14
4	Die Bedeutung der Partnerschaften für die Verhütungskosten .....	15
4.1	Wer übernimmt die Verhütungskosten? .....	15
4.2	Subjektive Zuständigkeit für Verhütungskosten und Qualität der Partnerschaft .....	15
4.3	Zusammenfassung: Verhütungskosten und Partnerschaft .....	19
	Literatur .....	21
	Anhang .....	22

# 1 Einleitung

## 1.1 Die Studie und die Fragestellung

Die Studie „frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“, die das Sozialwissenschaftliche Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen / FIVE (SoFFI F.), Freiburg, 2012 bis 2018 im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchführte, befragte in drei Phasen 20- bis 44-jährige Frauen in zusammengekommen zwölf Bundesländern. 2018 wurde in Phase 3 die Stichprobe um fünf Bundesländer (in Brandenburg, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein und Thüringen) mit 6.001 standardisierte Interviews erweitert, über alle Phasen hinweg wurden 14.522 Frauen befragt. 19 qualitative-biografische Interviews (in Brandenburg, Schleswig-Holstein und Thüringen) mit Frauen im Sozialleistungsbezug oder vergleichbar geringem Einkommen wurden geführt.<sup>1</sup>

Der Start des bundesweiten Modellprojekts „Biko - Beratung, Information und Kostenübernahme bei Verhütung“ der pro familia, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, noch während der Laufzeit der Studie „frauen leben 3“ legte es nahe, zusätzliche Fragen unter anderem zur Relevanz der Kosten von Verhütung in der dritten Durchführungsphase der Studie in den Fragebogen und den qualitativen Leitfaden aufzunehmen. Das Projekt Biko setzt an der Forderung an, dass die Verhütungsmethode der eigenen Wahl („acceptable“) finanzierbar („affordable“) sein muss.<sup>2</sup> Bisherige Auswertungen haben gezeigt, dass die Kosten für Verhütung ein Hindernis beim Zugang zu Verhütung sein können und manche Mittel für Frauen mit geringem Einkommen nicht „affordable“ sind (Helfferich et al. 2016, Helfferich 2016). Wurde Sozialleistungsbezieherinnen (über 20 Jahre) bisher in einigen Kommunen als freiwillige Leistung und in sehr unterschiedlicher Ausgestaltung eine Kostenübernahme von Verhütungsmitteln angeboten (Staender & Thonke 2015), so wird diese Praxis in dem Modellprojekt an sieben Modellstandorten systematisch erprobt, etabliert und wissenschaftlich begleitet (<https://www.biko-verhuetung.de/>).<sup>3</sup>

Diese Sonderauswertung setzt einen Schwerpunkt auf die Sichtweise von Sozialleistungsbezieherinnen im Umgang mit den Verhütungskosten<sup>4</sup> und geht den Fragen nach:

- Welche Lösungsstrategien Frauen im Sozialleistungsbezug (in unterschiedlichen Lebensformen) entwickeln um mit den Verhütungskosten umzugehen.

---

<sup>1</sup> s. Fragebogen- und Leitfadenfragen sowie Angaben zum Design der Studie im Anhang des Hauptberichts zu Verhütung.

<sup>2</sup> Zugang zu Verhütungsmethoden der eigenen Wahl ist eine wesentliche Voraussetzung für sexuelle und reproduktive Gesundheit: „*To maintain one’s sexual and reproductive health, people need access to accurate information and the safe, effective, affordable and acceptable contraception method of their choice*“ (UNFPA 2019).

<sup>3</sup> Seit 2005 sind Verhütungskosten in dem Budget einer Sozialleistungsempfängerin nicht mehr angesetzt. Der Regelsatz enthält 17,59 € für die Gesundheitspflege – ein ohnehin niedriger Satz, weil davon alle Medikamente oder sonstige gesundheits- oder krankheitsbezogenen Ausgaben abzudecken sind. Bis zu einem Alter von 20 Jahren werden Verhütungsmittel von der Krankenkasse erstattet. Drei der Modellstandorte liegen in Bundesländern, in denen in der dritten Phase die Befragung „frauen leben 3“ durchgeführt wurde (Erfurt/Artern in Thüringen, Lübeck in Schleswig-Holstein und Ludwigfelde/Landkreis Teltow-Fläming in Brandenburg).

<sup>4</sup> Eine Tabelle im Anhang gibt einen Überblick über Verhütungskosten pro Verhütungsmittel.

- Wie und in welchen Partnerschaftskonstellationen Frauen im Sozialleistungsbezug die Verhütungskosten in ihrer Partnerschaft verhandeln.

Grundlage für die dargestellten Ergebnisse bildet die Analyse der 19 qualitativ-biografischen Interviews mit Frauen im Sozialleistungsbezug beziehungsweise Frauen mit geringem Einkommen. Ergänzt werden die Ergebnisse durch quantifizierende Angaben von 256 Frauen (Phase 3, zusätzliche Fragen zu Verhütungskosten) oder 1.112 Frauen (Phase 1-3), die Sozialleistungen beziehen (ALG II oder Wohngeld und/oder Kinderzuschuss; Phase 3). Um die Besonderheiten der Sozialleistungsbezieherinnen zu anderen Gruppen zu erfassen, wurden Vergleiche mit der Gesamtstichprobe oder mit Frauen in mittlerer oder (sehr) guter subjektiven finanzieller Lage gezogen.

Diese Sonderauswertung zeigt die Sichtweise der Frauen, was das Verhütungsverhalten und den Umgang mit den anfallenden Kosten angeht. Es ist zu erwarten, dass eine Befragung von Männern andere Ergebnisse (z.B. zur Nutzung von Kondomen und zur Beteiligung an den Kosten) erbringen würde (Helfferich et al. 2004).

#### *Begrifflichkeiten:*

Wenn von „sicherer“ Verhütung gesprochen wird, wird dies sowohl auf die Methodensicherheit (Pearl Index)<sup>5</sup> als auch auf die Anwendersicherheit bezogen. Auch Methoden mit einem höheren Pearl-Index wie Kondome oder die symptothermale Methode können sehr sicher angewandt werden, Voraussetzung dafür ist aber die Akzeptanz der Methode.

#### *Lebensform*

Bei den Lebensformen der Befragten wurden die Unterscheidungen „verheiratet“ (einschließlich die eingetragene Lebenspartnerschaft), „nichteheliche Lebensgemeinschaft“, „feste Partnerschaft, aber getrennt lebend“ und „alleinstehend“ erfasst. Teilweise werden die Kategorien um das Vorhandensein von Kindern ergänzt.

#### *„Die subjektive finanzielle Lage“, Sozialleistungen*

Die Studie bietet verschiedene Möglichkeiten, das Einkommen zu bestimmen: Als persönliches Einkommen, als (gewichtetes) Haushaltseinkommen und als subjektive Einschätzung der finanziellen Lage zwischen 1 („sehr gut“) und 6 („sehr schlecht“). Zusätzlich wurde nach dem Bezug von Sozialleistungen gefragt. Für die Auswertungen wird eine Kombination der subjektiven Einschätzung und des Sozialleistungsbezugs verwendet, die sehr gut mit den anderen Einkommensmessungen korrespondiert. Eine negative Bewertung geht mit einem niedrigen Haushalts- und persönlichen Einkommen einher (Rangkorrelation mit dem Haushaltseinkommen  $r_s=0,501$ ). Der Vorteil dieser Messung liegt auch darin, dass es nur 0,8% ungültige Werte gibt. Beim Haushaltseinkommen gibt es, wie bei standardisierten Befragungen üblich, viele Antwortverweigerungen und der Anteil ungültiger Werte liegt bei 11%.

---

<sup>5</sup> Der Pearl-Index der Pille beträgt 0,1 – 0,9, der von Kondomen 2 – 12  
(<https://www.profamilia.de/themen/verhuetung/pearl-index.html>, Stand 22.02.2021)

„Sozialleistungen“ umfassen staatliche Unterstützungsleistungen wie Arbeitslosengeld II beziehungsweise Hartz IV, Sozialhilfe, Grundsicherung, Wohngeld oder Mietzuschuss für die Befragte beziehungsweise eine Person in deren Haushalt.

### *Lesehinweis*

Aus den Codenummern der qualitativen Interviews lässt sich die Erhebungsregion entnehmen. Die Ziffer 5 steht für Brandenburg, 6 für Schleswig-Holstein und 7 für Thüringen. Die Transkriptionsregeln sind im Anhang zu finden.

## **1.2 Zusammenstellung der Ergebnisse im Überblick**

Die Wahl der Verhütungsmethode wird immer in Zusammenspiel mit der aktuellen partnerschaftlichen Situation getroffen. So wählen alleinstehende Frauen andere Methoden als Paare nach abgeschlossener Familienplanung. Neben der partnerschaftlichen Situation und der Zufriedenheit mit der Methode, stellen die Kosten der Verhütung ein relevantes Thema bei der Wahl der Verhütungsmethode dar. Die quantitativen und qualitativen Ergebnisse zeigen aber, dass die Verhütungskosten ein Problem bleiben, mit dem sie umgehen müssen. In den qualitativen Interviews werden diverse Lösungsstrategien benannt, mit denen die Frauen der Norm einer sicheren Verhütung begegnen. Diese Lösungsstrategien sind geprägt von einem Ausweichen auf günstigere Präparate oder Verhütungsmethoden. Es zeigt sich, dass diese Lösungsstrategien mit gewissen Schwangerschaftsrisiken einhergehen. (Kapitel 3)

Eine Strategie, die einer anderen Logik als der Kostenreduktion folgt, ist das Teilen der Verhütungskosten mit dem Partner. Diese Strategie ist bei Sozialleistungsbezieherinnen vergleichsweise selten (23%). In der Analyse konnten zwei Gründe für das seltene Teilen gefunden werden:

- Sozialleistungsbezieherinnen leben häufig ohne festen Partner (49,2 %) und sind selten verheiratet (20,3 %). Die qualitativen Interviews geben Hinweise, dass eine Kostenaushandlung mit dem Partner nur möglich ist, wenn es eine ausreichend konsolidierte und verlässliche Partnerschaft gibt.
- Ebenfalls deuten die qualitativen Interviews darauf hin, dass negative Erfahrungen in der aktuellen oder vorhergehenden Partnerschaft (wie unzuverlässige Partner, häufige Trennungen oder Gewalterfahrung) erklärbar machen, dass es auch Situationen gibt, in denen Frauen gerne selbstverantwortlich verhüten möchten oder gar nicht daran denken, in ein Gespräch über eine Kostenaushandlung mit den Partnern treten zu können.

Wenn eine Sozialleistungsbezieherin in einer konsolidierten Partnerschaft lebt, ist das Teilen der Kosten möglich und in Rückbezug auf die qualitativen Daten auch üblich. Lebt das Paar in einem Haushalt zusammen, hat auch der Partner kein oder wenig Einkommen, das Paar bildet dann eine Bedarfsgemeinschaft im Sinne des SGB II. Das Teilen der Verhütungskosten stellt dann keine finanzielle Entlastung dar, die qualitativen Interviews deuten sogar darauf hin, dass ein gemeinschaftliches Budget in hierarchisch strukturierten Paardynamiken die Verhütungsmittelwahl von Frauen zusätzlich einschränken kann. (Kapitel 4)

Die Sonderauswertung zeigt, dass Frauen im Sozialleistungsbezug einen Anspruch an sicherer Verhütung haben, aber die Kosten bei Teilgruppen zu Kompromissen im Verhütungsverhalten und zu Schwangerschaftsrisiken führen. Die Wahl der Verhütungsmethode ist bei Frauen im Sozialleistungsbezug aus Kostengründen eingeschränkt und verletzt reproduktive Rechte.

### 1.3 Methodisches Vorgehen

Datenbasis für diesen Bericht sind 19 Interviews aus „frauen leben 3“ Phase 3. Interviews wurden mit Frauen geführt, die sich zum Interviewzeitpunkt im Sozialleistungsbezug (ALG II oder Wohngeld und/oder Kinderzuschuss) befanden. Drei der interviewten Frauen befanden sich nicht im Sozialleistungsbezug, sie verfügten jedoch zum Interviewzeitpunkt über ein vergleichbar geringes Haushaltseinkommen.

Als Erhebungsmethode wurde das teilnarrative leitfaden-gestützte Interview gewählt. Der Leitfaden aus den Vorläuferstudien wurde modifiziert und mit Fragen, die sich vertiefend auf Verhütungskosten beziehen, erweitert. Die Transkription erfolgte wortgetreu in Anlehnung an die GAT-Regeln (s. Anhang). Die Datenschutzrichtlinien wurden gewahrt. Die neu aufgenommenen Fragen lauten:

- Meistens sind es die Frauen, die für die Verhütung zahlen, was ist ihre Meinung zu Geld und Verhütung?
- Wenn alle Verhütungsmittel kostenlos wären, würden sie dann anderes verhüten?
- Haben Sie je auf die Pille verzichtet, weil Sie Ihnen zu teuer war?  
ABER auch allgemein: Haben Sie je auf Verhütung verzichtet, weil sie Ihnen zu teuer war?

Die Auswertungsmethode wurde den jeweiligen Forschungsfragen angepasst und sowohl tiefenhermeneutische, an einem gesprächsanalytischen Vorgehen orientiert (Helfferrich 2019), als auch kategorienbildende, an die qualitative Inhaltsanalyse angelehnte Vorgehensweisen eingesetzt. Zwei Forschungsfragen wird in dieser Sonderauswertung nachgegangen:

Die Frage: „Welche Lösungsstrategien entwickeln Frauen im Sozialleistungsbezug (in unterschiedlichen Lebensformen) im Umgang mit den Verhütungskosten?“ wurde inhaltsanalytisch-kategorienbildend ausgewertet, die Ergebnisse werden im Kapitel 3 dargestellt.

Der zweiten Frage „Wie und in welchen Partnerschaftskonstellationen verhandeln Frauen die Verhütungskosten in ihrer Partnerschaft?“ wurde mit einer hermeneutisch-rekonstruktiven Auswertungsmethode begegnet. Mit einer Agency- und Positioninganalyse<sup>6</sup>, wurde erarbeitet, wie Frauen die Verhütungszuständigkeit und die Zuständigkeit für die Verhütungskosten in unterschiedlichen Partnerschaftskonstellationen verordnen, in welchen partnerschaftlichen Situationen sie aktiv eine Aushandlung der Verhütungskosten anstreben und wann sie dieses unterlassen. In Kapitel 4 werden die Ergebnisse dargestellt.

Um die Situation von Sozialleistungsbezieherinnen besser beschreiben zu können, aber auch um Aussagen über die Häufigkeit dargestellter Umgangsstrategien treffen zu können, werden die

---

<sup>6</sup> Eine gesprächsanalytisch fundierte Analyse, die sich auf sprachliche Zuschreibungen von Handlungsmacht und sprachliche Konstruktion von Relationen fokussiert, ausführliche Darstellung siehe (Helfferrich 2019)

qualitativen Ergebnisse durch quantitative Ergebnisse ergänzt. Datenbasis dazu sind je nach Fragestellung die Telefoninterviews mit 256 Frauen (Phase 3, zusätzliche Fragen zu Verhütungskosten) oder 1.112 Frauen (Phase 1-3), die Sozialleistungen beziehen (ALG II oder Wohngeld und/oder Kinderzuschuss; Phase 3). Verglichen werden die Daten mit der Gesamtstichprobe oder mit Frauen in mittlerer oder (sehr) guter finanzieller Lage.<sup>7</sup>

## **2 Partnerschaftliche Situation von Sozialleistungsbezieherinnen**

Die quantitativen Daten ermöglichen Aussagen dazu, in welchen partnerschaftlichen Situationen Sozialleistungsbezieherinnen leben. Dies ist interessant, da die Partnerschaft einen wesentlichen Faktor auf das Verhütungsverhalten hat, sowohl im Umgang mit den Kosten als auch auf die Verhütungsmittelwahl.

Sozialleistungsbezieherinnen leben häufig (49,2%) ohne festen Partner (zum Vergleich: subjektiv (sehr) gute finanzielle Situation: 18,6%; mittlere finanzielle Situation: 23,0%, negative finanzielle Situation ohne Sozialleistungsbezug 29,6%) und nur 20,3% von ihnen sind verheiratet (zum Vergleich: 54,7% bei (sehr) guter und 46,8% bei mittlerer subjektiver finanzieller Lage; bei negativer Lage ohne Sozialleistungsbezug 39,0%). Wenn in einer festen Partnerschaft, hat der Partner ebenfalls ein geringes Einkommen nach dem Prinzip der Veranlagung des gemeinsamen Haushalts als Bedarfsgemeinschaft. Auch Trennungen und Patchwork-Familie kommen häufig vor.

Es zeigen sich auch Hinweise auf ein hohes Ausmaß an problembelasteten Beziehungen. Sozialleistungsbezieherinnen haben häufig Gewalt in der Beziehung zu nahestehenden Menschen erlebt: 13,7% haben als Kind in der Familie oft Gewalt erfahren und 9,4% manchmal (zum Vergleich Wert der Gesamtstichprobe: 3,8% bzw. 4,9%). 27,0% haben schon einmal erlebt, dass ein Partner sie geschlagen hat (Zum Vergleich Wert der Gesamtstichprobe: 8,3%).<sup>8</sup>

## **3 Lösungsstrategien, um trotz wenig Geld sicher zu Verhüten**

Für Sozialleistungsbezieherinnen ist sichere Verhütung so wichtig wie anderen Frauen auch, dass zeigen sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Daten. Für sie sind aber die Kosten ein größeres Problem als für andere Frauen.

Um diesem Problem zu begegnen, entwickeln Frauen Lösungsstrategien, um die Verhütungskosten aufbringen zu können. Das Ziel ist trotz geringer finanzieller Mittel sicher zu verhüten, mit Methoden die für sie verträglich, akzeptabel und sicher genug sind.

Die partnerschaftliche als auch die biografische Situation (vor oder nach der Familiengründung) beeinflusst, welche Verhütungsmethode sich die Frau oder das Paar wünscht. Die Kosten schränken aber die Wahl einer Methode bzw. eines Mittels ein.

---

<sup>7</sup> Weitere Angaben zur quantitativen Befragung und zu den kostenspezifischen Fragen aus Phase 3 finden Sie im Anhang.

<sup>8</sup> Weitere soziodemografische Merkmale zu den Sozialleistungsbezieherinnen finden Sie im Anhang.

### 3.1 Norm der sicheren Verhütung und Lösungsstrategien

Grundlage für dieses Kapitel ist die Analyse der Antworten auf die Frage „Haben Sie jeweils auf Verhütung (Pille oder Spirale) verzichtet, weil es Ihnen zu teuer war?“. In der Auswertung dieser Frage wurde erkenntlich, dass die Antworten der Sozialleistungsbezieherinnen einer bestimmten Logik folgen: Sie beschreiben unterschiedliche Lösungsstrategien, mit der Priorität einer sicheren Verhütungspraxis trotz finanzieller Probleme aufrechtzuerhalten, um somit einem Verhütungsverzicht zu negieren oder einzuschränken zu können. Daraus entwickelte sich eine weiterführende Fragestellung, und zwar welche Lösungsstrategien Sozialleistungsbezieherinnen entwickeln um eine sichere Verhütungspraxis zu leben. In diesem Kapitel werden zuerst quantitative und qualitative Ergebnisse zur Norm der sicheren Verhütung von Sozialleistungsbezieherinnen dargestellt, daraufhin werden die Lösungsstrategien vorgestellt.

#### Norm der sicheren Verhütung

Die Aussagen der Frauen unterstreichen, dass Sozialleistungsbezieherinnen sichere Verhütung für notwendig halten und ihre Verhütungsentscheidung nicht prioritär von den Kosten abhängig machen und gleichzeitig die Verhütungskosten von großer subjektiver Bedeutung sind:

*„nein [kein Verzicht auf die Pille] [...] also ich RAUche nich (1) ich habe damals fast GAR kein kaffee getrunken (1) und (1) ganz ganz wenig alkohol getrunken wo ich mir gedacht habe nee das das musst du schaffen irgendwie und das ging auch immer irgendwie also alle drei monate (1) das hatte man irgendwie und musste man (1) klar war=s dann mal=n bisschen enger für=n moment (.) aber das war dann in ordnung“ (5-DP-05).*

Diese Ergebnisse können durch quantitative Ergebnisse bestätigt und gestärkt werden: Alle Frauen unabhängig von ihrer finanziellen Situation äußern sich ähnlich zu der vorgegebenen Aussage „Geld für sichere Verhütung hat Vorrang vor allen anderen Ausgaben“ (ein knappes Drittel bejaht die Aussage). 58% der Sozialleistungsbezieherinnen wären bereit, 20 € oder mehr als Kostenobergrenze für die monatlichen Ausgaben für Verhütung auszugeben. Für Sozialleistungsbezieherinnen sind aber die Kosten ein größeres Problem als für andere Frauen. Im Vergleich zu Frauen in besserer finanzieller Situation spielen die Kosten eine größere Rolle bei Sozialleistungsbezug: Für jede vierte Sozialleistungsbezieherin (23%) waren die Kosten bei der letzten Verhütungsentscheidung „sehr wichtig“ (bei (sehr) guter finanzieller Lage 4%, Gesamtstichprobe 8%). Eine Obergrenze von Null bis maximal 10 € setzten 21% der Sozialleistungsbezieherinnen, aber nur 10% der Frauen in einer (sehr) guten finanziellen Lage und insgesamt 13%.

Die qualitativen Interviews zeigen: Um diesem Problem zu begegnen, entwickeln Frauen Lösungsstrategien, um trotz geringer Kosten sicher zu verhüten.

#### Lösungsstrategien

Verhütungskosten werden nicht durchgängig direkt als Problem benannt, im Fokus der Aussagen steht der Umgang mit den Problemen, die sie aufwerfen, und das Austarieren des Widerspruches zwischen der Notwendigkeit, Geld für Verhütung auszugeben, und den knappen Mitteln. Die interviewten Frauen nennen verschiedene Verhaltensweisen, die sich als Lösungsstrategien interpretieren lassen, um eine subjektiv vertretbare, möglichst sichere Verhütung – trotz der Kosten – zu ermöglichen.

### **Strategien, zu verhüten und das Problem durch eine Verteilung der Kosten auf mehrere/ andere Schultern zu entschärfen**

- **Teilen der Kosten**, wenn eine verlässliche Paarbeziehung besteht  
„ABER es war jetzt für mich keine extreme finanzielle belastung weil ich äh (2) auch immer meine partner rangezogen hab, also wenn ich nen langfristigen partner hatte hab ich gesagt gehabt hier (1) [okay] <<lachend>wenn du spaß haben willst, musst du auch bezahlen>“ (6-DP-03).
- **Kostenübernahme durch andere** (Eltern, Verhütungsfond)  
„dann hab ich dann halt vor einem jahr die spirale [okay] (1) bekommen (2) und mit der is eigentlich alles ganz gut [ja] (2) fühl ich mich auch wohl mit ((Lachen)) kann nichts passieren [ja] (2) <<seufzend>ja> (2) [...] das wäre mir zu teuer gewesen weil das kann ich nicht machen das geht nicht ich versuch schon irgendwo zu sparen und (1) [...] aber (1) allein hätt ich das nich finanzieren können“ (6-DP-02).

### **Strategien, zu verhüten und die Kosten für Verhütung zu priorisieren oder die Kosten zu senken**

- **Sparen**  
„und jetzt ham wa uns entschieden dass wa (1) z- sparen und er sich ner vasktomie unterzieht“ (5-DP-08).
- **Verzicht auf ein bestimmtes Verhütungsmittel oder widerwillige Verwendung einer kostengünstigeren Verhütungsmethode**  
„so und später hab ich denn (1) - also erst nachher nachgedacht so (.) mich irgendwann mal für die (1) spritze zu entscheiden (1) aber (1) die mir aber nachher <<lachend>zu teuer wurde> (1) dann äh - die pille“ (6-DP-02);  
„Also ich muss wirklich sagen es manche sorten sind wirklich sehr sehr teuer ähm ich hab jetzt eine die is relativ preiswert ähm (.) man spart ja auch wenn man=s dann im größeren pack nimmt?“ (5-DP-01).  
„also die spirale war damals natürlich so=n thema gewesen auf die hab ich ja verzichtet weil sie relativ teuer war (2) ähm aber dadurch dass man ja dann den kondom benutzen konnte war das für mich dann kein thema“ (5-DP-06).

### **Strategien, nicht zu verhüten in Korrespondenz zum Risiko, schwanger zu werden**

- **Verzicht auf Geschlechtsverkehr**  
„ich glaub wir hatten keinen spaß gehabt (1) [ah] also wir hatten dann ich hatte dann gar keinen sex [...] I: [...] war das dann so dass sie sich wirklich entschieden haben äh keinen sex zu haben weil sie nich keine verhütung hatten oder (.) mhm ja“ (6-DP-05).
- **Verzicht auf Verhütung, wenn kein fester Partner vorhanden ist**  
„und als ich denn zwischenzeitlich gar kein mann hatte na dann hab ich natürlich och keine pille genommen“ (5-DP-05).

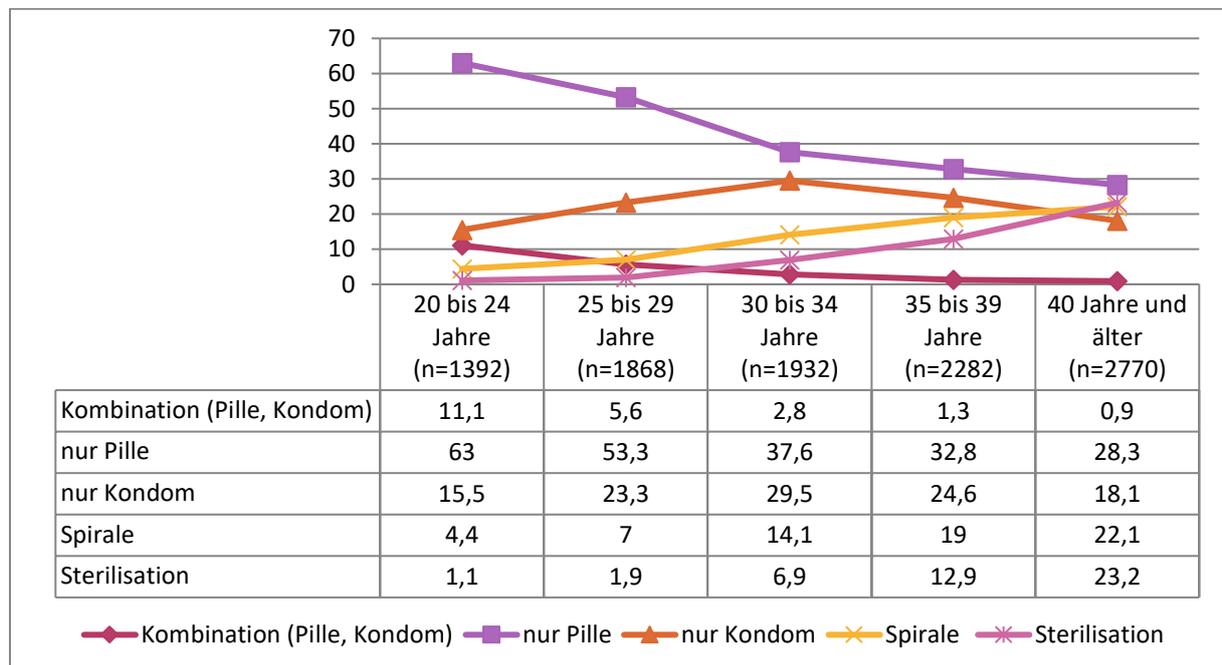
Die unterschiedlichen Lösungsstrategien sind Beispiele, wie entweder an der Kostenschraube gedreht wird (andere Finanzquellen werden aufgetan, es wird das Geld angespart) oder das Risiko, schwanger

zu werden, gesenkt wird (Verzicht auf Geschlechtsverkehr) oder durch das Ausweichen auf günstigere, aber subjektiv weniger präferierte Mittel werden die Ausgaben dem Risiko, schwanger zu werden angepasst. Die Kosten sind hier jeweils eine Hürde, ein ansonsten anders gewünschtes Verhütungsverhalten umzusetzen. Das heißt: die befragten Sozialleistungsbezieherinnen und Frauen mit geringem Einkommen verhüten gegebenenfalls anders, wie wenn sie genug Geld zur Verfügung hätten oder die Kosten übernommen würden.

### 3.2 Lösungsstrategien in einer biografischen Perspektive

Die Verhütungsmittelwahl von Frauen verändert sich im Laufe des Lebens (s. Abbildung 1). Begründungen für diese Veränderungen liegen in der Lebensform (Alleinstehend, nichteheliche Partnerschaft oder verheiratet mit oder ohne Kinder) und der Kinderzahl. Mit steigendem Alter, mit erhöhtem Konsolidierungsgrad der Partnerschaft und mit Abschluss der Familienplanung werden vermehrt situationsunabhängige Verhütungsmethoden (Spirale, Hormonimplantat, etc.) gewählt. Ist die Familienplanung noch nicht abgeschlossen, verhütet ein Großteil der Frauen mit der Pille oder mit Kondomen, langfristige Verhütungsmethoden werden nur selten genutzt. Am Anfang einer Partnerschaft ist der Anteil der Frauen, die kombiniert mit Pille und Kondom verhüten und sich zusätzlich gegen sexuell übertragbare Krankheiten schützen, am höchsten (bei Partnerschaftsdauer unter 2 Jahren 10,8 %).<sup>9</sup>

**Abbildung 1: Verhütungsmethoden nach Altersgruppen (in %)\***



Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben 3“, 2012, 2016, 2018, 20- bis 44-Jährige Frauen in zwölf Bundesländern

Filter: Frauen, die verhüten, n= 10244

\*signifikante Gruppenunterschiede

<sup>9</sup> Ein Überblick über die quantitativen Ergebnisse zum Verhütungsverhalten in einer Lebenslaufperspektive, finden Sie im Anhang. Weitere Ergebnisse zum Verhütungsverhalten allgemein finden Sie im Bericht „Das Verhütungsverhalten von Frauen (2012-2018): [http://soffi-f.de/files/Verh%C3%BCtungsverhalten%20von%20Frauen\\_0.pdf](http://soffi-f.de/files/Verh%C3%BCtungsverhalten%20von%20Frauen_0.pdf)

Ein hohes Maß an Unzufriedenheit mit der aktuellen Verhütung geben alleinstehende Sozialleistungsbezieherinnen und Sozialleistungsbezieherinnen, die die Familienplanung abgeschlossen haben, an. Beide Gruppen würden besonders häufig die Verhütungsmethode wechseln oder mit der Verhütung beginnen, wenn Verhütung kostenlos wäre.<sup>10</sup> Um nachvollziehen zu können, was hinter der Unzufriedenheit steckt, werden im Folgenden die Lösungsstrategien speziell von alleinstehenden Frauen im Sozialleistungsbezug und Sozialleistungsbezieherinnen nach abgeschlossener Familienplanung dargestellt. Die qualitativen Interviews zeigen, dass Sozialleistungsbezieherinnen ihre Lösungsstrategien daran anpassen, welche Verhütungsmethode sie sich in ihrer aktuellen Lebenssituation wünschen. Dabei gehen sie aus Kostengründen Kompromisse und gegebenenfalls Risiken ein.

### 3.2.1 Lösungsstrategien bei alleinstehenden Frauen / Frauen am Beginn einer Partnerschaft

Wenn Verhütung kostenlos wäre, würden 54% der alleinstehenden Sozialleistungsbezieherinnen ihr Verhütungsmittel wechseln oder mit der Verhütung beginnen, dies deutet auf eine Unzufriedenheit mit ihrer aktuellen Verhütungspraxis hin. Alleinstehende Frauen im Sozialleistungsbezug, verhüten deutlich seltener mit Pille (42,7 %) verglichen mit den Angaben der Gesamtstichprobe (58,6 %).<sup>11</sup> Die qualitativen Interviews machen deutlich, dass das Aufbringen der Kosten für die Pille schwer ist und die Frage aufkommt, ob diese Kosten als alleinstehende Frau eingespart werden können:

*„also ich hab immer NIE viel geld gehabt ich hab äh: jahrelang auch von= von hartz vier gelebt aber das war etwas das hab ich trotzdem bezahlt [okay] (2) es is für mich äh (1) auch nie in frage gekommen WEIL ich eben auch DA immer gesagt hab es is im endeffekt für mich trotzdem billiger jetzt die pille zu bezahlen [ja] als später das kind [ja] (1) ALSO selbst WENN ich vielleicht dann auf die idee gekommen wäre äh die pille nicht zu bezahlen (1) ich glaub dann hätt ich halt eben einfach an- (2) dann auf den sex verzichtet“ (6-DP-03)*

Um die Verhütung durch die Pille zu ermöglichen, wird ein günstiges Präparat gewählt oder an anderer Stelle gespart:

*„also pille war für mich dann einfach auch (1) äh FAKT um das was ich nehmen muss [mhm] (1) um nich schwanger zu werden [...] nein also verzichtet hab ich darauf nie ich hab aber immer das billigste präparat genommen“ (6-DP-08)*

Sowohl die quantitativen als auch die qualitativen Daten deuten darauf hin, dass alleinstehende Sozialleistungsbezieherinnen ein Schwangerschaftsrisiko gegen die Kosten der Verhütung abwägen: 53% der alleinstehenden Sozialleistungsbezieherinnen verhüten nicht – deutlich mehr als bei anderen Lebensformen (zwischen 11% und 22%) und davon nennen 78% als Grund keine sexuellen Kontakte.

---

<sup>10</sup> In der quantitativen Befragung Phase 3, wurde die Frage gestellt: „Wenn es Verhütungsmittel kostenlos geben würde: Würden Sie sich dann für eine andere Methode entscheiden?“ oder bei Frauen, die aktuell nicht verhüten auf die Frage: „Wenn es Verhütungsmittel kostenlos geben würde: Würden Sie sich dann für Verhütung und eine Verhütungsmethode entscheiden?“. Die Wechselbereitschaft ist ein Indikator für eine durch die Kosten eingeschränkte Wahlfreiheit und für Unzufriedenheit mit der aktuellen Verhütung.

<sup>11</sup> Gerechnet auf alleinstehende Frauen (n=1601) / alleinstehende Sozialleistungsbezieherinnen (n=150), die verhüten.

38% aller Sozialleistungsbezieherinnen stimmen der Aussage zu, wenn man seltener Geschlechtsverkehr habe, lohne es sich nicht, „jeden Monat viel Geld für Verhütung auszugeben“.

In den qualitativen Interviews geben Frauen an, aus Kostengründen auf die Pille oder Spirale zu verzichten, wenn sie keinen Partner haben. Dies hängt damit zusammen, dass sie nicht erwarten Geschlechtsverkehr zu haben und es keinen Anlass gibt eine Schwangerschaft zu vermeiden. Die Kosten für eine regelmäßige Verhütung können eingespart werden. Das Kondom fungiert in diesen Situationen als Verhütungsmethode mit Doppelfunktion: Es schützt nicht nur vor Schwangerschaft, sondern „die schützen ja och vor krankheiten“ (5-DP-04). Das Kondom wird als backup-Methode gesehen, das bei spontanen sexuellen Kontakten verwendet wird, wenn (aus Kostengründen) auf die Pille verzichtet wird:

*„Ich mein später dann kamen dann SCHON immer so die bedenken. ((seufzt)) schon wieder pille ganz schön teuer? [mhm ja ja] also is ja auch nich ohne? [mhm] (1) ich hab dann ne ganze zeit nachdem mein sohn geborn worden is KEine genommen? [mhm] wie gesagt ich hatte keinen partner und (2) zur not waren die kondome immer da?“ (5-DP-01)*

### **3.2.2 Lösungsstrategien bei Partnerschaften nach abgeschlossener Familienplanung**

Nach abgeschlossener Familienplanung steigt der Wunsch nach einer situationsunabhängigen Verhütung, wie zum Beispiel eine Spirale, ein Hormonimplantat oder eine Sterilisation (Frau/Mann), aber Langzeitverhütungsmethoden wie Spirale oder Sterilisation sind für Sozialleistungsbezieherinnen wegen der hohen einmaligen Investition nur schwer finanzierbar. Sozialleistungsbezieherinnen, die mit der Familienplanung abgeschlossen haben, sind unzufriedener mit der aktuellen Verhütungssituation als die, die noch weitere Kinder wollen. Frauen mit zwei Kindern (61%) oder diejenigen, die keine weiteren Kinder mehr wollen (57%) würden zu einem anderen Verhütungsmittel wechseln.

Die qualitativen Interviews machen ebenfalls deutlich, dass Langzeitverhütungsmittel nach abgeschlossener Familienplanung präferiert werden, aber diese aufgrund der hohen einmaligen Investition für Sozialleistungsbezieherinnen nur schwer finanzierbar sind:

*„es gibt ja auch die kupferspirale [...] aber dann war des auch ne kostenfrage“ (5-DP-05)*

Möchten Sozialleistungsbezieherinnen mit einer Langzeitverhütungsmethode verhüten, bedeutet dies einen längeren Zeitraum des Sparens, um die hohen, einmaligen Kosten übernehmen zu können.

*„und deswegen hab ich mich ähm (.) für die spirale entschieden ich HAB sie noch NICH? [mhm] weil ich es einfach gel- ich muss sie ja selber leisten [ja] und es is ja nich grade mal eben so zu machen [mhm] (.) deswegen ähm (.) WENN es dann für mich möglich is werd ich mir die [Spirale] einsetzen lassen.“ (6-DP-06)*

Diesen Zeitraum müssen Frauen mit anderen Verhütungsmitteln überbrücken, doppelte Verhütungskosten fallen an. Während sie sparen, müssen die Kosten für die überbrückende Verhütung gedeckt werden. Um dies zu gewährleisten, werden günstige und unsicherere Verhütungsmethoden gewählt. Die Interviews geben Hinweise darauf, dass Frauen in diesem Zeitraum sowohl gesundheitliche als auch Schwangerschaftsrisiken eingehen:

„JETZT sind wa grad an dem punkt wo wa (2) doll aufpassen [mhm] (2) und äh (3) oder sagen wir mal den akt gar nich so: vollziehen dass (2) [mhm] det mit andere alternative <<lachend>>halt> und äh (2) und wie jesacht ähm (2) denn darauf zurückkommen dass wa (2) dieset ähm (.) diese vasktomie (1) machen lassen [ja okay] (2) in naher zukunft soll also [ja] jetzt noch dies jahr [ja] (1) passieren“ (5/08)

„nein also verzichtet hab ich darauf nie ich hab aber immer das billigste präparat genommen [mhm] dann ging=s mir aber eigentlich sehr schlecht weil ich starke schmerzen hatte [ja] vor allem starke rüchenschmerzen [mhm] ähm (1) hab ich glaub ich auch heute noch dass ich immer so vier tage kopfschmerzen hab [mhm] ähm selbst wenn ich die pille durchgehend nehme [okay] also so=n langzeitzyklus [ja] selbst dann als wenn der körper sagt so jetzt is wieder zeit äh du musst kopfschmerzen haben [ja okay] (2) [ja] und äh dann hab ich ne zeitlang auch mal ne teurere version genommen [mhm] (1) aber das ähm (1) ja hab ich dann eben halt auch drauf verzichtet dann hatten wir wieder das billige präparat genommen [okay] (2) also bis heute nehm ich noch die pille [mhm] [...] ähm für mich steht jetzt auch im hintergrund also DA möchte ich jetzt auch nicht sparen also was das angeht ne [mhm] wir haben zwar immer das billigste präparat genommen äh mir ist jetzt aber eigentlich - mir steht die gesundheit im vordergrund [mhm] ich möchte so wenig hormone wie möglich nehmen [mhm] ähm und das is der grund warum ich die spirale möchte [okay] (2) und das wird jetzt auch diesen sommer noch passieren „ (6-DP-08)

### 3.3 Zusammenfassung im Hinblick auf Verhütungsrisiken

Sozialleistungsbezieherinnen möchten sicher verhüten, sie sind in der Wahl der Verhütungsmittel jedoch eingeschränkt und daher häufiger unzufriedener mit ihrer aktuellen Verhütungspraxis. Bei der Verhütungsmittelwahl sind die Kosten der Verhütung nicht das einzig relevante Thema, die Frauen wählen das Mittel, das zu ihnen und ihrer aktuellen Lebenslage passt. Trotzdem bleiben die Kosten ein Problem, mit dem sie umgehen müssen, Lösungsstrategien werden entwickelt, was die qualitativen Interviews zeigen. Diese Lösungsstrategien sind geprägt von einem Ausweichen auf kostengünstigere und unsichereren Verhütungsmethoden:

Ist eine Langzeitverhütungsmethode zu teuer und (noch) nicht umsetzbar, weichen sie auf günstige Pillen aus. Damit schließen sie einen Kompromiss von einem Verhütungsmittel bei dem Anwendungsfehler keine Rolle spielen, auf ein Verhütungsmittel bei dem Anwendungsfehler (Vergessen der Einnahme, Wechselwirkungen mit Medikamenten, Verlust der Wirkung durch Erbrechen etc.) möglich sind.

Ist die Pille zu teuer oder sind die Kosten für die Pille im Verhältnis zum Risiko bei seltenem Geschlechtsverkehr zu hoch, ist davon auszugehen, dass auf das kostengünstigere Verhütungsmittel Kondome ausgewichen wird. Die Pille ist bei korrekter Anwendung ein sehr sicheres Verhütungsmittel, der Pearl-Index ist niedrig (0,1-0,9). Der Pearl-Index des Kondoms ist höher (2-12). Auch wenn das Kondom damit immer noch ein Verhütungsmittel mit hoher Zuverlässigkeit ist, ist die Sicherheit des Kondoms stark von einer korrekten Anwendung, der richtigen Größe und Lagerung abhängig. Vor allem bei spontanen sexuellen Kontakten oder am Anfang einer Beziehung, sind hier größere Risikopotenziale zu sehen. Es zeigte sich jedoch: knapp jede zweite Sozialleistungsbezieherin ist alleinstehend, verhütet nicht oder hat „für den Notfall“ Kondome parat.

## 4 Die Bedeutung der Partnerschaften für die Verhütungskosten

Wie sich zeigte: Im Einzelnen hängt die Wahl der Verhütung und die Handhabung der Kostenaufteilung von der Partnerschaft ab. Eine Strategie, die im Kapitel 3 aufgeführt wurde, ist das Teilen der Verhütungskosten, um die Kosten auf mehrere Schultern zu verteilen. Die qualitativen Interviews mit Sozialleistungsbezieherinnen zeigen: Wie das Teilen der Verhütungskosten ausgehandelt wird und ob die Kosten tatsächlich geteilt werden, hängt von der Partnerschaftsqualität und von den früheren, biografischen Erfahrungen mit mehr oder weniger vertrauensvollen Beziehungen zu Partnern ab. Sozialleistungsbezieherinnen haben häufiger Schwierigkeiten in ihren Partnerschaftsbiografien und teilen daher seltener die Verhütungskosten.

### 4.1 Wer übernimmt die Verhütungskosten?

Die Strategie, Kosten anderweit übernehmen zu lassen, z.B. den Partner daran zu beteiligen, ist bei Sozialleistungsbezieherinnen seltener gegeben als bei Frauen mit besserer finanzieller Lage. Zwei Drittel (68%) der Sozialleistungsbezieherinnen, die verhüten, übernehmen selbst die Kosten für Verhütung, jede Vierte (23%) kann die Kosten teilen. Bei einer (sehr) guten bzw. mittleren finanziellen Lage zahlt nur jede zweite Frau selbst. Das Teilen der Kosten ist für Sozialleistungsbezieherinnen schwieriger, sowohl wenn sie keinen festen Partner haben, als auch wenn sie mit einem festen Partner bzw. Ehemann in einem gemeinsamen Haushalt leben. Im zweiten Fall hat auch der Partner ein geringes Einkommen, denn das Paar bildet eine Bedarfsgemeinschaft im Sinne des SGB II. Die Diskrepanz zwischen dem Ideal, die Kosten zwischen Frau und Mann zu teilen, und der Praxis, dass die Frau selbst dafür aufkommt, ist bei Sozialleistungsbezieherinnen am größten.

### 4.2 Subjektive Zuständigkeit für Verhütungskosten und Qualität der Partnerschaft

Die Interviews bieten Einblicke in die partnerschaftlichen Aushandlungen der Finanzierung der Verhütungskosten sowie in die Begründungen, die das Ausbleiben dieser Aushandlungen erklären. Die Frauen geben in ihren Erzählungen zusätzlich Auskunft über die biografischen und aktuellen Einstellungen zur (selbstbestimmten oder partnerschaftlichen) Kostenverantwortung. Diese Beschreibungen ermöglichen Aussagen darüber, wann in Partnerschaften Aushandlungsprozesse möglich sind und wie die Aushandlungen stattfinden. Zusätzlich geben sie eine Antwort darauf, ob Kosten geteilt werden und ob dies überhaupt zu einer finanziellen Entlastung beiträgt.

Die dargestellten Ergebnisse gehen auf die tiefenhermeneutische Auswertung der Antworten auf die Frage „Meistens sind es die Frauen, die für die Verhütung zahlen, was ist ihre Meinung zu Geld und Verhütung?“ zurück.

Es zeigt sich, dass Frauen nur in bestimmten Partnerschaftskonstellationen eine Kostenaushandlung in Erwägung ziehen. Während eine prekäre finanzielle Situation allen gemeinsamen ist, unterscheiden sich die Befragten in ihren privaten Lebensformen. Wir unterscheiden vier Partnerschaftskonstellationen, denen wiederum Aushandlungsmuster zugeordnet werden. Der Konsolidierungsgrad steigt von Partnerschaftskonstellation (1) – (4) an, daher ergeben sich Mischformen, zum Beispiel wenn eine kurze Beziehung langsam als beständige Partnerschaft erlebt wird oder sich eine konsolidierte Partnerschaft als problematisch herausstellt und dadurch lockert.

- (1) Kaum Paarbeziehungen, meist alleinstehend:** Die Frauen in diesem Muster, hatten in der Vergangenheit wenige kurze Paarbeziehungen oder befinden sich zum Interviewzeitpunkt in der ersten noch unkonsolidierten Partnerschaft. Die aktuell alleinstehenden Frauen in dieser Gruppe beschreiben ihre ehemaligen Partner als unzuverlässig oder gewalttätig. (6-DP-07, 6-DP-06, 5-DP-01)
- (2) Brüchige Paarbiografien:** Die Frauen in diesem Muster haben entweder lange Beziehungen, die instabil als On-Off-Beziehung beschrieben werden oder sie erzählen von häufig wechselnden Partnern. Auch in dieser Gruppe gibt es Partnerschaftsschwierigkeiten: Die Frauen oder die Partner haben in der Zeit der Paarbeziehung eine/n weitere Partner/in oder gehen fremd. (7-DP-01, 6-DP-02, 6-DP-10 Zwischenform (2-3): 5-DP-04, 5-DP-07)
- (3) Die Beziehungserfahrungen:** Die Frauen in diesem Muster haben aktuell eine meist positiv erlebte Partnerschaft, die zwischen einem und neun Jahren anhält. Kennengelernt haben die Frauen diesen Partner im durchschnittlichen Alter von 30 Jahren (zwischen 28 und 36 Jahren). Dieser Partnerschaft gehen lange teils problematisch beschriebene Beziehungen (beispielsweise mit häuslicher Gewalt/Alkoholmissbrauch) voraus. Manche der Frauen, die dieser Paarkonstellation zugeordnet sind, haben in einer dieser früheren Beziehungen ein Kind bekommen. (5-DP-08, 6-DP-03, 6-DP-09; Zwischenform (3-4): 5-DP-05)
- (4) Die Langzeitbeziehungen:** Die Frauen in diesem Muster haben sehr lange Beziehungen, die in jungem Lebensalter (zwischen 18 und 23 Jahren) eingegangen wurden. Alle diese Frauen haben in dieser Partnerschaft Kinder bekommen. (6-DP-05, 5-DP-02, 6-DP-08, 5-DP-06) Alle Paare leben zusammen und haben wenig Einkommen oder beziehen Sozialleistungen.

Frauen in **Paarkonstellation (1) und (2)** gestalten die Verhütungspraxis selbstverantwortlich. Bei (1) kommt die Frage nach der Aushandlung zu früh (Interviewte ist seit kurzem in ihrer ersten Partnerschaft 6-DP-07) oder die Aushandlung kam während einer früheren, problembelasteten Partnerschaft nie zustande (5-DP-01). Die Eigenverantwortung der interviewten Frau, bezogen auf die Verhütung, stellt sich in diesen Paarkonstellationen zu selbstverständlich dar, um die Verantwortungsfrage zu stellen und zu diskutieren.

*„ich glaub darüber (Finanzierung) hat man auch gar nich so geredet“ (5-DP-01).*

In Muster (2), den brüchigen Paarbiografien, möchte die Frau selbst über das verantwortungsvolle Thema Verhütung bestimmen.

*„wenn ich verantwortung für mich und für mein leben und für meine gesundheit hab dann kann ich mir die methode aussuchen“ (7-DP-01)*

*„MEIner meinung nach is verhütung immer noch frauensache. (3) weil DIE sind diejenigen die dann hinterher mit dem baby im bauch da sitzen und nich die männer die machen was sie wollen“ (6-DP-10)*

Andere Frauen, die von brüchigen Paarbiografien zugeordnet sind, erzählen davon, dass die Verantwortung ihnen vom Partner zugeschoben wird:

*„wenn man (2) nem typ sagt (1) benutz doch mal=n kondom (2) ((Lachen)) dann zeigen die=n riesengroßen (1) en vogel [okay] (2) ne (.) dann heißt es ja (1) die frau hat die verantwortung zu tragen“ (6-DP-02).*

Frauen aus beiden Mustern (1) und (2) ziehen selten in Erwägung die Kosten mit ihren Partnern zu teilen oder überhaupt in Kostenaushandlung zu treten. Es fehlt eine verlässliche Beziehungsbasis als Grundlage für die Aushandlung. In brüchigen, kurzen oder problembelasteten Beziehungen ist eine Aushandlung kaum möglich. Verhütung ist zu wichtig und die Verantwortung zu groß, um sie mit den unbeständigen Partnern zu teilen. Die Interviews zeigen, dass neben der Verhütungsverantwortung auch die Übernahme der Kosten bei den Frauen angesiedelt ist:

*„man [hat] nich immer gleich=n festen partner [...] also [...] bleiben die kosten ja dann doch wieder auf der weiblichen seite hängen. [...] aber (2) man will ja da auch=n bisschen geschützt sein und da is das dann MACHT man das halt auch“ (5-DP-01)*

Wenn Aushandlungen stattfinden, geht es um die Klärung: Kondom (zusätzlich zur Pille) ja oder nein:

*„ich hatte selber wie gesagt immer=n kondom dabei also ich hab von anfang an halt gesagt dass mir das wichtig is also am anfang wo wir uns noch nich so lange kannten (.) und später war=s dann eigentlich kein diskussionspunkt mehr weil man denkt ja wenn man schon bisschen länger <<lachend>> zusammen is> [...] ich hatt ja im hintergrund immer noch die pille“ (5-DP-01).*

In **Paarkonstellation (3)** teilen die Frauen die Kosten beziehungsweise die Verantwortung für die Verhütung mit ihrem aktuellen Partner.

*„ick bin jetzt der meinung (2) warum soll sich immer die frau darum kümmern (3) also (1) SIEHT mein freund jenauso“ (5-DP-08)*

Eine Aushandlung findet statt, wobei die Frauen eine Beteiligung bei den Verhütungskosten fordern. Die Forderung an den Partner wird mit einer Kosten-Nutzen-Argumentation gefüttert, beide wollen „Spaß“ (6-DP-03, 6-DP-09), beide wollen „kein Kind“ (5-DP-07, 5-DP-05), das heißt „beide sollten dafür zahlen“ weil „beide wollen“ (6-DP-09):

*„also wenn ich nen langfristigen partner hatte hab ich gesagt gehabt hier (1) <<lachend>>wenn du spaß haben willst musst du auch bezahlen>“ (6-DP-03)*

*„da hab ich gesagt ich seh das jetzt nich mehr ein du willst keine kinder haben? ALSO? ((lacht)) [genau ja] beza- bezahl bitte die pille. [ja ja] zur HÄLFte“ (5-DP-07).*

Die Vermutung, dass diese Einstellung durch die vorhergehenden Beziehungen gewachsen ist und die Aushandlungsstrategien sich aus der Beziehungserfahrung speisen, liegt nahe.

In den **Langzeitbeziehungen (4)** teilen sich die Paare die Kosten für die Verhütung. Es bestehen zwei Untertypen, die sich in ihrer Verhütungsverantwortung stark unterscheiden.

Bei den **Pragmatischen** ergibt sich die Verhütungsverantwortung aus den alltäglichen Gegebenheiten und ist weder über ideologische Positionen, noch von schwierigen Aushandlungen bestimmt:

*„Also bei UNS WIR hier selber machen das so der der grade geld in der tasche hat der bezahlt das auch. also (.) wir sind jetzt nich so dass wir sagen das zahlst du aber [...] I: haben sie das mal angesprochen oder war das von VORnerein bei ihnen so A: das WAR einfach so. [...]“ (6-DP-05)*

Gegebenenfalls macht auch ein gemeinsames Budget Aushandlungsgespräche überflüssig:

*„in ner festen beziehung bin ich tatsächlich der meinung äh=äh sollten beide für aufkommen aber denn is es ja auch oft so dass die ohnehin en gemeinsames budget haben“ (5-DP-05).*

Die Aushandlungen des zweiten Untertyps sind gekennzeichnet von festgefahrenen und **hierarchischen Paardynamiken**. Der Partner in dieser Untergruppe weist der Frau die Verhütungsverantwortung zu.

*„aber für ihn war das immer klar das müsstest du irgendwie machen“ (5-DP-06)*

In Frage kommen nur Verhütungsmethoden, die die Frau betreffen, eine Vasektomie wird kategorisch ausgeschlossen.

*„dann äh wollten wir eigentlich dass mein mann? sich ähm (2) sterilisieren lässt weil das ja eigentlich auch die günstigste alternative is (2) äh aber da hat er glaub ich irgendwie en problem mit [...] ist dann auch für mich okay?“ (6-DP-08).*

Gleichzeitig schränken sie die Verhütungsmöglichkeiten der Frau ein.

*„mir steht die gesundheit im vordergrund [...] und das is der grund warum ich die spirale möchte [...] GELDlich wird das genauso bleiben ähm wie wir wenn ich jetzt die pille [...] weil das is eigentlich ja für meinen mann wichtig es muss immer alles sparsam sein“ (6-DP-08).*

Das gemeinsame Budget wird hierbei zum Problem. Die Aushandlungsprozesse in dieser Untergruppe thematisieren nicht das Teilen der Verhütungskosten. Das Teilen ist selbstverständlich und ergibt sich aus dem gemeinsamen Budget. Sie diskutieren unterschiedliche Verhütungsoptionen nach abgeschlossener Familienplanung. Besprochen werden vergleichsweise teurere Verhütungsmittel (Spirale, Vasektomie) bei geringem Haushaltseinkommen und nach einer langen gemeinsamen Verhütungsbiografie. Das Teilen der Verhütungskosten ist in diesem Fall keine finanzielle Entlastung, vielmehr wird die Verhandlung über das gemeinsame Budget zur Belastung.

Die Aushandlungsmuster sowie die Beziehungskonstellationen sind durchlässig und veränderbar. Eine Frau aus Paarkonstellatation (4), die im Interview vor allem Erzählungen zur Aushandlung mit ihrem langjährigen Ehepartner darstellte, hat sich zum Interviewzeitpunkt kürzlich von ihrem Ehemann getrennt. Die Aushandlung mit ihrem aktuellen Partner ist nun eindeutig Paarkonstellatation (3) zuzuordnen. Drei Interviews sind Mischformen, beziehungsweise in einer Übergangsphase zwischen den Paarkonstellatationstypen. Sie befinden sich zwischen (2) und (3) beziehungsweise zwischen (3) und (4). Zwei Interviews wurden ausgeschlossen: Die Interviewte befindet sich in einer lesbischen Beziehung und Verhütungskosten spielen keine Rolle. Bei dem zweiten ausgeschlossenen Interview gibt es starke unüberwindbare Differenzen zwischen qualitativen und quantitativen Daten zum Thema Partnerschaft.

Wie bei qualitativen Erhebungen generell kann nicht ausgeschlossen werden, dass es weitere Aushandlungsformen gibt.

Diese Ergebnisse sind zudem vor dem Hintergrund zu sehen, dass eine spezielle Gruppe interviewt wurde. Frauen mit biografischen Erfahrungen mit Partnerschaftsproblemen und Trennungen sind häufiger alleinerziehend und beziehen damit häufiger Sozialleistungen (s. 2.1). Dennoch zeigen die Ergebnisse das grundlegende Element des Vertrauens in Männer allgemein und in den Partner im Besonderen, welches sich in der Lebensgeschichte und mit der Dauer einer festen Partnerschaft entwickelt.

### 4.3 Zusammenfassung: Verhütungskosten und Partnerschaft

#### *Wann ist Kostenteilen mit einem Partner möglich?*

Die quantitativen Daten zeigen: Die Strategie, Kosten anderweitig übernehmen zu lassen, z.B. den Partner daran zu beteiligen, ist bei Sozialleistungsbezieherinnen seltener gegeben als bei besserer finanzieller Lage. Eine Erklärung für dieses Ergebnis liegt im höheren Anteil von problembelasteten oder unkonsolidierten Partnerschaften: Sozialleistungsbeziehungen gaben in der quantitativen Befragung häufiger Trennungen an, sind häufiger alleinstehend, sie sind seltener verheiratet und sie haben häufiger Gewalt in der Kindheit oder in einer Partnerschaft erlebt. Nur Frauen in Partnerschaften können Kosten teilen.

Die qualitativen Daten eignen sich, um tiefergehend aufzuzeigen, weshalb seltener Kosten mit den Partnern geteilt werden. Sozialleistungsbezieherinnen benennen bestimmte Hürden, die es schwierig machen, Kosten mit einem Partner zu teilen. Das ist einerseits ein pragmatischer Grund: eine Partnerschaft benötigt einen gewissen Konsolidierungsgrad, erst dann scheint ein Gespräch über das Teilen von Verhütungskosten sinnvoll und möglich. Auf der anderen Seite gibt es persönliche Gründe, die gegen das Teilen von Verhütungskosten sprechen. Biografische Erfahrungen, wie partnerschaftliche Gewalt, können das Vertrauen in nachfolgenden Partnerschaften vor allem am Anfang der Beziehung schwächen und den Wunsch nach einer eigenverantwortlichen Verhütungspraxis stärken. Die Finanzierung der Verhütung aufzubringen liegt dann in der Zuständigkeit der Frau.

Zusammengefasst bedeutet dies: Nur in bestimmten Partnerschaftskonstellationen, in Partnerschaften mit positiv-erlebter Beziehungsqualität oder in konsolidierten Partnerschaften wie Ehen, sehen die Sozialleistungsbezieherinnen die Möglichkeit, die Verhütungskosten mit dem Partner zu teilen.

#### *Finanzielle Entlastung durch Partner?*

Ist es in konsolidierten oder positiv-erlebten Partnerschaften möglich die Verhütungskosten zu teilen, bedeutet dies nicht unbedingt eine finanzielle Entlastung:

Sozialleistungsbezieherinnen, die mit ihrem Partner zusammenleben, sind in einer Bedarfsgemeinschaft, was bedeutet, dass auch der Partner wenig Einkommen hat oder das Einkommen für die Größe der Familie nicht ausreicht. Die Kosten werden dann aus einem gemeinsamen Budget beglichen oder geteilt, trotzdem bleiben diese problematisch. Der Umgang mit den Verhütungskosten bedarf dann einer gemeinsamen Suche nach Lösungsstrategien. Die Interviews zeigen auch, dass das gemeinsame Budget in hierarchischen Beziehungen zum Problem werden kann,

wenn der Partner das Budget für die Verhütungskosten vorgibt und die Frau in der Methodenwahl eingeschränkt wird.

Für Frauen, die nicht mit einem Partner zusammenleben, z.B. am Anfang einer Beziehung oder alleinstehende Frauen, die ggf. spontane sexuelle Kontakte haben, könnte das Teilen der Kosten mit dem Geschlechtspartner eine finanzielle Entlastung bedeuten. Eine Chance der finanziellen Entlastung durch einen Partner liegt im Kennenlernen eines verlässlichen Partners und einer fortschreitenden Konsolidierung.

## Literatur

Helfferrich, Cornelia / Klindworth, Heike / Kruse, Jan (2004) SONDERAUSWERTUNG der Studien „frauen leben. Lebensläufe und Familienplanung“ und „männer leben. Lebensläufe und Familienplanung“. Verhütung: Verhalten und Orientierungen Frauen und Männer im Vergleich. Kön: BZgA. Verfügbar unter [http://www.soffi-f.de/files/u2/Sonderauswertung\\_Verhuetzung\\_gesamt.pdf](http://www.soffi-f.de/files/u2/Sonderauswertung_Verhuetzung_gesamt.pdf). Letzter Zugriff: 04.06.2019

Helfferrich, Cornelia (2019): Rekonstruktive Agency-Analyse in der Forschung zu Leaving Care. Methodologischer Hintergrund, praktisches Vorgehen und ergiebige Fragestellungen. In: Sabrina Göbel, Ute Karl, Marei Lunz, Ulla Peters und Maren Zeller (Hg.): Wege junger Menschen aus Heimen und Pflegefamilien. Agency in schwierigen Übergängen. Weinheim: Beltz Juventa (Übergangs- und Bewältigungsforschung), S. 50–65

Staender, Johannes / Thonke, Ines (2015): Regionale Kostenübernahme von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen. In: Schattenblick – Politik 104. Verfügbar unter <http://www.schattenblick.de/infopool/medizin/soziales/m7po0104.html>. Letzter Zugriff: 06.06.2019

UNFPA (2021): Sexual & reproductive health. Overview. Verfügbar unter <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>. Letzter Zugriff am 08.05.2019

### **Veröffentlichungen von Ergebnissen zu geringem Einkommen und Verhütung aus der Erhebungsphase 1 bzw. aus den Erhebungsphasen 1 und 2:**

Helfferrich, Cornelia (2015): Geringes Einkommen als Hürde beim Zugang zu Verhütung. In: pro familia magazin 3, S. 10–13. Auch Verfügbar unter: <http://docplayer.org/17942161-Geringes-einkommen-als-huerde-beim-zugangzu-verhuetzung.html>. Letzter Zugriff: 06.06.2019

Helfferrich, Cornelia (2016): Bezug staatlicher Sozialleistungen und Verhütung. Ergebnisse der Studie »frauen leben 3«. In: BZgA (Hrsg.): Forum Sexuaufklärung und Familienplanung, 1/2016, S. 3–7

Helfferrich, Cornelia / Klindworth, Heike / Heine, Yvonne / Wlosnewski, Ines (2016): frauen leben – Familienplanung im Lebenslauf. Eine BZgA-Studie mit dem Schwerpunkt ungewollte Schwangerschaften. Köln: BZgA. Verfügbar unter [https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Frauenleben3\\_Langfassung\\_Onlineversion.compressed.pdf](https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Frauenleben3_Langfassung_Onlineversion.compressed.pdf) . Letzter Zugriff am 04.03.2021

## Anhang

### A Soziodemografische Merkmale der in Phase 3 befragten Sozialleistungsbezieherinnen

Es handelt sich um eine heterogene Gruppe nach Alter, Bildung und Familiensituation. Gemeinsam haben die Sozialleistungsbezieherinnen aber Biografien mit besonderen Belastungen und wenig Unterstützung.

- 37% sind unter 30 Jahre alt, 44% zwischen 30 und 39 Jahre alt und 19% 40 bis 44 Jahre.
- 49% sind alleinstehend, darin enthalten: 21% sind alleinerziehend. 20% sind verheiratet. 11% leben in einer festen Partnerschaft mit und 20% ohne gemeinsamen Haushalt.
- 45% sind kinderlos, 20% haben ein und ebenso viele zwei Kinder. 15% haben drei oder mehr Kinder.
- Zwar sind die Sozialleistungsbezieherinnen im Schnitt niedriger qualifiziert als andere Frauen, aber 41% haben Abitur, 37% einen mittleren und 21% einen niedrigen Schulabschluss. 13% befinden sich in einer Ausbildung oder im Studium.
- Die Sozialleistungsbezieherinnen haben häufiger Gewalt in der Kindheit erfahren als andere Frauen (24% manchmal oder oft vs. 9% in der Gesamtstichprobe) und häufiger auch Gewalt in der Partnerschaft (27% vs. 8% in der Gesamtstichprobe).

### B Angaben zu der Erhebung in den drei Phasen der Studie „frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf“ – 2012 bis 2018

Die Studie „frauen leben 3“ untersucht das Verhütungsverhalten in ausgewählten Bundesländern aus Sicht der befragten Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren mit einer standardisierten Bevölkerungsbefragung und vertiefenden qualitativ-biografischen Interviews.

#### Angaben zur standardisierten Befragung

Für die quantitativen Analysen des vorliegenden Berichts werden zum Teil alle bisher verfügbaren Daten der Studie herangezogen. Zum Teil werden nur Daten der dritten Phase analysiert. Die Daten beinhalten Angaben von 14.522 Frauen, die im Zeitraum von 2012 bis 2018 in 12 Bundesländern befragt wurden (Details siehe Tabelle 4). Die Querschnittsbefragung fand zu drei Phasen statt, wobei in jeder Phase jeweils Frauen zwischen 20 und 44 Jahren aus unterschiedlichen Bundesländern befragt wurden (siehe Tabelle 4). Die Datenerhebung erfolgte durch Kantar Emnid (ehemals TNS Emnid). Die Daten wurden mittels telefonischer CATI-Befragung (Computer Assisted Telephone Interviewing) erhoben. Die Stichprobe kann als repräsentativ angesehen werden, wobei bei der CATI-Befragung nach Alter quotiert wurde. Begleitend zu der standardisierten Befragung wurden in den einzelnen Phasen qualitative Daten mit einem jeweils speziellen Focus erhoben.

*Methodische Hinweise:* Die Telefonnummern werden per „Random Last Two Digits – RL(2)D-Verfahren“ ausgewählt, dieses ist an das Gabler/Häder-Verfahren angelehnt. Die Auswahlgrundlage dieses Auswahlverfahrens ist das ADM-MasterSample, das eine regionale Steuerung zulässt (Details siehe auch <http://soffi-f.de/node/6?q=node/132>).

**Tabelle 1 Erhebungen in den einzelnen Bundesländern**

<b>P1 2012 (n=4.002)</b>	<b>P2 2016 (n=4.519)</b>	<b>P3 2018 (n=6.001)</b>
Baden-Württemberg (n=1.000) Erhebungszeitraum: 03/2012	Nordrhein-Westfalen (n=1.523) Erhebungszeitraum: 01-02/2016	Brandenburg (n=1.000) Erhebungszeitraum: 01-09/2018
Berlin (n=1.002) Erhebungszeitraum: 03-04/2012	Mecklenburg-Vorpommern (n=1.506) Erhebungszeitraum: 01-04/2016	Bremen (n=501) Erhebungszeitraum: 12/2017 – 04/2018
Niedersachsen (n=1.000) Erhebungszeitraum: 03-04/2012	Rheinland-Pfalz (n=1.490) Erhebungszeitraum: 01-04/2016	Hamburg (n=1.500) Erhebungszeitraum: 12/2017 – 09/2018
Sachsen (n=1.000) Erhebungszeitraum: 03-04/2012		Schleswig-Holstein (n=1.500) Erhebungszeitraum: 01-09/2018
		Thüringen (n=1.500) Erhebungszeitraum: 12/2017 – 09/2018
n gesamt = 14.522		
<b>Leitfaden Interviews P1</b>		<b>P3</b>
n=97, Focus Frauen, die jemals unbeabsichtigt schwanger waren, reproduktive Biografien		n=19, Focus Frauen mit Sozialleistungsbezug, reproduktive Biografien, Verhütung

## **C Zentrale Fragen zum Thema Kosten und Verhütung aus der qualitativen Befragung**

Die Auswertungen im vorliegenden Bericht beziehen sich auf folgende drei Fragen aus den teilnarrativen leitfaden-gestützten Interviews. Die Fragen wurden dem Interviewverlauf flexibel angepasst, auch die Wortwahl der Fragestellung variierte zwischen den Interviews leicht.

- Meistens sind es die Frauen die für die Verhütung zahlen, was ist ihre Meinung zu Geld und Verhütung? (Datengrundlage für die partnerschaftlichen Aushandlungsprozesse)
- Wenn alle Verhütungsmittel kostenlos wären, würden sie dann anderes verhüten?
- Haben sie je auf die Pille verzichtet, weil sie Ihnen zu teuer war?  
*ABER auch allgemein:* Haben Sie je auf Verhütung verzichtet, weil sie Ihnen zu teuer war?



	<p><i>Verhüte derzeit nicht, ...</i></p> <p>21 ...weil Kinderwunsch bzw. zur Zeit schwanger <b>402_21</b></p> <p>22 ...weil aktuell keine sexuellen Kontakte <b>402_22</b></p> <p>23 ...aus anderen Gründen keine Verhütung, und zwar _____ (Freitext) <b>402_23</b></p> <p>24 ... weil Verhütung wg. Nebenwirkungen bzw. aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich <b>402_24</b></p> <p>25 ... weil nicht notwendig: gleichgeschlechtliche Partnerschaft <b>402_25</b></p> <p>26 ... weil empfängnisunfähig bzw. Partner zeugungsunfähig (auch: subjektiv) <b>402_26</b></p> <p>96 ... weil Verhütung grundsätzlich abgelehnt wird <b>402_96</b></p> <p>99 k.A. <b>402_99</b></p>	
<b>NEU</b>	<b>D2.1 bis D2.7 ZUSATZFRAGEN BIKO</b>	
<b>D 2.1 V4021</b>	<p><b>Aktuell wird die Kostenerstattung für Verhütung diskutiert. Daher interessiert uns das Thema „Verhütung und Geld“.</b></p> <p><b>Als Sie sich das l e t z t e M a l für eine Verhütungsmethode entschieden haben: Wie wichtig war der Aspekt des Geldes, also der Kosten, bei der Entscheidung?</b></p> <p><b>Sie können sich zwischen 1 und 6 einordnen. „1“ heißt: „Der Kostenaspekt war sehr wichtig“, „6“ heißt „Der Kostenaspekt hat gar keine Rolle gespielt“. Mit den Werten dazwischen können Sie abstufen. (⌊, 1-6/8,9)</b></p> <p>1 Kostenaspekt war sehr wichtig</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 Kostenaspekt hat keine Rolle gespielt</p> <p><i>INT.: nicht vorlesen</i></p> <p>8 trifft nicht zu: habe <u>noch nie</u> verhütet → weiter mit</p> <p>9 k.A.</p>	<b>D 2.5</b>
<b>D 2.2 V4022</b>	<p><b>Wie intensiv haben Sie vor dieser Entscheidung nach Informationen zu Vor- und Nachteilen gesucht? Sie können sich wieder zwischen 1 und 6 einordnen.</b></p> <p><b>„1“ heißt: „sehr intensiv an verschiedenen Stellen gesucht“ und „6“ heißt: „gar nicht gesucht, mir reichte das, was ich schon wusste“. (⌊, 1-6/9)</b></p> <p>1 sehr intensiv an verschiedenen Stellen gesucht</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p> <p>6 gar nicht gesucht, mir reichte das, was ich schon wusste</p> <p><i>INT.: nicht vorlesen</i></p> <p>9 k.A.</p>	



<p><b>D 2.6</b> <b>V4026</b></p>	<p><i>Filter: Alle Frauen, die in Frage D 2 gehen und nach Verhütung gefragt werden, außer: D2, Codes 21, 25, 99)</i></p> <p><i>Textvarianten für a. Frauen, die verhüten (D2, Codes 11-20) // b. Frauen, die aus anderen Gründen als Kinderwunsch oder gleichgeschlechtliche Partnerschaft nicht verhüten (D2, Codes 22,23,24,26,96)</i> (Variante a) <b>Wenn es Verhütungsmittel kostenlos geben würde: Würden Sie sich dann für eine a n d e r e Methode entscheiden?</b> (Variante b) <b>Wenn es Verhütungsmittel kostenlos geben würde: Würden Sie sich dann für Verhütung und eine Verhütungsmethode entscheiden?</b> <i>INT.: nicht vorlesen. (, 1,2/8,9)</i></p> <p>1 Ja → weiter mit 2 Nein → weiter mit</p> <p>8 weiß nicht → weiter mit 9 k.A. → weiter mit</p>	<p><b>D 2.7</b> <b>D 3</b></p> <p><b>D 3</b> <b>D 3</b></p>
<p><b>D 2.7</b> <b>V4027</b></p>	<p><i>Filter: Frauen, die bei kostenlosem Bezug von Verhütungsmitteln die Methode wechseln würden bzw. (derzeit Nichtverhütende) dann verhüten würden (D2.6 = 1)</i> <b>Für welche Methode würden Sie sich dann entscheiden?</b> <i>INT.: nicht vorlesen, Mehrfachnennungen möglich (max. 2) (_11-19,88,99)</i></p> <p>11 Pille, Minipille <b>4027_11</b> 12 Spirale (Kupfer- oder Hormonspirale), Kupferkette <b>4027_12</b> 13 Dreimonatsspritze, Depotspritze <b>4027_13</b> 14 Hormonimplantat, Verhütungsstäbchen <b>4027_14</b> 15 Sterilisation (der Befragten selbst) <b>4027_15</b> 16 Vaginalring <b>4027_16</b> 17 Verhütungspflaster <b>4027_17</b> 18 Kondom <b>4027_1 4027_18</b> 19 Andere Methoden <b>4027_19</b></p> <p>88 weiß nicht <b>4027_88</b> 99 k.A. <b>4027_99</b></p>	
<p><b>D 3</b> <b>V403</b></p>	<p><b>Gab es in Ihrem Leben Phasen, in denen Sie aus Kostengründen nicht mit der Pille oder der Spirale verhütet haben? _ (1,2,3/9)</b></p> <p>1 Ja, einmal 2 Ja, mehrmals 3 Nein weiter mit → 9 k.A. weiter mit →</p>	<p><b>D4</b> <b>D4</b></p>
<p><b>D 3a</b> <b>V4031</b></p>	<p><i>Filter: Wenn mehrfacher Verzicht auf Pille oder Spirale aus Kostengründen (Code 2 in D3)</i> <b>Wie viele solcher Phasen gab es in Ihrem Leben, in denen Sie aus Kostengründen auf Pille oder Spirale verzichtet haben?</b></p> <p>2 zwei Phasen 3 drei Phasen 4 vier Phasen 5 fünf Phasen 6 häufiger</p>	

	<p>8 weiß nicht mehr 9 keine Angabe</p>	
	<b>Beginn der Schleifenabfrage für alle Phasen (max. 5 Schleifen)</b>	
<b>D 3b A4032 - E4032</b>	<p><i>Filter: Wenn Verzicht auf Pille oder Spirale aus Kostengründen (Code 1 oder 2 in D3)</i></p> <p><b>Wie alt waren Sie, als Sie &lt;das x.te Mal&gt; aus Kostengründen auf Pille oder Spirale verzichtet haben?</b> <i>INT.: Altersangabe für B e g i n n der Verzichtphase, falls Beginn und Ende in unterschiedlichem Altersjahr</i></p> <p>__ Jahre alt (11-60/88, 99) <i>INT.: "88" für 'weiß nicht mehr', "99" für keine Angabe'</i></p>	
<b>D 4 V404</b>	<p><b>Nach einer Verhütungs-Panne oder einem ungeschützten Geschlechtsverkehr gibt es die Möglichkeit der Notfall-Verhütung, die sogenannte 'Pille danach'. Damit kann noch nach dem Geschlechtsverkehr eine Schwangerschaft verhindert werden, wenn rechtzeitig mit der Einnahme begonnen wird.</b> <b>Haben Sie die 'Pille danach' schon einmal oder mehrmals angewandt?</b> _ (1-4/8/9)</p> <p><i>Int.: nicht vorlesen</i></p> <p>1 Ja, einmal 2 Ja, mehrmals 3 Nein 4 Kenne Pille danach nicht 8 Weiß nicht 9 k.A.</p>	
<b>D 4a V4041</b>	<p><b>Wie ist das eigentlich Ihres Wissens nach hier bei uns: Ist die 'Pille danach' in Apotheken rezeptfrei erhältlich oder muss sie vom Arzt verschrieben werden?</b> _ (1-2/8/9)</p> <p>1 ist rezeptfrei in Apotheken erhältlich 2 muss vom Arzt verschrieben werden</p> <p><i>INT.: nicht vorlesen, nur wenn spontan genannt</i> 8 weiß nicht 9 keine Angabe</p> <p><i>Anschließend: Information über richtige Angabe</i> <i>INT.: vorlesen</i> Bis vor kurzem war die 'Pille danach' bei uns verschreibungspflichtig, man musste also zu einem Arzt oder einer Ärztin gehen, um dafür ein Rezept zu bekommen. Seit März 2015 ist sie rezeptfrei in Apotheken erhältlich.</p>	

## E Transkriptionsregeln und Darstellung der wörtlichen Zitate

Die Zitate wurden nur an wenigen Stellen durch Weglassungen von Verstärkungshinweisen durch die Interviewerin, z.B. [ja] oder Partikel wie „ähm“ gekürzt, sofern dies keinen Verlust an Auswertungsqualität bedeutete. Wortabbrüche etc. wurden nicht gekürzt; an vielen Stellen ist die sprachliche Unsicherheit für die Rekonstruktion durchaus von Interesse. Dialekt wurde beibehalten.

### Transkriptionsregeln nach GAT (Forschungsprojekt SoFFI F. 2013)

Die Regeln sind eine Kurzfassung und an einigen Stellen pragmatische Modifikation des Basistranskriptionssystems GAT. Wie und mit welcher Präzision zu transkribieren ist, hängt vom Forschungsinteresse ab!

S. auch: Selting, Margret et al. (o.J.): Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). <http://www.uni-potsdam.de/u/slavistik/vc/rlmprcht/textling/comment/gat.pdf>

Courier New, 11 Punkt

Ränder Standard (2,5 rechts und links)

Keine Anführungsstriche für Fragen und Antworten

Leerzeile zwischen Fragen – Antwort – Fragen; wenn der Interviewer den Redefluss des Gesprächspartners lediglich aufrechterhält, z.B. mit „Mh mh“ keine neue Zeile sondern in den Fließtext.

**Wichtig: Die Satzzeichen haben hier keine syntaktische Funktion, sondern lautliche!**

**Generelle Kleinschreibung!!!**

akZENT        laut, betont, akzentuiert, auch Silben -  
Großschreibung

u:nd        Dehnung stark

(.)        Mikropause < 1 Sekunde

1/4 Sekunde, ½ Sekunde, ¾ Sekunde

(1), (2), (3)        Pausen länger als 1 Sek., Zahl = Länge in Sek.

(?Wort?)        vermuteter Wortlaut

(??)        unverständliche Passage

die=die=die        Stottern, Wiederholung, schnell gesprochen,  
Verschleifung

nur wenn sehr stark: h, hh, Einatmen, starkes Einatmen

nur wenn sehr stark: .h, .hh, Ausatmen, starkes Ausatmen

((lacht))        außersprachliche Handlungen oder  
Ereignisse

<<lachend> und da hab ich> besondere Arten zu sprechen,  
kennzeichnen solange es anhält

[Tasse abstellen, Blättern] Interaktionsbesonderheiten, Störgeräusche

Mh mh Zustimmung - ausschreiben  
 Hm hm Verneinung - ausschreiben  
 Äh ähm öh ah etc. Verzögerungssignale - ausschreiben

Falsche Ausdrücke werden falsch wiedergegeben (z.B. sterilisiert), keine Korrektur, ebenso dialektal Gesprochenes

Anonymisierung in chronologischer Abfolge: a-Ort, b-Ort, Namen A. B. oder Ersetzung durch andere Namen etc.

## F Übersicht Verhütungskosten

Verhütungsmittel	Minimale Kosten pro Jahr	Maximale Kosten pro Jahr	Kostenunterschiede pro Jahr innerhalb der Verhütungsgruppe	Einmalzahlung
Kupferspirale, Kupferkette; Kupferball (5 oder 10 Jahre)	15 €	140 €	125€ (Unterschiede: Kosten Präparat + Arztkosten für Einlage)	139 – 698 € (Präparat + Einlage)
Pille / Minipille	52 €	265 €	204 € (Unterschiede: Kosten Präparat + Packungsgröße)	
Dreimonatsspritze / Depotspritze	74 €	201 €	127 € (Unterschiede: Kosten Präparat + Arztkosten für Einlage)	
Hormonspirale	77 €	191 €	114 € (Unterschiede: Kosten Präparat + Arztkosten für Einlage)	377 -592 € (Präparat + Einlage)
Hormonimplantat / Verhütungsstäbchen	159 €	198 €	39 € (Unterschiede: Kosten Präparat + Arztkosten für Einlage)	476 – 595 € (Präparat + Einlage)
Verhütungspflaster	159 €	248 €	89 € (Unterschiede Packungsgröße)	je
Vaginalring	192 €	276 €	84 € (Unterschiede Packungsgröße)	je
<b>Weitere Verhütungskosten</b>				
Kondom	0,20 € – 1,20 € pro Stück Monatlich Kosten je nach Häufigkeit des Sex. Zusätzliche Kosten bei kombinierter Verhütung (z.B. Pille + Kondom)			
Pille danach	15,07 € - 29,96 € pro Einnahme			
Sterilisation	500 – 1600 € Sterilisation der Frau * 300 € - 400 € Sterilisation des Mannes *			

Tabelle 1 Quelle 1: profamilia Nordrhein-Westfalen, „VERHÜTUNG – Aktuelle Preise und Zusatzkosten Januar 2017“(vgl. Medizinischer Arbeitskreis pro familia NRW 2017) Quelle 2: profamilia „Sterilisation“ (vgl. Heider 2013)

\*eventuell anfallende Arztkosten sind miteingerechnet.

Die Angabe der monatlichen und jährlichen Kosten bei den Spiralen und dem Hormonimplantat wurde

errechnet, indem die einmalig anfallenden Kosten auf die maximale Laufzeit aufgeteilt wurden. Die monatlichen/jährlichen Kosten steigen somit, falls die Spirale oder das Implantat vor Ablauf der maximalen Wirkungsdauer entnommen wird. Bei Spiralen, insbesondere bei Kupferpräparaten fallen jährliche Folgekosten für die Ultraschallkontrolle von 0- 40 € an.

Die starken Preisunterschiede pro Verhütungsmethode ergeben sich aus den variierenden Preisen der jeweiligen Präparate, der Packungsgröße (z.B. bei Pille, Vaginalring, Verhütungspflaster) beziehungsweise der Liegedauer (Spirale, Hormonimplantat). Das wird am Beispiel Kupferspirale deutlich sichtbar:

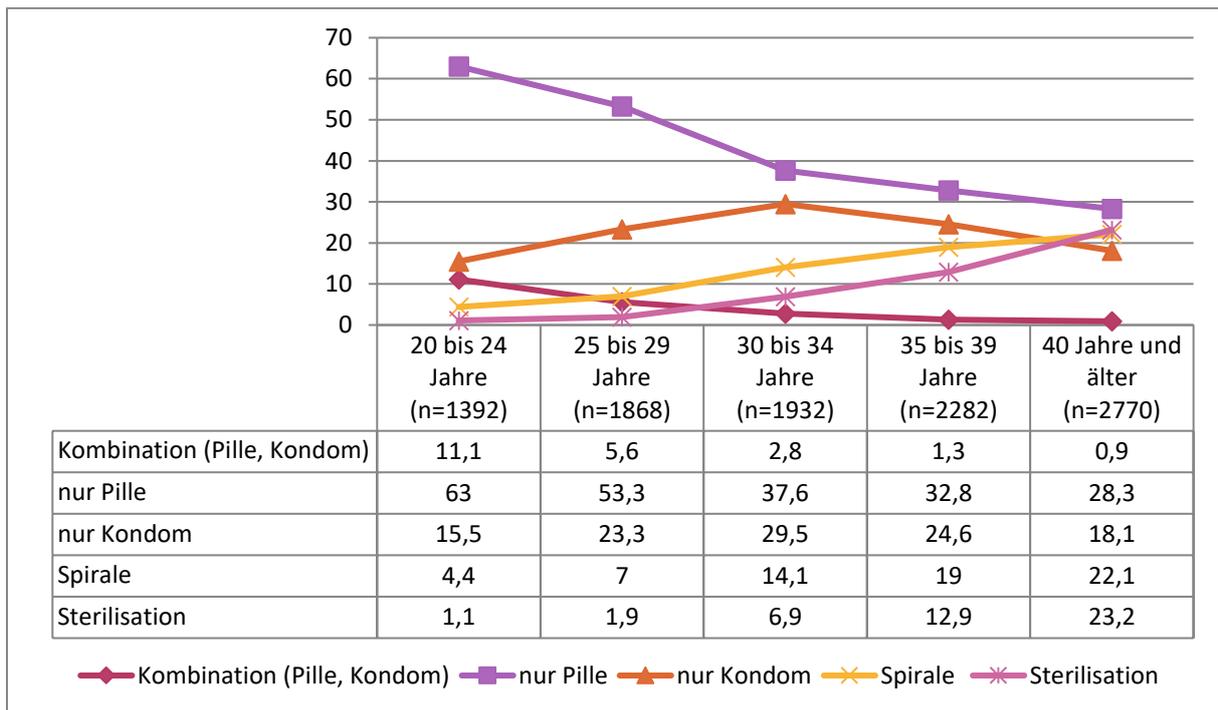
- Für eine günstige Kupferspirale mit Wirkungsschutz von 10 Jahre fallen einmalige Kosten von 150 € - 280 € an. Das Präparat ist mit 29,90 € sehr günstig, der größte Kostenpunkt ist die Einlage mit 120 – 250 €. Die Einlagekosten verteilen sich dann auf 10 Jahre, sodass diese Spirale auf Dauer gesehen sehr günstig ist.
- Eine teurere Verhütungsmethode mit Kupfer ist der Kupferball mit Wirkungsschutz von 5 Jahren (einmalige Kosten zwischen 528 € - 698 €). Das Präparat ist mit 198 € deutlich teurer als eine Kupferspirale, dazu kommt das fachärztliche Einlegen mit ca. 330 – 500 €. Die Einlagekosten verteilen sich hierbei auf 5 Jahre, sodass diese Verhütungsmethode mit Kupfer deutlich teurer ist.

Die Kostenunterschiede innerhalb der unterschiedlichen Verhütungsmittel-Gruppen sind sehr groß, sodass eine finanzielle Rangordnung (von günstig zu teuer) nur schwerlich möglich ist.

## **G Exkurs: Verhütungsmethoden in einer Lebenslaufperspektive**

Bei den jungen Frauen zwischen 20 und 24 Jahren verhüten circa drei Viertel (74,1 %) mit der Pille (inklusive Doppelnutzung Kondom). Mit zunehmendem Alter nimmt die Pillennutzung kontinuierlich ab und liegt bei den über 40-Jährigen bei 29,2 % – das ist ungefähr die Hälfte des Anteils bei den 25- bis 29-Jährigen. Mit einer kombinierten Verhütung aus Pille und Kondom verhüten 11,1 % der Frauen zwischen 20- bis 24-Jährigen Frauen, auch dieser Anteil nimmt mit dem Alter ab, bei den über 40-Jährigen hat die Methode kaum mehr relevant (0,9%). Der Anteil der Kondomnutzerinnen bleibt gegenüber der Pille über die Alterskategorien eher konstant und nimmt bis Mitte 30 leicht zu und dann wieder ab. Die Spirale wird insbesondere von Älteren genutzt. Bei den 30- bis 34-Jährigen liegt der Wert bei 14,1 %; von den verhütenden Frauen ab 40 fiel die Wahl der Verhütungsmethode bei etwa jeder fünften Frau auf die Spirale (22,1 %). Noch deutlicher zeigt sich dieser Anstieg bei der Sterilisation (Frau selbst oder Partner). Während diese bei den 20- bis 24-Jährigen so gut wie gar nicht vorkommt (1,1 %), ist bei den über 40-Jährigen ist bei knapp einem Viertel (23,2 %) die Frau oder der Mann sterilisiert. Eine Sterilisation wird vor allem dann gewählt, wenn die Familienplanung bereits abgeschlossen ist.

**Abbildung 2: Verhütungsmethoden nach Altersgruppen (in %)\***



Quelle: BZgA, Datensatz „frauen leben 3“, 2012, 2016, 2018, 20- bis 44-Jährige Frauen in zwölf Bundesländern

Filter: Frauen, die verhüten, n= 10244

\*signifikante Gruppenunterschiede

Eine Begründung für diese Veränderungen im Verhütungsverhalten über den Lebenslauf hinweg, liegt in der Lebensform:

Alleinstehende Frauen (58,6%) und Frauen, die nicht mit ihrem Partner zusammenleben (61,8%) verhüten häufig mit der Pille. Vor allem bei Beziehungen, die noch nicht lange bestehen, wird eine Kombination aus Pille und Kondom angewendet. Betrachtet man alle Frauen, die aktuell verhüten zeigt sich: Bei Partnerschaften, die unter 2 Jahren andauern verhüten 10,8 % mit einer Kombination aus Pille und Kondom, bei einer Partnerschaftsdauer von 5 – 10 Jahren sind es nur noch 4,6%. Dies kann auf die doppelte Funktion des Kondoms, vor Empfängnis ebenso wie vor einer sexuell übertragbaren Krankheit zu schützen, erklärt werden.

In Partnerschaften, in denen keine Kinder vorhanden sind, ist der Anteil von Frauen, die mit Pille oder Kondomen verhüten hoch. In nichtehelichen Partnerschaften ohne Kind verhüten 66,4% mit der Pille und 28,9% mit dem Kondom, bei Verheirateten ohne Kind verhüten 50,1% mit der Pille und 25,7% mit einem Kondom. Aufgrund einer noch nicht abgeschlossenen Familienplanung werden langfristige Verhütungsmethoden nur selten genutzt.

Mit steigender Konsolidierung der Partnerschaft und nach abgeschlossener Familienplanung steigt der Wunsch nach einer situationsunabhängigen Verhütung. Der Anteil der Spirale steigt mit stärkerer

Konsolidierung der Partnerschaft und ist bei Verheirateten höher als in nichtehelichen Lebensgemeinschaften (19,7 % und 11,7 %). Die Sterilisation ist vor allem bei Verheirateten verbreitet (16,2). Wenn Kinder vorhanden sind, sind Spirale und Sterilisation in allen Lebensformen verbreiteter.