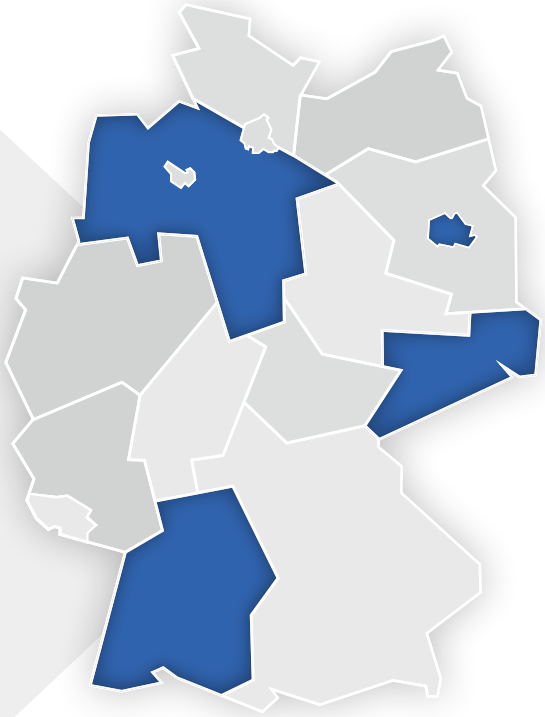
frauen leben 4

FAMILIENPLANUNG IM LEBENSLAUF VON FRAUEN

„Wieso hat denn das **vorher** niemand gesagt?“



ERGEBNISBERICHT

KRITISCHE EINSTELLUNGEN ZU HORMONELLEN KONTRAZEPTIVA

ENTWICKLUNG UND AUSWIRKUNG AUF REPRODUKTIVE BIOGRAFIEN

» Qualitative Vertiefungsbefragung der ersten Erhebungsrunde

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit

SoFFI F

Wiederholungsbefragung
FAMILIENPLANUNG IM LEBENSLAUF

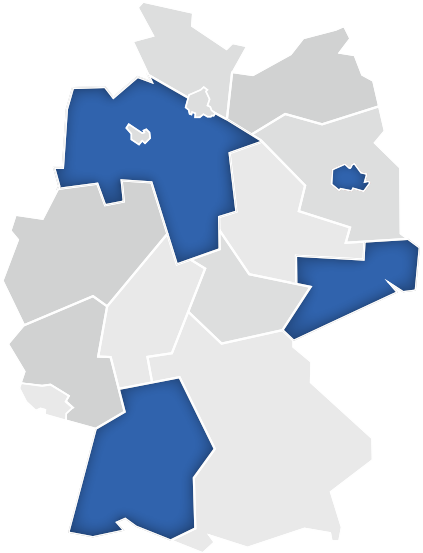
frauen leben 4

FAMILIENPLANUNG IM LEBENSLAUF VON FRAUEN

KRITISCHE EINSTELLUNGEN ZU HORMONELLEN KONTRAZEPTIVA

ENTWICKLUNG UND AUSWIRKUNG AUF REPRODUKTIVE BIOGRAFIEN

erstellt von Sabrina Mannebach
unter Mitarbeit von Sonja Glaser



Qualitative Vertiefungsbefragung
2024, erste Erhebungsrunde
Baden-Württemberg, Berlin,
Niedersachsen und Sachsen

Wiederholungsbefragung
Familienplanung im Lebenslauf
von Frauen

Ergebnisbericht

Bundesinstitut für
Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
2026

Inhalt

Vorwort 4

Projektsteckbrief 6

Ergebnisse auf einen Blick 7

Kontext und Forschungsdesign 11

1 Einleitung 12
1.1 Hormonkritische Einstellungen im gesellschaftlichen Kontext 13
1.2 Qualitative Vertiefungsbefragung zu hormonkritischen Einstellungen 14

2 Verbreitung und Rahmenbedingungen hormoneller Kontrazeptiva 15
2.1 Rückgang der Anwendung hormoneller Kontrazeptiva 16
2.2 Verbreitung kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva 19
2.3 Mögliche Gründe für steigende Hormonkritik 20
2.4 Feminisierung der Verhütung 21

3 Konzeption und Methodik der qualitativen Vertiefungsbefragung 23
3.1 Methodische Hinweise 24
3.2 Biografische Perspektive auf reproduktives Handeln 29

Empirische Ergebnisse 31

4 Modell Hormonkritik in der Verhütungsbiografie 32
4.1 Vorreflexive Phase: Unhinterfragte Pillennutzung 35
4.2 Irritationsphase: Divergenz zwischen Erfahrung und Informationslage 37
4.3 Aktionsphase: Weiterer Anstieg der Hormonkritik 38
4.4 Reflexionsphase: Bewusstes Nachdenken über frühere Verhütungsentscheidungen 39
4.5 Resignations-/Lösungsphase: Reflexive Entscheidung für eine Verhütungsmethode 40
4.6 Zusammenfassung: Hormonkritik als Zusammenspiel von Erfahrungen, Informationen und selbstbestimmten Verhütungsentscheidungen 41

5 Spektrum hormonkritischer Einstellungen 42
5.1 Einstellungen gegenüber hormonellen Kontrazeptiva 43
5.2 Motive für hormonkritische Einstellungen 45
5.3 Zusammenfassung: Einstellungen gegenüber Hormonen von Ablehnung bis pragmatischer Nutzung 50

6 Gestaltung der Verhütungspraxis bei Hormonkritik 51
6.1 „Hormone nur lokal“ 52
6.2 Nutzung hormoneller Verhütung trotz kritischer Einstellungen 53
6.3 Zusammenfassung: Verhütungspraxis als Ergebnis von komplexen Abwägungsprozessen 56

7 Auseinandersetzung mit Informationsquellen 57
7.1 Informationslage zu Beginn der Verhütungsbiografie 58
7.2 Umgang mit Onlinequellen 58
7.3 Wunsch nach Beratung und fundierten Fachinformationen 61
7.4 Sexualpädagogische Beratungsstellen unbekannt für Kontrazeptionsberatung 62
7.5 Zusammenfassung: Fundierte Informationen als Voraussetzung für selbstbestimmte Verhütungsentscheidungen 63

8 Weitere Aspekte reproduktiven Handelns 64
8.1 Vergeschlechtlichte Verhütungsverantwortung 65
8.2 Kostenaufteilung als seltene Praxis 66
8.3 Kupferspirale versus Hormonspirale 67
8.4 Krisenhafte Gegenwart als Einflussfaktor auf Familienplanung? 69
8.5 Zusammenfassung: Weitere Aspekte reproduktiven Handelns 72

Ausblick: Ansatzpunkte für Beratungspraxis, gesundheitliche Aufklärung und Sexuelle Bildung 74

Anhang 78

Literatur 79
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 82

Familienplanung und Verhütung: Forschung und Ergebnisse online 83

Vorwort

Die ehemalige Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) hat seit dem 13. Februar 2025 einen neuen Namen: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). Damit wird die öffentliche Gesundheit in Deutschland gestärkt und der Public-Health-Ansatz enger an internationale Standards in Gesundheitsförderung und Prävention angelehnt. Der gesetzliche Auftrag zur Sexualaufklärung und Familienplanung bleibt unverändert. Das BIÖG hat den gesetzlichen Auftrag die gesundheitliche Prävention, Aufklärung und den Schutz in Deutschland zu stärken. Dies umfasst insbesondere die Sexualaufklärung und Familienplanung sowie die Prävention sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen. Das BIÖG ist durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) beauftragt, unter Beteiligung der Länder und in Zusammenarbeit mit Vertretern der Familienberatungseinrichtungen aller Träger Konzepte zu entwickeln und bundeseinheitliche Maßnahmen zur Sexualaufklärung und Familienplanung zu erarbeiten und zu verbreiten. Konkretisiert ist dieser Auftrag in einem mit den Bundesländern abgestimmten Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung (BIÖG, o. J.-b).

Forschung, Aufklärung und Prävention werden unter dem neuen Namen mit bewährter Expertise fortgeführt – fundiert, lebensnah und wissenschaftlich unabhängig. Ein zentrales Beispiel ist die Studienreihe „frauen leben“, die seit Jahrzehnten verlässliche Daten zur Familienplanung und zu reproduktiven Lebensverläufen in Deutschland liefert. Sie untersucht Einstellungen, Entscheidungsprozesse und biografische Entwicklungen im Zusammenhang mit Kinderwunsch, Partnerschaft, Erwerbstätigkeit, Verhütung und Schwangerschaften. Die Studien ermöglichen, Verhalten und Entwicklungen unter regional unterschiedlichen Bedingungen sichtbar zu machen. Die aktuelle Erhebung „frauen leben 4“ knüpft an die umfangreiche Studie „frauen leben 3“ an, die 2012 bis 2022 durchgeführt wurde. Konzipiert wurde der Forschungszyklus von Professorin Dr. Cornelia Helfferich (1951–2021), Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen (SoFFI F.), die mit ihrer langjährigen Arbeit und ihrem Engagement Maßstäbe in der reproduktiven Gesundheitsforschung gesetzt hat. Fortgeführt wird der aktuelle Forschungszyklus von Tilmann Knittel, Laura Olejniczak und Sabrina Mannebach (SoFFI F). Seit Herbst 2025 werden die Arbeiten von Cornelia Helfferich aus dem SoFFI F. in dem neu gegründeten Cornelia Helfferich Institut für Geschlechter- und Familienforschung fortgeführt.

Eine Besonderheit der Studienreihe „frauen leben" liegt im Mixed-Methods-Ansatz: Quantitative Ergebnisse werden durch qualitative Daten ergänzt. Im ersten Zyklus werden repräsentative Erhebungen in Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen durchgeführt und liefern Erkenntnisse über Lebensrealitäten und Entscheidungsprozesse von Frauen im reproduktiven Alter.

Die vorliegende, länderübergreifende qualitative Vertiefungsstudie fokussiert vor dem Hintergrund stetig sinkender Nutzungszahlen der Pille kritische Einstellungen zu hormoneller Verhütung. Die Studie macht deutlich, wie Familienplanung als dynamischer Aushandlungsprozess zwischen Partnerschaft, Alter, beruflichen und finanziellen Faktoren erfolgt. Für politische Entscheidungsträgerinnen und Entscheidungsträger bietet die Studie eine fundierte Grundlage, um Maßnahmen in Familienpolitik, Gesundheitsförderung, Gleichstellung, Prävention und Bildung weiterzuentwickeln. Die Ergebnisse unterstützen dabei, Angebote besser an aktuelle Lebenslagen anzupassen und Rahmenbedingungen verlässlich zu gestalten – im Sinne von reproduktiver Selbstbestimmung, Chancengleichheit und sozialer Teilhabe. Das BIÖG wird die Ergebnisse in fachlich-politische Prozesse einbringen. Der Austausch mit Wissenschaft, Verbänden und Politik dient der Entwicklung evidenzbasierter Maßnahmen für eine zukunftsfähige Public-Health-Strategie.

Ihr Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Projektsteckbrief

Projekt
frauen leben 4 – Familienplanung im Lebenslauf von 20- bis 44-jährigen Frauen

Projektförderung
Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)

Forschungseinrichtung
Sozialwissenschaftliches Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen | FIVE, Freiburg (SoFFI F.) im FIVE Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg e. V.
Das Cornelia Helfferich Institut für Geschlechter- und Familienforschung führt die Forschung zur Studie „frauen leben" aus dem SoFFI F. seit Herbst 2025 fort.

Projektbeteiligte
- Leitung: Tilmann Knittel, SoFFI F.
- Wissenschaftliche Mitarbeit: Sabrina Mannebach, Laura Olejniczak, SoFFI F.
- Studentische Mitarbeit: Sonja Glaser
- Projektassistenz: Petra Stromberger

Vorläuferstudien
frauen leben 3 (2012–2022)

Cornelia Helfferich (1951–2021) konzipierte das Forschungsprojekt „frauen leben" und leitete die Studienreihe bis 2021 in enger Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (vormals BZgA).

Befragungsgebiet
Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen, Sachsen

Zielgruppe/Stichprobe
20- bis 44-jährige Frauen in vier Bundesländern

Methode
Mixed-Methods-Design

Repräsentativbefragung
Feldphase: Juni bis Juli 2024
Repräsentative Stichprobe: Angaben von 7.111 Frauen, darunter 3.116 Mütter (44 %), zu 6.079 Schwangerschaften
Datenerhebung: Online-Selbstausfüllerbogen, infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, Bonn

Qualitative Vertiefungsbefragung
Feldphase: Juli bis August 2024
Stichprobe: 20 Frauen aus der repräsentativen Gesamtstichprobe
Datenerhebung: leitfadengestützte narrative Interviews
Auswertung: Inhaltsanalyse, sequenzielle Feinanalysen mit anonymisierten Daten

Mehr Informationen zum aktuellen Projekt finden Sie online.

Wir danken dem Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) für die vertrauensvolle Zusammenarbeit.

Ein besonderer Dank gilt darüber hinaus den Frauen, die in der Repräsentativbefragung und in den qualitativen Interviews zu den intimen und schützenswerten Aspekten ihres Lebens Auskunft gegeben haben. Ohne ihre Offenheit und ihr Vertrauen hätte die Forschung nicht stattfinden können. Alle personenbezogenen Daten sind vor der weiteren Verarbeitung vollständig anonymisiert worden, sodass ein Rückschluss auf einzelne Personen ausgeschlossen ist.

Ergebnisse auf einen Blick

Im Rahmen der Studie „frauen leben 4 – Familienplanung im Lebenslauf" wurde eine qualitative Vertiefungsbefragung bei 20 Frauen zur Entwicklung kritischer Einstellungen gegenüber hormoneller Verhütung und deren Auswirkungen auf die Verhütungspraxis durchgeführt. Im Folgenden sind die zentralen Ergebnisse als Überblick dargestellt, wobei jeweils auf die Kapitel mit der ausführlicheren Ergebnisdarstellung und Herleitung verwiesen wird.

Hormonkritik: ein Entwicklungsprozess

Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva und die Gestaltung der Verhütungspraxis können als Ergebnisse biografischer Erfahrungs- und Aushandlungsprozesse im Kontext gegebener gesellschaftlicher Möglichkeitsräume verstanden werden. Kritische Einstellungen gegenüber hormonellen Kontrazeptiva entwickeln sich im Verlauf der Verhütungsbiografie in einem reflexiven Prozess und entstehen vor dem Hintergrund von verfügbaren Informationen, Körpererfahrungen, medizinischer Beratung, sozialen Beziehungen sowie strukturellen Rahmenbedingungen. Dieser Prozess lässt sich in einem idealtypischen Modell zur Hormonkritik in der Verhütungsbiografie mit fünf aufeinanderfolgenden Phasen darstellen von zunächst wenig reflektierten Verhütungsentscheidungen über Irritation, gezielte Informationssuche und reflexive Neubewertung hormoneller Verhütung bis hin zu einer Lösungs- bzw. Resignationsphase.

» Kapitel 4

Enger Zusammenhang von Information, Agency und Hormonkritik

Zentral für die Entwicklung kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva ist die Bedeutung von Information im biografischen Verlauf. Es besteht eine starke Interdependenz zwischen Information, subjektiv wahrgenommener Handlungsmächtigkeit (Agency) und der Bewertung hormoneller Verhütung. Fehlt eine informationsbasierte Entscheidungsmöglichkeit zu Beginn der Verhütungsbiografie, kann dies eine spätere reflexive Abkehr von hormoneller Verhütung begünstigen. Neue, zuvor unbekannte Informationen zu Risiken und Nebenwirkungen, insbesondere der Pille, können eine kognitive Neubewertung bisheriger Erfahrungen anstoßen und dazu beitragen, die eigene Verhütungspraxis zu hinterfragen. Damit verbunden sind ein Bedauern über die Pillennutzung und ein Vertrauensverlust gegenüber medizinischer Beratung.

» Kapitel 4

Informationsbedarfe und -defizite, insbesondere zu Beginn der Verhütungsbiografie

Besonders zu Beginn der Verhütungsbiografie beschreiben die Befragten einen großen Informations- und Beratungsbedarf. Rückblickend wird die gynäkologische Beratung häufig als unzureichend und stark auf die Pille ausgerichtet wahrgenommen. Informationen zu möglichen Nebenwirkungen und Risiken der Pille sowie zu hormonfreien Alternativen fehlten aus Sicht der Frauen. Der Beratungsbedarf wird laut der Ergebnisse in der gynäkologischen Versorgung nicht ausreichend gedeckt. Die unzureichende Aufklärung kann das Gefühl vermitteln, keine informierte Entscheidung getroffen zu haben. Retrospektiv kann dadurch der Eindruck entstehen, dass die Pille zu Beginn der Verhütungsbiografie aufgedrängt wurde, was eine kritische Haltung gegenüber hormoneller Verhütung begünstigen kann.

» Kapitel 4
» Kapitel 7.1

Hormonkritik als Spektrum unterschiedlicher Einstellungen

Hormonkritik zeigt sich in unterschiedlichen Facetten und umfasst ein breites Spektrum an Einstellungen und Handlungsmustern mit unterschiedlichen Auswirkungen auf die Verhütungspraxis. Es reicht von einer grundsätzlichen Ablehnung hormoneller Kontrazeptiva über ambivalente Haltungen bis hin zur pragmatischen Nutzung trotz bestehender Kritik. Kritische Einstellungen beziehen sich häufig auf zuvor unbekannte, selbst erlebte oder von anderen berichtete Nebenwirkungen. Mit zunehmender Informiertheit zeigt sich vielfach eine differenziertere Bewertung hormoneller Verhütung. Hormonkritik bedeutet nicht zwangsläufig eine grundsätzliche Ablehnung hormoneller Verhütung, sondern kann auch Ausdruck eines reflektierten Abwägungsprozesses sein.

» Kapitel 5

Auswirkungen von Hormonkritik auf Verhütungspraxis

Die Gestaltung der Verhütungspraxis bei Frauen mit kritischen Einstellungen gegenüber hormonellen Kontrazeptiva ist ein veränderlicher Prozess im Verlauf der Verhütungsbiografie. 16,5 % der Frauen mit kritischen Einstellungen nutzen weiterhin hormonelle Verhütungsmethoden (Mannebach et al., 2026). Sicherheit, Anwendungsfreundlichkeit oder Schmerzmanagement sind häufige Gründe für die Nutzung trotz Hormonkritik. Es zeigt sich eine Diskrepanz zwischen kritischer Haltung und tatsächlicher Verhütungspraxis. Wenn aus Sicht der Befragten keine gleichwertige Alternative zur Verfügung steht, werden Hormone unter bestimmten Voraussetzungen, wie eine angenommene „lokale" Wirkung bei der Hormonspirale, weiterhin genutzt. Die Verhütungspraxis entsteht aus fortlaufenden Abwägungen zwischen individuellen Einstellungen, gesundheitlichen Faktoren, Sicherheitsüberlegungen, lebensphasenspezifischen und intersektionalen Aspekten sowie strukturellen Rahmenbedingungen wie tatsächlich verfügbaren alternativen Kontrazeptiva.

» Kapitel 6

Nutzung unterschiedlicher Informationsquellen für Verhütungswissen

Im Verlauf der Verhütungsbiografie nutzen die Befragten unterschiedliche Informationsquellen. Während die gynäkologische Beratung gerade zu Beginn eine zentrale Rolle spielt, gewinnen im weiteren Verlauf der Verhütungsbiografie Erfahrungsberichte aus dem sozialen Umfeld oder den sozialen Medien an Bedeutung. Fehlende weiterführende Informationen werden in späteren Phasen der Verhütungsbiografie häufig durch eigenständige Recherchen geschlossen. Das Internet stellt dabei eine wichtige Ressource dar, um Informationen zu ergänzen, Erfahrungen anderer kennenzulernen und unterschiedliche Verhütungsoptionen zu vergleichen. Die Befragten suchen gezielt nach wissenschaftlich fundierten Fachinformationen zu Wirkungsweisen von Hormonen im Körper und möglichen Nebenwirkungen, vor allem wenn die Verhütungspraxis kritisch hinterfragt wird. Die eigenständige Informationssuche ist von einer aktiven und reflektierten Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Informationsquellen geprägt. Allerdings können die Komplexität und der Umfang der Informationen überfordernd wirken. Das breite inhaltliche Portfolio von sexualpädagogischen Beratungsstellen, das auch Verhütungsberatung umfasst, ist den Befragten weitgehend nicht bekannt. Insgesamt wird deutlich, dass Frauen viele Ressourcen aufbringen müssen, um sich umfassend über Verhütungsmethoden zu informieren, die nicht allen Frauen gleichermaßen gegeben sind.

» Kapitel 4
» Kapitel 7

Selbstbestimmte Verhütungsentscheidungen zwischen Wissen und Handlungsmöglichkeiten

Selbstbestimmte Verhütungsentscheidungen setzen neben verlässlichen Informationen und ergebnisoffener Beratung auch den Zugang zu sicheren und praktikablen hormonfreien Verhütungsalternativen voraus. Fehlen geeignete Alternativen zu hormoneller Verhütung oder sind diese wenig bekannt und schwer

zugänglich, können gewünschte und tatsächlich genutzte Verhütung auseinanderfallen und die reproduktive Selbstbestimmung einschränken. Neben der Wissensvermittlung braucht es daher auch eine Verbesserung der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit unterschiedlicher Verhütungsmethoden als strukturelle Voraussetzungen reproduktiver Selbstbestimmung.

» Kapitel 4
» Kapitel 6

Verhütung als vergeschlechtlichte Sorgearbeit

Die Verteilung der Verhütungsarbeit ist in normative Geschlechterkonstruktionen eingebettet. Verhütung umfasst neben der Anwendung eines Verhütungsmittels auch die Informationsbeschaffung, die Terminorganisation, die Auseinandersetzung mit Nebenwirkungen, die Übernahme der Kosten und die Verantwortung für das Vermeiden einer ungewollten Schwangerschaft. Verhütung erfordert materielle, zeitliche, mentale und körperliche Ressourcen, die aufgrund der gesellschaftlichen Organisation des Privaten und der Familie überwiegend von Frauen aufgebracht werden. Die strukturell auf den weiblichen Körper ausgerichtete Verfügbarkeit von Verhütungsmethoden erschwert zudem eine paritätische Aufteilung. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen, Verhütung ist in der gesamten reproduktiven Biografie als Care zu betrachten, die eng mit Geschlecht verknüpft ist (Glaser & Mannebach, 2027 i. E.). Eine selbstbestimmte Verhütungsentscheidung setzt zudem voraus, dass Frauen ihre körperbezogene Entscheidungshoheit behalten und Entscheidungen über den weiblichen Körper nicht partnerschaftlich ausgehandelt werden.

» Kapitel 8.1
» Kapitel 8.2

Kupfer- versus Hormonspirale

Sowohl die Kupfer- als auch die Hormonspirale werden vielfach als Verhütungsmethoden gewünscht. Die Entscheidung zwischen Kupfer- und Hormonspirale entsteht aus dem Zusammenspiel eigener Erfahrungen mit hormoneller Verhütung, gesundheitlicher Voraussetzungen, erwarteter Nebenwirkungen, Informationen aus dem sozialen Umfeld, Kosten und gynäkologischer Beratung. Die Kupferspirale erscheint insbesondere aufgrund ihrer Hormonfreiheit attraktiv, kann jedoch beispielsweise bei Endometriose als weniger geeignete Option wahrgenommen werden. Die Kupferspirale wird im Beratungskontext trotz geänderter WHO-Richtlinien bei jungen Frauen weiterhin meist nicht empfohlen. Die Hormonspirale wird ungeachtet einer kritischen Haltung gegenüber Hormonen teilweise aufgrund ihrer Anwendungssicherheit und der angenommenen „lokalen" Hormonwirkung als passende Alternative akzeptiert. Die Analyse zeigt zudem Informations- und Beratungsdefizite bei Spiralen. Vorgehensweisen beim Einsetzen sowie mögliche Schmerzen und Blutungen werden in der Beratung wenig thematisiert. Aufgrund hoher Einmalzahlungen bei Spiralen wird ein breiter Zugang zu dieser Verhütungsmethode teils verhindert.

» Kapitel 8.3

Kontext und Forschungsdesign

1 Einleitung 12

2 Verbreitung und Rahmenbedingungen hormoneller Kontrazeptiva 15

3 Konzeptionelle und methodische Rahmung der qualitativen Vertiefungsbefragung 23

1 Einleitung

Seit einigen Jahren lässt sich ein Wandel im Verhütungsverhalten beobachten. Die Nutzung der Pille nimmt in Deutschland kontinuierlich ab; insbesondere bei jungen Frauen ist ein deutlicher Rückgang der Verordnungen festzustellen. Vergleichbare Entwicklungen zeigen sich auch in anderen europäischen Ländern. Im vorliegenden Bericht wird in den Blick genommen, wie sich kritische Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva im biografischen Verlauf entwickeln und auf die Verhütungspraxis auswirken.

1.1 Hormonkritische Einstellungen im gesellschaftlichen Kontext

Es scheint einen deutlichen Bedeutungswandel hormoneller Verhütung im Alltagswissen von Frauen zu geben. Was über Jahrzehnte als selbstverständliche und kollektiv geteilte Praxis galt, wird zunehmend hinterfragt und neu bewertet.

> Also das fand ich auch zum Teil einen sehr krassen Kontrast von ‚Okay, wir nehmen gefühlt alle die Pille, und sind happy damit!' zu ‚Was, du nimmst noch die Pille?' *(I 05)*

Tatsächlich hat die Pille ihren Rang als meistgenutztes Verhütungsmittel gegenüber dem Kondom verloren (Scharmanski & Hessling, 2024, S. 14; AOK-Bundesverband, 2024; Hüttemann, 2024; Kramarz et al., 2022; Tschudin, 2021). Seit ihrer Einführung in den 1960er-Jahren galt die Pille als Meilenstein sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung von Frauen und veränderte familiale Lebensentwürfe nachhaltig (Helfferich, 1996, S. 215). Zugleich war hormonelle Verhütung stets gesellschaftlichen Aushandlungsprozessen unterworfen. Sie wird im Spannungsfeld zwischen einer medizinisch-technischen Tradition der Naturbeherrschung, ihrer Funktion als Instrument autonomer Lebensplanung sowie in machttheoretischen Perspektiven diskutiert, die sie als Bestandteil eines Sexualdispositivs gesellschaftlicher Zwänge innerhalb bestehender Geschlechterordnungen und neoliberaler Marktlogiken interpretieren (Hartmann, 2021, S. 12–14). Entsprechend wird die Pille im gesellschaftlichen Diskurs zwischen Liberalisierung und Pathologisierung verortet.

Der gegenwärtige Rückgang der Pillennutzung steht im Zusammenhang mit einer zunehmenden kritischen Haltung gegenüber hormonellen Verhütungsmitteln, die sich nicht nur auf die Pille, sondern auch auf andere hormonelle Kontrazeptiva bezieht (Scharmanski & Hessling, 2025, S. 7). Gesellschaftliche Entwicklungen begünstigen dabei ein Klima, in dem hormonelle Verhütung kritisch betrachtet werden und Leitbilder eines „natürlichen" Körpers und ganzheitlicher Gesundheit stärker in den Vordergrund rücken. Die gesellschaftliche Akzeptanz hormoneller Verhütung scheint vor diesem Hintergrund abzunehmen. Gerade die Pille verliert offenbar ihren Status als kollektive Selbstverständlichkeit. Diese Entwicklungen sind gesundheitspolitisch relevant, da insbesondere orale hormonelle Methoden laut Pearl-Index – die Maßzahl für die Sicherheit einer Verhütungsmethode – als sichere Verhütungsmethoden gelten.

Gleichzeitig zeigen die vorliegenden qualitativen Befunde, dass eine kritische Einstellung zu hormonellen Kontrazeptiva kein eindeutig umrissenes Phänomen ist. Kritische Einstellungen sind vielschichtig und in komplexe Wissensbestände und soziale Deutungsmuster eingebettet. Die Gestaltung von Verhütung ist eng mit gesellschaftlichen Normen, biografischen Erfahrungen und strukturellen Rahmenbedingungen verknüpft. Entscheidungen für oder gegen bestimmte Methoden entstehen nicht allein auf Grundlage medizinischer Wirksamkeit oder rein individueller Präferenzen, sondern sind eingebettet in komplexe soziale, kulturelle und geschlechtsspezifische Bedeutungszusammenhänge. Verhütung betrifft unter anderem Fragen körperlicher Selbstbestimmung, partnerschaftlicher Aushandlung und ungleicher Verteilung von Sorgearbeit. Gleichzeitig unterliegt Verhütung einem gesellschaftlichen Wandel. Öffentliche Debatten über Nebenwirkungen, Risiken und langfristige gesundheitliche Folgen hormoneller Kontrazeptiva haben ebenso an Bedeutung gewonnen wie Fragen nach reproduktiver Selbstbestimmung, Geschlechtergerechtigkeit und Zugang zu verlässlichen Informationen. Individuelle Einstellungen zu Verhütungsmethoden entwickeln sich dabei häufig im Spannungsfeld von medizinischer Beratung, persönlichen Erfahrungen und sozialen Bezugssystemen.

Bislang konzentriert sich die Forschung zu Fragen nach hormonkritischen Einstellungen vor allem auf die Bewertung der Verträglichkeit hormoneller Verhütungsmittel sowie auf Sorgen vor Nebenwirkungen auf Psyche, Körper und Sexualität. Als Einflussfaktoren für die Verbreitung kritischer Einstellungen werden insbesondere die anhaltende öffentliche Debatte um gesundheitliche Risiken, ein gestiegenes Gesundheitsbewusstsein junger Menschen sowie der Einfluss sozialer Medien diskutiert (Scharmanski & Hessling, 2022; Döring et al., 2023). Systematische Untersuchungen zum Prozess der Entwicklung von Hormonkritik fehlen bislang.

1.2 Qualitative Vertiefungsbefragung zu hormonkritischen Einstellungen

Der vorliegende Bericht fragt mit einer biografischen Perspektive nach der Entwicklung kritischer Einstellungen gegenüber hormonellen Kontrazeptiva und deren Einfluss auf die Verhütungspraxis. Untersucht wird, welche Deutungen und Wissensbestände Entscheidungen prägen, wie Verhütung im Alltag gestaltet wird und welche strukturellen Bedingungen reproduktives Handeln beeinflussen. Im Fokus stehen dabei individuelle Perspektiven, biografische Verläufe sowie gesellschaftliche Rahmungen, innerhalb derer Verhütung verhandelt, praktiziert und bewertet wird. Dazu werden die zugrundeliegenden Erfahrungsräume und Entscheidungslogiken in der Verhütungsbiografie rekonstruiert. Es wird deutlich, dass Hormonkritik eng mit Fragen von Informiertheit und dem Anspruch auf selbstbestimmte reproduktive Entscheidungen verknüpft ist.

Im Modell der „Genese kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva in der Verhütungsbiografie“ (Kapitel 4) wird die Prozesshaftigkeit von Hormonkritik in der Verhütungsbiografie aufgezeigt. Anschließend wird das breite Spektrum kritischer Einstellungen dargestellt, das die heterogenen Positionen von Hormonkritik verdeutlicht. Die Gestaltung von Verhütungspraxis bei Hormonkritik wird analysiert und die Informationsbedarfe werden dargestellt sowie der Umgang mit unterschiedlichen Informationsquellen. Zusätzlich werden weitere Aspekte reproduktiven Handelns im Kontext von Geschlechter- und Familiennormen beleuchtet. Verhütung wird dabei nicht ausschließlich als rein medizinische Praxis, sondern als sozial eingebettetes Handlungsfeld sichtbar gemacht. Die Ergebnisse liefern wichtige Ansatzpunkte für Beratungspraxis, gesundheitliche Aufklärung sowie Sexuelle Bildung und leisten einen Beitrag zur Stärkung reproduktiver Gesundheit und Selbstbestimmung von Frauen.

DER BEGRIFF „DIE PILLE“

Orale hormonelle Kontrazeptiva werden im Folgenden mehrheitlich als „Pille“ bezeichnet. Darunter fallen Kombinationspillen mit ein oder mehreren Wirkstoffen sowie die Minipille. Der alltagssprachliche Begriff „Pille“ wurde bewusst gewählt, da sich die Untersuchung primär mit lebensweltlichen Diskursen zu oralen Kontrazeptiva befasst. Zu hormonellen Kontrazeptiva insgesamt zählen in diesem Bericht neben der Pille alle verfügbaren hormonellen Präparate wie Hormonspirale oder Vaginalring. In den Interviews ist zwischen den Präparaten nicht zwangsläufig unterschieden worden.

Teilstudie im Forschungsprojekt „frauen leben 4“

Der vorliegende Forschungsbericht fußt auf einer qualitativen Vertiefungsbefragung, die Teil der Mixed-Methods-Studie „frauen leben - Familienplanung im Lebenslauf von Frauen“ ist. Die Studie wird seit 2012 in dieser Form erhoben. Die vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG), ehemals Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), finanziell geförderte Studie wurde vom Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen (SoFFI F.) an der Evangelischen Hochschule Freiburg von 2023 bis 2025 durchgeführt.

Ziel der qualitativen Vertiefungsbefragung als Teilstudie im Forschungsprojekt ist es, ein genaueres Verständnis der Entwicklung kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva im Verlauf der Verhütungsbiografie zu gewinnen und deren Bedeutung für die Verhütungspraxis aufzuzeigen.

2 Verbreitung und Rahmenbedingungen hormoneller Kontrazeptiva

Um kritische Einstellungen gegenüber hormonellen Verhütungsmitteln einordnen zu können, ist ein Blick auf deren Verbreitung und auf die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen nötig. Dazu gehört der Wandel im Verhütungsverhalten und der Rückgang der Pillennutzung in seiner zeitlichen Entwicklung. Ebenso werden die gesellschaftlichen Deutungsverschiebungen und veränderten Bewertungsmuster im Umgang mit hormoneller Verhütung beleuchtet. Die Perspektive von Verhütung als Care macht die Feminisierung von Verhütung als weitere Rahmenbedingung für den Umgang mit Kontrazeptiva sichtbar.

2.1 Rückgang der Anwendung hormoneller Kontrazeptiva

Während die Nutzung der Pille unter Mädchen und Frauen in Deutschland in den 1980er-, 1990er- und 2000er Jahren zunahm, wird neuerdings von einer „Pillenmüdigkeit" gesprochen, da immer mehr Studien rückläufige Trends in der Nutzung des oralen Kontrazeptivums aufzeigen (Scharmanski & Dinger, 2026, S. 396; Scharmanski & Hessling, 2024, S. 14; Brunner, 2024, S. 20; Döring, 2021, S. 27).

Trends aus der Studie Verhütungsverhalten Erwachsener

Die repräsentative Wiederholungsbefragung des Bundesinstitutes für Öffentliche Gesundheit forscht wiederholt zum Verhütungsverhalten Erwachsener. In der aktuellen Befragungswelle 2024 wurden 993 sexuell aktive Erwachsene zwischen 18 und 49 Jahren zum Thema Verhütung befragt (Scharmanski & Hessling, 2025). Die Studie zeigt, dass 76 % der in den letzten zwölf Monaten sexuell aktiven Befragten verhütet haben. Besonders hoch ist der Anteil bei den Jüngeren. 88 % der unter 30-Jährigen nutzen Verhütungsmittel. Die beiden am häufigsten genutzten Kontrazeptiva sind nach wie vor die Pille und das Kondom (vgl. Abbildung 1).

Allerdings lässt sich ein kontinuierlicher Wandel im Verhütungsverhalten feststellen. Bei der Pille ist seit 2018 eine deutlich rückläufige Tendenz zu beobachten, die sich seit der letzten Befragungswelle in 2023 beschleunigt hat. Während die Pille 2007 noch von etwas mehr als der Hälfte der verhütenden Personen genutzt wurde, wird sie 2023 von 38 % und 2024 nur noch von 31 % der befragten verhütenden Personen verwendet. Das sind 44 % weniger als 2007. Das Kondom hingegen wird 2024 von 51 % der Befragten verwendet und ist damit inzwischen das meistgenutzte Verhütungsmittel. 2007 lag die Nutzung des Kondoms noch bei 36 %, 2018 bereits bei 46 %. Insgesamt werden andere Kontrazeptiva deutlich weniger genutzt. Zugleich hat mit dem Rückgang der Pillennutzung die Spirale mit 15 % am stärksten zugenommen. Das ist ein Zuwachs um 50 % gegenüber 2018. Der Anstieg der Spiralnutzung fällt mit den aktualisierten WHO-Empfehlungen zusammen, die den Einsatz intrauteriner Verhütungsmethoden auch bei jüngeren Frauen grundsätzlich als medizinisch möglich einordnen (Kidula & Kiarie, 2025). Die Nutzung von Hormonspiralen (8 %) und Kupferspirale, -ketten oder -bällen (7 %) ist nahezu gleich häufig (Scharmanski & Hessling, 2025, S. 9).

In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen ist die Nutzung der Pille mit 39 % der verhütenden Personen am höchsten. Zugleich lässt sich hier der stärkste Rückgang verzeichnen. 2011 wurde sie noch von 72 % der unter 30-Jährigen genutzt. Erstmals lässt sich auch ein Rückgang der Nutzung bei den 40- bis 49-Jährigen beobachten. Seit 2011 lag der Anteil der Befragten konstant zwischen 34 % und 39 %. Die Pille dient hier häufig zur Überbrückung von perimenopausalen Beschwerden. Im Jahr 2024 sinkt diese Zahl auf 25 % (Scharmanski & Hessling, 2025, S. 8).

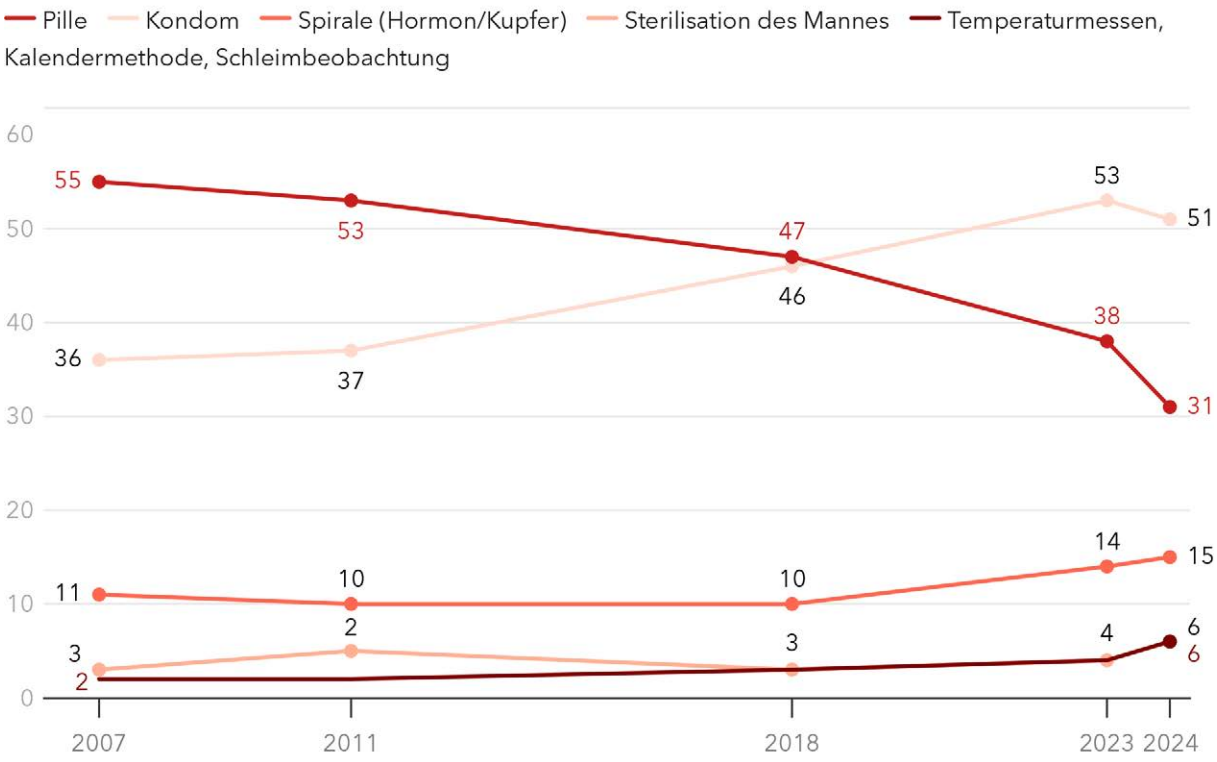
Blick auf Statistiken der Krankenkassen

Statistiken der Techniker Krankenkasse und der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) weisen seit 2015 ebenso einen Rückgang der Verordnung hormoneller Kontrazeptiva an unter 22-Jährige auf (Kramarz, 2022, S. 380). Einer Auswertung der Techniker Krankenkasse von 2020 zufolge sinkt der Anteil an jungen Frauen, die mit der Pille verhüten. Laut der Statistik der Techniker Krankenkasse erhielt nur noch ein Drittel (33 %) der 14- bis 19-jährigen weiblichen Versicherten eine Verschreibung für die Pille. 2015 waren es immerhin noch 44 %. Vor allem bei den 18- bis 19-Jährigen ist ein abnehmender Trend zu beobachten. Während 2015 insgesamt 67 % der 18-jährigen und 72 % der 19-jährigen Versicherten die Pille verordnet bekamen, waren es 2020 nur noch 50 % und 53 % (ABDA, 2021). Auch die Ergebnisse einer AOK-Analyse von 2023 bestätigen die rückläufige Tendenz. Während 2014 noch 43 % und 2020 dann 35 % der gesetzlich versicherten jungen Frauen unter 22 Jahren die Pille verordnet bekamen, waren es 2023 nur noch 25 %, d. h. jede vierte junge Frau. Zugleich bleibt bei diesen Analysen die konkrete Berechnungsgrundlage offen, da nicht ersichtlich ist, ab wann junge Frauen in diese Berechnungen einbezogen wurden. Den Analysen zufolge bleibt die Pille zwar das am häufigsten verschriebene Kontrazeptivum, hierbei lösen allerdings risikoärmere Pillenpräparate, d. h. kombinierte Pillen, die die Gestagene Levonorgestrel, Norethisteron und Norgestimat enthalten, risikoreichere Präparate ab (AOK, 2024, S. 1).

ABBILDUNG 1

Angewendete Verhütungsmittel

Frage: Benutzen Sie oder Ihr Partner / Ihre Partnerin zurzeit Verhütungsmittel oder wenden Sie Verhütungsmethoden an? Hier: Die 5 am weitesten verbreiteten Methoden



Basis: Befragte, die verhüten (2024: n = 718) | Mehrfachangaben möglich | für 2007: 20 bis 44 Jahre, danach 18 bis 49Jahre | Angaben in Prozent

Quelle: BIÖG, Datensatz „Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher", Befragung 2007, 2011, 2018, 2023, 2024

.

Ergebnisse der Studie Jugendsexualität

Blickt man auf die Zielgruppe der Jugendlichen und jungen Erwachsenen, so ist die seit 1980 wiederholt durchgeführte Repräsentativbefragung Jugendsexualität zu nennen. Hier werden Daten über die aktuelle Einstellung und das Verhalten von 14- bis 25-Jährigen aus der Bundesrepublik Deutschland zu den Themen Sexualaufklärung, Verhütung und Familie erhoben. Für die aktuelle Welle wurden im Frühjahr 2025 Analysen von 5.855 befragten Jugendlichen und jungen Erwachsenen durchgeführt (Scharmanski & Dinger, 2026).

Die Ergebnisse der aktuell 10. Welle der Studie zeigen auf, dass die Wahl des Verhütungsmittels mit dem Alter, der zunehmenden sexuellen Erfahrung der Befragten und dem Vorhandensein einer Partnerschaft zusammenhängt. Während die Jugendlichen beim ersten Geschlechtsverkehr häufiger mit dem Kondom als mit der Pille verhüten, nimmt die Nutzung der Pille mit zunehmender sexueller Erfahrung zu. Zugleich ist der rückläufige Trend der Pillennutzung erkennbar. Gaben 2014 noch 78 % und 2019 noch 65 % der Befragten in Partnerschaft an, mit der Pille zu verhüten, waren es in der aktuellen Welle 2025 nur

noch 56 %. Der Rückgang der Pillennutzung beim ersten Sexualkontakt scheint sich bei Jugendlichen jedoch nicht nennenswert fortzusetzen. Es zeigt sich eine stabile Nutzung im Vergleich zu 2019. Insgesamt sind die Pille und das Kondom die am meisten verwendeten Verhütungsmethoden für junge Menschen. Das Kondom wird allerdings häufiger genutzt als die Pille (Scharmanski & Dinger, 2026, S. 396).

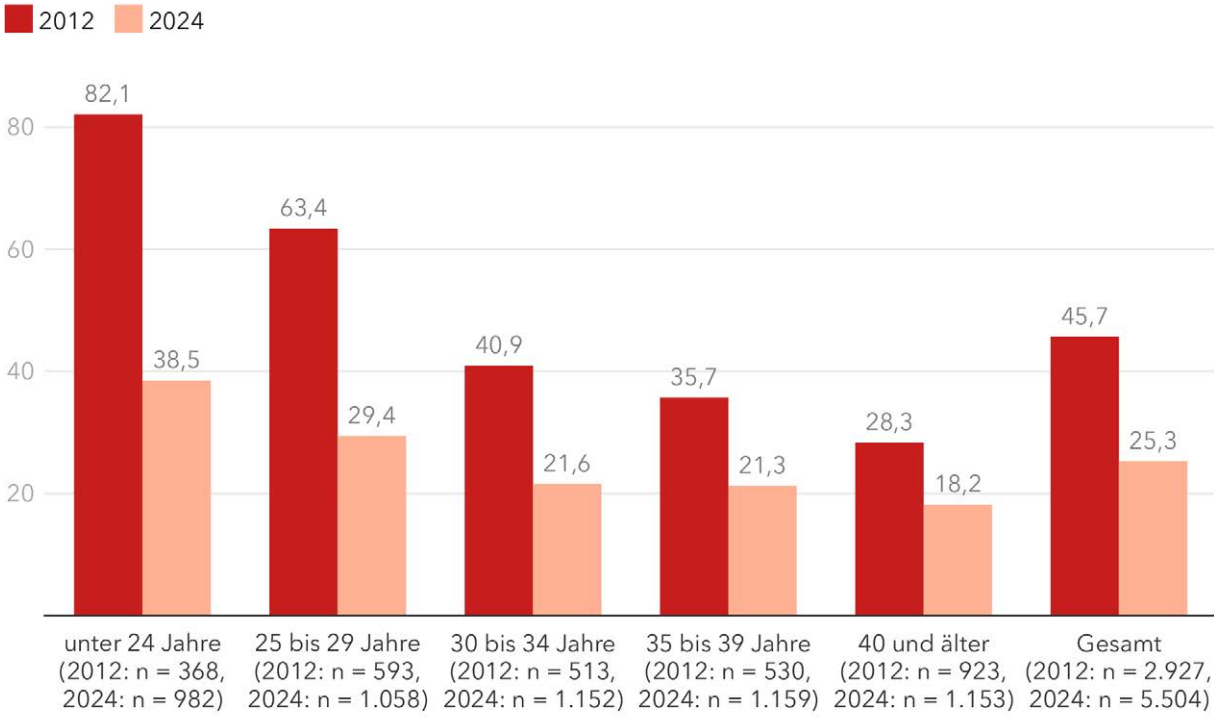
Statistische Analysen „frauen leben 4"

Die statistischen Analysen der Repräsentativbefragung der „frauen leben 4"-Studie von über 7.000 Frauen im Alter zwischen 20 und 44 Jahren belegen im Vergleich zwischen 2012 und 2024 ebenfalls einen deutlichen Rückgang der Pillenanwendung (Mannebach et al., 2026, S. 404). Gaben in der Befragung 2012 altersübergreifend noch 45,7 % der Frauen mit Verhütungsbedarf an, die Pille zu nehmen, beträgt dieser Anteil bei der Befragung 2024 nur noch 25,3 % (Abbildung 2). Der Rückgang der Pillenanwendung zeigt sich in sämtlichen Altersgruppen, ist bei jüngeren Frauen aber besonders stark. Wie aus Abbildung 2 ebenfalls deutlich wird, ist der Anteil der Frauen, die mit der Pille verhüten, umso geringer, je älter die Frauen sind.

Ungeachtet der gesunkenen Anwendungshäufigkeit hat laut den Ergebnissen der Repräsentativbefragung eine Mehrheit der jüngeren Befragten die Pille bereits selbst angewendet. Von den Geburtsjahrgängen 2000 bis 2004 wendeten 38,5 % der Frauen mit Verhütungsbedarf die Pille zum Befragungszeitpunkt an. Weitere 32,9 % hatten zu einem früheren Zeitpunkt mit der Pille verhütet und 28,4 % hatten keine eigene Erfahrung mit der Pille. Bei den älteren Geburtskohorten liegt der Anteil der Frauen ohne eigene Erfahrung mit der Pille niedriger. Hervorzuheben ist, dass der Wechsel von der Pille zu anderen Verhütungsmethoden, anders als noch zwölf Jahre zuvor, eine jüngere Alterskohorte betrifft. Die Daten zeigen, dass 71 % der 20- bis 24-jährigen Frauen mit aktuellem Verhütungsbedarf in ihrem Leben bereits die Pille genutzt haben – allerdings nutzen sie aktuell lediglich 38 % (Mannebach et al., 2026, S. 405).

ABBILDUNG 2

Anwendung der Pille nach Altersgruppen



Basis: 20- bis 44-jährige Frauen mit Verhütungsbedarf | Angaben in Prozent
Quelle: Datensätze „frauen leben 3", 2012-2020 (n = 19.027), „frauen leben 4", 2024 (n = 7.111)

2.2 Verbreitung kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva

Parallel zu den rückläufigen Zahlen der Pillennutzung lässt sich ein Anstieg kritischer Einstellung gegenüber hormonellen Kontrazeptiva beobachten. In der **Studie Verhütungsverhalten Erwachsener 2024** wird der Wandel des Verhütungsverhaltens direkt in Verbindung gebracht mit einer zunehmend kritischen Haltung zu hormoneller Verhütung. 62 % der Befragten zwischen 18 bis 49 Jahren stimmen der Aussage zu, dass „Verhütung mit der Pille oder Hormonen in anderer Form negative Auswirkungen auf Körper und Seele" hat. Im Jahr 2018 waren nur 45 % der Befragten dieser Ansicht. Der Aspekt der Gesundheitsverträglichkeit erscheint als entscheidendes Kriterium bei Verhütungsentscheidungen (Scharmanski & Hessling, 2025, S. 36). Die häufiger ablehnende Haltung bezieht sich sowohl auf die Pille als auch auf andere hormonelle Kontrazeptiva und schließt Menschen aller Altersgruppen und Geschlechter mit ein.

Wie bereits in der vorangegangenen Befragungswelle 2019 (Scharmanski & Hessling, 2022) zeigt sich auch in der **10. Welle der Studie Jugendsexualität** (Scharmanski & Dinger, 2026) eine zunehmende kritische Haltung gegenüber hormonellen Verhütungsmethoden bei jungen Menschen zwischen 14 und 25 Jahren. Der Aussage „Verhütung mit der Pille oder Hormonen in anderer Form hat negative Auswirkungen auf Körper und Seele" stimmen 76 % der Befragten voll oder teils zu. 2019 waren es noch 65 %. Die festgestellte Zunahme an Skepsis gegenüber der Gesundheitsverträglichkeit der Pille zeigt sich auch bei Frauen, die aktuell die Pille nutzen. Mehr als ein Drittel (37 %) stimmen der obigen Aussage zu. Zudem glauben 18 % der Pillennutzerinnen nicht, dass man „über Jahre hinweg unbedenklich mit Pille oder anderen hormonellen Kontrazeptiva verhüten" kann und 26 % lehnen die Aussage ab, dass „hormonelle Verhütungsmittel auch für sehr junge Mädchen geeignet" seien (Scharmanski & Dinger, 2026, S. 396–397). Konflikte zwischen Einstellung und Verhalten zeigen sich auch in Befragungen mit Erwachsenen, die plausibel darstellen, dass trotz manifester hormonkritischer Einstellungen weiterhin hormonelle Kontrazeptiva verwendet werden (Mannebach et al., 2026, S. 406; vgl. auch Kapitel 6.2).

Betracht man die statistischen Analysen der **Repräsentativbefragung von „frauen leben 4"**, zeigt sich ein enger Zusammenhang zwischen einer kritischen Einstellung zur Pille und ihrer Nichtnutzung (Mannebach et al., 2026, S. 405–406). In der Lebenslaufperspektive nimmt Verhütung mit der Pille mit fortschreitendem Alter ab, wobei dies nicht ausschließlich auf kritische Einstellungen zurückzuführen ist. Verhütung ist als Prozess biografischer Entscheidungen in unterschiedlichen Abschnitten des Lebenslaufs und im Zusammenhang mit Aspekten wie der Lebensphase, Partnerschaft, Alter oder Kinderwunsch zu betrachten (Helfferich et al., 2016, S. 65–66; Helfferich, 2017).

Die statistischen Daten der Studie „frauen leben" zeigen, dass kritische Einstellungen gegenüber der Pille bei jüngeren Befragten stärker verbreitet sind als bei älteren Jahrgängen. Knapp drei Viertel der zwischen 1995 und 2004 geborenen Frauen teilen die Meinung, dass Verhütung mit der Pille „negative Auswirkungen auf Körper und Seele" hat. Insbesondere bei vor 1985 geborenen Frauen sind diese Vorbehalte mit einem Anteil von 54,8 % weniger verbreitet. Je älter die Befragten sind, desto häufiger stimmen sie auch der Aussage zu, dass die Pille über Jahre hinweg unbedenklich angewendet werden kann.

Trotz der verbreiteten Vorbehalte gegenüber der Pille ist der Anteil an Frauen, die die Nutzung der Pille für sich aufgrund von Nebenwirkungen ausschließen, bei den jüngeren Frauen unter 25 Jahren am geringsten (54,2 %) und nimmt mit steigendem Alter bis zur Gruppe der 35- bis 39-jährigen Frauen (67,2 %) zu. Je kritischer die Einstellungen zur Pille sind, desto seltener wird sie angewendet – dieser Zusammenhang zeigt sich bei allen drei erhobenen Items (vgl. Kapitel 3.1). Frauen mit ausgeprägt kritischer Einstellung zur Pille verhüten überdurchschnittlich häufig mit Kondom, zyklusbasierten Verhütungsmethoden sowie der Kupferspirale. Der Anteil der Frauen, die trotz Bedarf keine Verhütungsmethode anwenden, ist bei kritischer Einstellung zur Pille und Ablehnung ihrer Anwendung erhöht: Mit einem Anteil von 9,1 % ist der ungedeckte Verhütungsbedarf bei Frauen, die eine

Anwendung der Pille wegen der Nebenwirkungen für sich entschieden ablehnen, signifikant höher als bei Frauen mit weniger starker Ablehnung. Eine kritische Einstellung zur Pille führt zugleich nicht durchgängig zum Verzicht auf ihre Anwendung: Frauen, die von negativen Auswirkungen der Pille auf Körper und Seele ausgehen, nutzen sie zu 16,5 % (Mannebach et al., 2026, S. 405–406).

2.3 Mögliche Gründe für steigende Hormonkritik

Die in den letzten Jahren zunehmend kritische Einstellung gegenüber hormonellen Kontrazeptiva und die höhere Bedeutung der Gesundheitsverträglichkeit könnte mit der gesamtgesellschaftlichen Diskussion und erhöhten Relevanz von Themen wie Klimaschutz, Ökologie, Nachhaltigkeit, einer ausgewogenen Work-Life-Balance sowie einer gesundheitsbewussten Lebensweise zusammenhängen (Scharmanski & Hessling, 2022). Zudem verweisen viele Studien bezüglich der Verbreitung von hormonkritischen Einstellungen auf den Einfluss von sozialen Medien (Scharmanski & Dinger, 2026, S. 398; Döring et al., 2023).

Während sich die medial negative Berichterstattung über die Pille in den 1990er- und 2000er-Jahren in erster Linie auf das erhöhte Thrombose-Risiko bezog, kam in den 2010er-Jahren, hauptsächlich ausgelöst durch zwei dänische Studien von 2016 und 2017 (Skovlus et al., 2016; 2017), die Aufmerksamkeit für ein erhöhtes Depressionsrisiko dazu (Hombach, 2022; Tschudin, 2021). Hinzu kommt der steigende Anteil von dramatisch formulierten Erfahrungen mit der Pille und aufgetretenen Nebenwirkungen in **Social Media** ohne fundierte Studien oder die Einordnung von medizinischen Fachleuten (Döring et al., 2023). Döring beschreibt in ihrer Studie zu Social-Media-Darstellungen der Pille einen zunehmenden Trend von Hashtags zum Absetzen der Pille und Storys von Influencerinnen, die ihre Erfahrungen mit der Pille und der positiven Entwicklung nach dem Absetzen veröffentlichen und damit ein breites Publikum ansprechen (Döring, 2021; Döring et al., 2023). Die zunehmende Informiertheit der jungen Frauen durch das Internet könne dazu beitragen, dass sich Frauen für andere Kontrazeptiva entscheiden und eine kritische Haltung gegenüber hormonellen Verhütungsmitteln entwickeln (AOK, 2024).

Als Gründe für die Abkehr von der Nutzung von hormonellen Verhütungsmethoden werden zudem die lange **Debatte um und Sorge vor Nebenwirkungen** genannt vor allem hinsichtlich der Psyche, Sexualität und physischer Auswirkungen sowie die Abneigung, regelmäßig Medikamente einnehmen zu müssen (Tschudin, 2021; Hartmann, 2021; Kramarz et al., 2022). Bereits 1995 führte die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – seit 2026 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) – die erste der dann fortlaufenden Studien zu Einstellungen zur Pille und Diskussion um deren befürchtete Nebenwirkungen durch (BZgA, 1995). Schon damals gab es die Befürchtung, dass die Einnahme der Pille das Risiko für eine Thrombose erhöhe (Hombach, 2022, S. 2). 2014 bis 2016 bestimmte die Notfallverhütung die Medienberichterstattung, ab 2015 kam zunehmend die Kritik an hormonellen Kontrazeptiva, in erster Linie an der Pille, und die Diskussion über hormonfreie Verhütungsalternativen hinzu (Kramarz et al., 2022). Im Jahr 2015 und in den darauffolgenden Jahren wurden mehrere Sachbücher und Filmreihen veröffentlicht, die sich kritisch mit der Pilleneinnahme auseinandersetzen, auf die Nebenwirkungen und mögliche gesundheitsgefährdende Folgen aufmerksam machten und negative Erfahrungen von Frauen wie die Entwicklung von Depressionen thematisierten (Hartmann, 2021). Basierend auf den zwei dänischen Studien veröffentlichte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) 2019 eine Warnung mit dem Hinweis auf ein möglicherweise durch die Einnahme hormoneller Kontrazeptiva bedingtes erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko, welche inzwischen auch in die Packungsbeilagen entsprechender hormoneller Kontrazeptiva aufgenommen wurde. Die Studien wiesen vor allem bei 15- bis 19-Jährigen ein leicht erhöhtes Depressions- und Suizidrisiko auf,

welches mit dem Alter und einer längeren Dauer der Einnahme sank. Kritisiert wurde an den Studien jedoch, dass sich anhand der Ergebnisse nicht eindeutig ableiten lasse, ob die erhöhten Risiken durch die Pille oder andere Lebensumstände bedingt waren (Hombach, 2022; Tschudin, 2021).

Weitere mögliche Einflussfaktoren für kritische Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva werden anhand des Modells zur „Hormonkritik in der Verhütungsbiografie" im Verlauf des Berichts vorgestellt (vgl. Kapitel 4).

2.4 Feminisierung der Verhütung

Ein geschlechtersoziologischer Zugang zur Einordnung von Verhütungspraxis versteht Verhütung als Form von Sorgearbeit. Das Private und Familienarbeit sind weiblich codiert (Speck, 2022; Jurczyk & Thiessen, 2020, S. 31). Auch die Familienplanung über Verhütung und die damit verbundene Verantwortung für die Gestaltung reproduktiver Lebensverläufe kann als Sorgearbeit verstanden werden (Glaser & Mannebach, 2027 i. E.). Diese Verantwortung wird ebenfalls gesellschaftlich feminisiert. Verhütung erscheint als eine Form vergeschlechtlichter Sorgearbeit, die neben dem Mangel an sicheren Verhütungsmethoden für Männer nicht zuletzt auch durch die Verantwortung für die Konsequenzen einer unbeabsichtigten Schwangerschaft internalisiert wird.

DER BEGRIFF CARE

Care umfasst „den gesamten Bereich weiblich konnotierter, personenbezogener Fürsorge und Pflege, d. h. familialer und institutionalisierter Aufgaben der Versorgung, Erziehung und Betreuung und stellt sowohl eine auf asymmetrische Beziehungen beruhende Praxisform als auch eine ethische Haltung dar" (Brückner, 2010, S. 43). Care ist das „Kernelement von Familien" (Jurczyk & Thiessen, 2020, S. 124). Der Begriff Care wird im Folgenden als sozialwissenschaftliche Analysekategorie verwendet, die gesellschaftlich notwendige Sorgepraktiken umfasst (Brückner, 2010, S. 43). Sorgearbeit bezeichnet dabei die konkreten Tätigkeiten und Verantwortungsübernahmen, die in diesem Zusammenhang geleistet werden.

Anne Rauber (2024) untersucht in der Studie „Caring Girlhood" Verhütung als Sorgearbeit von Mädchen. Rauber zeigt auf, dass Mädchen aus biologischen und anatomischen Differenzen sowie aus gesellschaftlichen Geschlechternormen eine primäre Verhütungsverantwortung von Frauen ableiten. Verhütung erscheint dabei als „natürliche" weibliche Aufgabe (Rauber, 2024, S. 233). Auch Katharina Lorenz (2022) betont, dass Verantwortungszuschreibungen eng damit verknüpft sind, wessen Körper unmittelbar von Verhütungsmaßnahmen betroffen ist. Emilia Roig (2023) verweist ergänzend darauf, dass der Großteil der gegenwärtig verfügbaren Kontrazeptiva für Frauen konzipiert ist, obwohl Männer biologisch betrachtet über lange Lebensphasen hinweg zeugungsfähig sind. Für Männer beschränken sich die Optionen im Wesentlichen auf Kondome und Vasektomien (Lorenz, 2022; Roig, 2023; Zitzmann, 2026). Seit den 1990er-Jahren wurde zwar an einer „Pille für den Mann" geforscht, entsprechende Projekte wurden jedoch aufgrund berichteter Nebenwirkungen und mangelnder Nachfrage eingestellt. Roig arbeitet hierbei ein Paradox heraus. Nebenwirkungen wie Depressionen, Libidoveränderungen oder Stimmungsschwankungen werden Frauen seit Einführung der Pille zugemutet, ohne dass dies zu einem vergleichbaren Infragestellen ihrer Nutzung geführt hätte. Die bestehende Auswahl an Verhütungsmitteln führt somit zu einer strukturellen Ungleichverteilung, da Frauen den Großteil praktischer Verhütungsarbeit tragen (Roig, 2023, S. 182).

Rauber und Lorenz verdeutlichen darüber hinaus, dass Frauen erhebliche zeitliche, finanzielle, relationale und kognitive Ressourcen in Verhütung investieren. Dies

betrifft die Auswahl geeigneter Methoden, das Erlernen korrekter Anwendung sowie die kontinuierliche Durchführung der Verhütung und die psychischen wie physischen Konsequenzen bei Nebenwirkungen. Insbesondere der Verschreibungsprozess hormoneller Kontrazeptiva ist zeitaufwendig, während alternative Methoden häufig zusätzliche Informations- und Durchsetzungsarbeit gegenüber der gynäkologischen Praxis erfordern (Rauber, 2024, S. 219–223; Lorenz, 2022, S. 294–295). In diesem Zusammenhang kritisiert Lorenz die ungleiche Verteilung des sogenannten Mental Loads, also jener unsichtbaren Planungs-, Organisations- und Reflexionsleistungen, die notwendig sind, um Verhütung dauerhaft sicherzustellen. Der Umfang dieser mentalen Arbeit variiert danach, ob sich Personen lediglich situativ beteiligen oder aktiv Verantwortung für Planung und Organisation übernehmen (Lorenz, 2022, S. 295). Roig ergänzt diese Perspektive um die emotionale Dimension von Verhütungsverantwortung. Sie beschreibt die weit verbreitete Sorge vieler Frauen vor ungewollten Schwangerschaften und die damit verbundene kontinuierliche kognitive Auseinandersetzung mit Risiken, Optionen und Konsequenzen. Hinzu kommen zusätzliche Belastungen wie Schwangerschaftsabbrüche bei Versagen der Methode sowie regelmäßige gynäkologische Untersuchungen. Diese Form permanenter Verantwortungsübernahme wird gesellschaftlich als selbstverständlicher Bestandteil weiblicher Sexualität betrachtet. Dazu zählt häufig auch die finanzielle Eigenverantwortung für Verhütungsmittel, insbesondere für hormonelle Präparate (Rauber, 2024, S. 218–221; Roig, 2023). Diese finanzielle Last der Verhütungsverantwortung tragen auch Frauen in festen Partnerschaften überwiegend alleine (Glaser, 2025, S. 36; vgl. auch Kapitel 8.2).

Zur **Stärkung reproduktiver Selbstbestimmung** wird eine verbesserte Zugänglichkeit zu alternativen Verhütungsmethoden, eine gerechtere Verteilung der Verantwortung zwischen den Geschlechtern sowie verstärkte Forschung zu männlichen Kontrazeptiva gefordert (Zitzmann, 2026, S. 415–416). Darüber hinaus bedarf es sexualpädagogischer Konzepte, die bestehende Ungleichverteilungen thematisieren und gesellschaftliche Räume öffnen, in denen Mädchen und Frauen ihre Erfahrungen, Ängste und Forderungen artikulieren können (Rauber, 2024). Diese Forderungen knüpfen an feministische Debatten an, die seit Jahrzehnten eine gleichberechtigte Verteilung von Verhütungsverantwortung und eine breitere Methodenvielfalt fordern. Ergänzend wird gefordert, Sexualbeziehungen stärker im Kontext gesellschaftlicher Machtverhältnisse zu analysieren, um sichtbar zu machen, in welchem Umfang Verantwortung für Verhütung tatsächlich geteilt wird und wie in Partnerschaften alltägliche Herausforderungen gemeinsam getragen werden (Rauber, 2024; Lorenz, 2022).

Anna Rauber (2024) hat bereits Verhütung als Sorgearbeit von Mädchen identifizieren können. Mit den vorliegenden Ergebnissen (vgl. Kapitel 8.1) kann gesagt werden, Verhütung ist in der gesamten reproduktiven Biografie als Sorgearbeit zu betrachten, die eng mit Geschlecht verknüpft ist (Glaser & Mannebach, 2027 i. E.). In weiteren Ausarbeitungen wird dieser Befund differenziert ausformuliert (Glaser & Mannebach, 2027 i. E.).

3 Konzeption und Methodik der qualitativen Vertiefungsbefragung

Die Studie „frauen leben – Familienplanung im Lebenslauf“ ist eine wiederkehrende Mixed-Methods-Befragung von Frauen zwischen 20 und 44 Jahren in unterschiedlichen Bundesländern. Sie wird vom Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (vormals BZgA) finanziell gefördert. Die erste Erhebungsrunde wurde inhaltlich vom Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen (SoFFI F.) an der Evangelischen Hochschule Freiburg von 2023 bis 2025 durchgeführt.

Die Ausführungen beziehen sich auf Befragungen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen. Auf Basis einer breit angelegten Repräsentativbefragung wurde die hier präsentierte qualitative Teilstudie konzipiert.

3.1 Methodische Hinweise

Die repräsentative Stichprobe bildet die Grundlage für das Sample der qualitativen Teilstudie. Die nachfolgenden Hinweise beschränken sich auf die methodischen Zugänge der Repräsentativbefragung, auf deren Basis das vorliegende qualitative Teilprojekt konzipiert werden konnte. Eine ausführliche Beschreibung des Studiendesigns, speziell auch der Repräsentativbefragung, findet sich in den Länderberichten (vgl. Knittel & Olejniczak, 2026). Der Schwerpunkt wird an dieser Stelle auf die verwendeten Methoden der qualitativen Studie gelegt.

Repräsentative Befragung und statistische Auswertungen

Grundlage der Studie und quantitative Datenbasis von „frauen leben 4" bildet eine repräsentative Befragung von N = 7.111 im Juni und Juli 2024 befragten Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren aus den in alphabetischer Reihenfolge aufgelisteten Bundesländern Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen. Als Stichprobe wurde in einem zweistufigen Verfahren eine Zufallsauswahl von Einwohnermeldeamts-Adressen gezogen. Insgesamt wurden 24.750 Frauen der Altersgruppe postalisch zur Teilnahme eingeladen. Die Befragung, die ein breites Themenspektrum zu Familienplanung, sozialer Situation, Geburten, Schwangerschaftsabbrüchen und Verhütung umfasste, erfolgte mittels Online-Selbstausfüllerbogen. Die technische und administrative Umsetzung der Befragung erfolgte durch das Institut infas GmbH in Bonn. Die inhaltliche Entwicklung des Fragebogens sowie die statistischen Analysen wurden vom SoFFI F. durchgeführt. Die teilnehmenden Frauen erhielten im Nachgang ein Incentive in Höhe von 20 Euro, ab zwei Schwangerschaften 30 Euro. Die Rücklaufquote der Befragung lag bei 28,7 %.

Die Datensätze wurden nach den Kriterien bundeslandspezifische Bevölkerungszahl, Altersgruppe, Haushaltsgröße und höchster allgemeinbildender Schulabschluss auf Grundlage des Mikrozensus 2023 gewichtet. Sämtliche Auswertungen zur Anwendungshäufigkeit der Pille in Kapitel 2 beziehen sich auf die Teilgruppe der heterosexuell aktiven Frauen ohne aktuellen Kinderwunsch, die sich selbst und ihre Sexualpartner als fertil einschätzen (n = 5.579). Bei diesen Frauen kann ein Verhütungsbedarf angenommen werden und im Fall der Nichtanwendung von Verhütungsmethoden ein ungedeckter Verhütungsbedarf, hinter dem verschiedene Motivlagen stehen können (Helfferich et al., 2021, S. 1413). Tabelle 1 zeigt die Stichprobenbeschreibung.

Für einen Zeitvergleich zur Anwendung der Pille werden zusätzlich Daten der Studie „frauen leben 3" herangezogen, bei der im Jahr 2012 insgesamt n = 4.002 Frauen (darunter n = 2.927 mit Verhütungsbedarf) im Alter zwischen 20 und 44 Jahren in den gleichen vier Bundesländern telefonisch befragt worden sind (Helfferich et al., 2016).

Die statistischen Auswertungen wurden mit SPSS 29 durchgeführt. Sie umfassen deskriptive bivariate Auswertungen und Zusammenhangsanalysen. Zusammenhänge wurden mittels Chi²-Tests geprüft und deren Stärke mit Cramer V ausgewiesen. Das Signifikanzniveau wurde auf $\alpha = 0{,}05$ festgelegt. Prozentangaben in Tabellen werden mit 95 %-Konfidenzintervallen berichtet.

TABELLE 1

Soziodemografische Merkmale der quantitativen Stichprobe

	Stichprobe ungewichtet	Stichprobe gewichtet	Anteil in %
Alter	n = 5.579	n = 5.504	100
20 bis 24 Jahre	934	983	17,9
25 bis 29 Jahre	1.128	1.058	19,2
30 bis 34 Jahre	1.102	1.152	20,9
35 bis 39 Jahre	1.195	1.159	21,1
40 bis 44 Jahre	1.220	1.153	21,0
Bildung	n = 5.579	n = 5.505	100,1
niedrig	195	713	12,9
mittel	1.311	1.585	28,8
hoch	4.073	3.206	58,3
in fester Beziehung/verheiratet	n = 5.579	n = 5.504	100
ja	4.546	4.432	80,5
nein	1.033	1.072	19,5
Kinder	n = 5.579	n = 5.504	100
keine Kinder	3.037	2.876	52,3
1 Kind	885	865	15,7
2 oder mehr Kinder	1.657	1.763	32,0
Bundesland*	n = 5.579	n = 5.504	100
Baden-Württemberg	1.550	2.298	41,7
Berlin	1.135	902	16,4
Niedersachsen	1.488	1.583	28,8
Sachsen	1.406	721	13,1

* Bundesländer in alphabetischer Reihenfolge

Basis: 20- bis 44-jährige Frauen mit Verhütungsbedarf | Darstellung: Prozentangaben bezogen auf gewichtete Daten | Abweichungen in den gewichteten n-Angaben und in der Summe von 100 % sind rundungsbedingt

Quelle: Datensatz „frauen leben 4", 20- bis 44-jährige Frauen, Befragung 2024

Qualitative Interviews und Analyse

Es wurden 20 heterosexuelle Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren mit kritischer Einstellung zu hormonellen Kontrazeptiva aus der Repräsentativbefragung ausgewählt. Die Erhebung erfolgte mit narrativen, teilstrukturierten Interviews, die inhaltsanalytisch und hermeneutisch-rekonstruktiv mit dem Integrativen Basisverfahren ausgewertet wurden (Kruse, 2015).

Mit der Frage, wie sich kritische Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva im biografischen Verlauf entwickeln und gestalten, wird das Erleben der Verhütungsbiografie sowie die Verhütungspraxis von Frauen fokussiert. Ziel dieser Untersuchung ist es, ein genaueres Verständnis der Entwicklung kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva im Verlauf der Verhütungsbiografie zu gewinnen sowie deren Folgen für die Verhütungspraxis aufzuzeigen.

Die 20 Teilnehmerinnen der qualitativen Teilstudie wurden kriteriengeleitet nach Alter und mittels folgender drei, an Befragungen des BIÖG zum Verhütungsverhalten Erwachsener (Scharmanski & Hessling, 2024, S. 35) angelehnten Screening-Items zur kritischen Einstellung gegenüber der Anwendung der Pille in der Repräsentativbefragung ausgewählt:

- „Verhütung mit der Pille hat negative Auswirkungen auf Körper und Seele“
- „Verhütung mit der Pille kann man unbedenklich über Jahre hinweg anwenden“
- „Für mich persönlich kommt es wegen der Nebenwirkungen nicht (mehr) in Frage, mit der Pille zu verhüten“.

Die Antwortkategorien waren hierbei jeweils: 1 „stimme vollkommen zu“ / 2 „stimme eher zu“ / 3 „teils-teils“ / 4 „stimme eher nicht zu“ / 5 „stimme überhaupt nicht zu“. Das genaue Vorgehen bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen ist in der ausführlichen Beschreibung des qualitativen Samples in Tabelle 2 dargelegt. Bei der Auswahl der Teilnehmerinnen wurde systematisch auf die Variierung nach dem Bundesland sowie weiterer, in der Samplebeschreibung ausgewiesener soziodemografischer Merkmale geachtet (vgl. zur Operationalisierung des Bildungsindikators Tabelle 7 in Knittel & Olejniczak, 2026). Eingeschlossen wurden ausschließlich Frauen mit zum Befragungszeitpunkt gedecktem oder ungedecktem Verhütungsbedarf.

Als **starke Ablehnung** wurde gewertet (Tabelle 2), wenn im standardisierten Fragebogen:

- die Fragen „Für mich persönlich kommt es wegen der Nebenwirkungen nicht (mehr) in Frage, mit der Pille zu verhüten“ und „Verhütung mit der Pille hat negative Auswirkungen auf Körper und Seele“ mit „stimme vollkommen zu“ und
- gleichzeitig die Frage „Verhütung mit der Pille kann man unbedenklich über Jahre hinweg anwenden“ mit „stimme überhaupt nicht zu“ beantwortet wurden.

Als **gemäßigte Ablehnung** wurden alle weiteren Fälle gewertet, bei denen den ersten beiden Fragen teilweise, eher oder vollkommen zugestimmt und die dritte Frage teilweise, eher oder vollkommen abgelehnt wurde.

SCHREIBWEISE BIOGRAPHIE – BIOGRAFIE

Die qualitative Teilstudie ist inhaltlich und methodologisch an die Biographieforschung angebunden. Im vorliegenden Bericht wird die Schreibweise „Biografie“ bzw. „biografisch“ verwendet. Damit folgt die Publikation der Duden-Empfehlung einer einheitlichen, gut zugänglichen Rechtschreibung. Die orthografische Entscheidung berührt nicht die fachliche Verortung der Studie.

TABELLE 2

Sample der qualitativen Teilstudie nach Alter

Einstellung zur Anwendung der Pille	Anzahl	Anwendung der Pille	Anzahl
unter 25 Jahre (n = 6)			
starke Ablehnung	4	nicht mehr, aber früher	2
		noch nie	2
		aktuelle Anwendung	0
gemäßigte Ablehnung/Bedenken	2	nicht mehr, aber früher	0
		noch nie	0
		aktuelle Anwendung	2
25 bis unter 35 Jahre (n = 7)			
starke Ablehnung	2	nicht mehr, aber früher	2
		noch nie	0
		aktuelle Anwendung	0
gemäßigte Ablehnung/Bedenken	5	nicht mehr, aber früher	3
		noch nie	1
		aktuelle Anwendung	1
35 Jahre und älter (n =7)			
starke Ablehnung	5	nicht mehr, aber früher	5
		noch nie	0
		aktuelle Anwendung	0
gemäßigte Ablehnung/Bedenken	2	nicht mehr, aber früher	2
		noch nie	0
		aktuelle Anwendung	0

Basis: Frauen mit kritischer Einstellung gegenüber der Anwendung der Pille (n = 20) | Im Sample eingeschlossen waren dabei: nach Bundesland: n = 5 Befragte aus Baden-Württemberg, n = 4 aus Berlin, n = 6 aus Niedersachsen, n = 5 aus Sachsen | nach Bildungsstand: n = 8 hoch, n = 5 höher, n = 6 mittel, n = 1 niedrig | nach Parität: n = 11 kinderlose Frauen, n = 9 Frauen mit leiblichen Kindern | nach Migrationshintergrund: n = 16 ohne Migrationshintergrund, n = 4 mit Migrationshintergrund

Quelle: Datensatz „frauen leben 4“, 20- bis 44-jährige Frauen, Befragung 2024

Für die als narrative Interviews angelegte Erhebung wurde ein Leitfaden mit Erzählimpulsen (Helfferich, 2011, S. 178–189) entwickelt und im Rahmen von vier Probeinterviews getestet und überarbeitet. Eine wesentliche Weiterentwicklung war die thematische Ausweitung von einer kritischen Einstellung gegenüber der Pille auf hormonelle Kontrazeptiva allgemein. Diese breitere Perspektive liegt auch anderen Studien zugrunde (Scharmanski & Dinger, 2026; Scharmanski & Hessling, 2024). Insgesamt wurden 20 durchschnittlich 45-minütige Interviews in Form von Online-Videotelefonaten geführt. Sämtliche Befragten wurden vor dem Interview datenschutzrechtlich aufgeklärt. Von allen befragten Frauen liegt eine Einwilligung gemäß DSGVO vor. Die aufgezeichneten Interviews wurden transkribiert und anonymisiert.

Inhaltsanalyse: In einem ersten Auswertungsschritt wurde eine inhaltlich strukturierende, kategorienbildende Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2024) mit dem Ziel durchgeführt, relevante Themenbereiche in diesem Komplex herauszuarbeiten. So konnte ein systematischer Überblick über thematische Schwerpunkte innerhalb der Interviews im biografischen Verlauf gewonnen werden. Die Kategorienbildung erfolgte deduktiv anhand der forschungsleitenden Fragen und wurde durch das Datenmaterial induktiv erweitert. Themenbezogene Fallzusammenfassungen und Kernaussagen der Analysen wurden zu Themenclustern gebündelt. Für das Forschungsinteresse zentrale Passagen oder Passagen mit erkennbarer Manifestation von Irritationen wurden für die sequenzielle Feinanalyse ausgewählt.

Sequenzielle Feinanalyse: Um latente Sinnstrukturen und subjektive Sinngebungen in reproduktiven Biografien zu verstehen sowie zentrale Motive und Thematisierungsregeln der Befragten zu rekonstruieren, wurden an ausgewählten Textstellen sequenzielle Feinanalysen durchgeführt. Grundlage ist das von Helfferich & Kruse (2007) konzeptionierte und von Kruse (2015) weiterentwickelte integrative Basisverfahren (IB), das ein rekonstruktiv-hermeneutisches Programm darstellt, welches sich diverser Ansätze wie der Wissenssoziologie Karl Mannheims und methodisch-methodologisch der Grounded Theory bedient (Helfferich & Kruse, 2007; Helfferich, 2012a). Eine intersubjektive, sequenzielle Auswertung erfolgte in Interpretationsgruppen mit Fokus auf Analyseheuristiken wie der Agency-, Metaphern- und Positioning-Analyse (Kruse, 2015, S. 492–503). Ziel war, das subjektive Erleben und Deutungsmuster zu hormonellen Kontrazeptiva sowie die Agency der interviewten Frauen in ihren Möglichkeitsräumen offen zu rekonstruieren.

DAS KONZEPT AGENCY

Agency ist ein aus der (amerikanischen) Erzähltheorie und Gesprächsanalyse stammendes Konzept und meint die kognitive Repräsentation der eigenen Handlungs- und Wirkmächtigkeit. Das heißt, das Konzept erfasst die subjektiven Vorstellungen, die Menschen davon haben, wer – oder was – wo und wie zum Zustandekommen von Ereignissen beiträgt (Lucius-Hoene & Deppermann, 2002, S. 59; Kruse, 2015, S. 493).

Im vorliegenden Bericht wird mit der Agency-Analyse die subjektive Wahrnehmung der „eigenen (Nicht-) Beteiligung am Zustandekommen von Ereignissen" (Kruse, 2015, S. 494) herausgearbeitet. Das von Kruse beschriebene Vollprogramm wird abgekürzt und für ausgewählte Textpassagen mit inhaltlichen Relevanzen oder sprachlichen Auffälligkeiten angewendet.

Die qualitative Analyse erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Die qualitativen Interviews mit Frauen aus vier Bundesländern dienen der Illustration der Lebenskontexte von Frauen mit kritischer Einstellung gegenüber hormoneller Verhütung. Als exploratives Verfahren ermöglicht sie, in der Lebenswelt wirksame Strukturen und Wissensbestände systematisch und begründet zu rekonstruieren und damit neue Erklärungsansätze zu gewinnen. Aussagen über die Reichweite der Analyseergebnisse können und sollen nicht getroffen werden. Der Gewinn liegt in dem Einblick in die Vielfalt an Phänomenen, die hinter den statistischen Zahlen stehen.

3.2 Biografische Perspektive auf reproduktives Handeln

Die Studie ergänzt bisherige Forschungen um eine biografische Perspektive. Mit der biografischen Perspektive, auch Lebenslaufperspektive genannt (Helfferich et al., 2016, S. 65; Helfferich, 2017, S. 85–93), als zugrundeliegendem Paradigma der Studie, wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich Vorstellungen zu Verhütung, Partnerschaft, Familienplanung in der reproduktiven Biografie in Abhängigkeit von spezifischen Lebenslagen durchaus ändern können. Familienplanung wird in der gesamten Studienreihe „frauen leben" über die Aspekte der Verhütung und der absichtsvollen „Planung" von Kindern als Gestaltung der privaten Lebensformen sowohl mit als auch ohne Kinder verstanden.

In der qualitativen Untersuchung werden die reproduktiven Biografien der interviewten Frauen rekonstruiert, insbesondere wann und in welchen biografischen Situationen sie welche Erfahrungen mit hormoneller Verhütung gemacht haben und welche Motive und Wissensbestände einer kritischen Einstellung zu hormonellen Kontrazeptiva zugrunde liegen. Die Studie fokussiert damit die **subjektive Seite der Familienplanung**, das heißt

- Wünsche an Verhütung,
- Methodenwechsel,
- Körpererfahrungen sowie
- die alltägliche Verhütungspraxis.

In Anlehnung an Helfferich wird hier **Verhütung als biografisches, reproduktives Handeln** verstanden, das auf biografischem Wissen basiert, gesellschaftlich gerahmt ist und sich prozesshaft über Entscheidungen, Anwendung und mögliche Methodenwechsel in den Biografien sequenziell entfaltet (Helfferich et al., 2016, S. 115). Verhütungsentscheidungen entstehen nicht als rein individuelle Präferenzen, sondern in biografisch, historisch und sozial strukturierten Möglichkeitsräumen, die von Geschlechterverhältnissen, Normen und institutionellen Praktiken – etwa der Verschreibungspraxis – geprägt sind. Das gesellschaftliche Postulat einer sicheren Verhütung für junge Frauen und die Normen für das „richtige" Alter der Familienplanung werden Alter- und Sequenzregeln genannt (Helfferich et al., 2016). Diese Rahmenbedingungen beeinflussen sowohl die Verschreibungspraxis als auch die Wahl des Verhütungsmittels zu Beginn der Verhütungsbiografie (vgl. Kapitel 4.1). Die Pille gilt bei korrekter Anwendung als sehr sicheres Kontrazeptivum und wird gerade zu Beginn der Verhütungsbiografie oft als Mittel der Wahl verordnet und ist auch seitens der Patientinnen erwünscht. Das heißt Alters- und Sequenzregeln normieren reproduktives Handeln und bestimmen das richtige (Mindest-)Alter und weitere biografische Voraussetzungen (z. B. „erst Ausbildung, dann Kind") für eine Familiengründung (Helfferich, 2017, S. 171–173). Dies führt bei Frauen in jüngerem Alter und in der Verschreibungspraxis zu hohen Anforderungen an die Sicherheit der Verhütungsmethoden.

Die institutionelle Einbettung des Übergangs in die Verhütungsbiografie junger Frauen in das medizinische System führt dazu, dass in den Interviews vor allem von der Pille gesprochen wird. Diese wird standardmäßig zu Beginn der Verhütungsbiografie verschrieben (vgl. Kapitel 4.1). Vor diesem skizzierten Hintergrund ist es zielführend, die Agency der Frauen einzubeziehen. Mithilfe der biografischen Perspektive kann Agency als veränderliche, sequenzielle Leistung in narrativen Kontexten reproduktiven Handelns innerhalb der Verhütungsbiografie rekonstruiert werden (Helfferich, 2017). Unter einer biografischen Perspektive können Aufschlüsse darüber gewonnen werden,

- in welchen biografischen Phasen kritische Einstellungen gegenüber hormoneller Kontrazeption ausgebildet werden und
- wie sich dieser Prozess im Kontext der Erfahrungsaufschichtung (Kruse, 2015) und des normativen Rahmens reproduktiver Biografien gestaltet.

UMGANG MIT INTERVIEWZITATEN

Die vollständig anonymisierten Zitate sind im vorliegenden Text geglättet dargestellt, um eine bessere Lesbarkeit zu gewährleisten. Durchgehend großgeschriebene Wörter innerhalb der Zitate kennzeichnen eine besondere Betonung auf dem Wort.

Empirische Ergebnisse

4 Modell Hormonkritik in der Verhütungsbiografie 32

5 Spektrum hormonkritischer Einstellungen 42

6 Gestaltung der Verhütungspraxis bei Hormonkritik 51

7 Auseinandersetzung mit Informationsquellen 57

8 Weitere Aspekte reproduktiven Handelns 64

4 Modell Hormonkritik in der Verhütungsbiografie

Im Zentrum der qualitativen Analysen steht die Frage, wie sich kritische Einstellungen gegenüber hormonellen Kontrazeptiva im Verlauf der Verhütungsbiografie entwickeln und welche subjektiven Deutungs- und Erfahrungsprozesse dieser Entwicklung zugrunde liegen. Die Entstehung von Hormonkritik wird als biografischer Prozess rekonstruiert, in dem individuelle Erfahrungen, Wissensbestände, soziale Kontexte und strukturelle Rahmenbedingungen ineinandergreifen.

„Also ich weiß noch, dass (…) da mehr oder weniger **über mich entschieden** wurde“

„Bei jeder Frauenärztin, bei der ich war, hieß es immer: ‚**Pille, Pille, Pille**‘“

„Ich habe **mit 14** angefangen, die Pille zu nehmen“

Kritische Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva sind selten auf ein einzelnes Ereignis zurückzuführen, sondern bilden sich schrittweise im Zusammenspiel unterschiedlicher Erfahrungen und Informationsquellen heraus und können sich im weiteren Verlauf der Verhütungsbiografie verändern.

Als zentral für die Genese kritischer Einstellungen erweist sich dabei das Wechselverhältnis von **Information und Agency**. Informationen werden in den verschiedenen Phasen der Verhütungsbiografie aus unterschiedlichen Quellen bezogen, unter anderem aus der Beratung in gynäkologischen Praxen, aus eigenen oder Fremderfahrungen mit Nebenwirkungen im sozialen Umfeld oder in sozialen Medien sowie aus anderen medialen Diskursen, Fachliteratur und Onlinequellen. Ob und wie diese Informationen handlungsrelevant werden, hängt wesentlich davon ab, in welchem Maße Frauen sich als informiert, entscheidungsfähig und selbstbestimmt erleben. Hormonkritik entsteht demnach nicht allein durch die Verfügbarkeit von Wissen, sondern durch dessen biografische Einordnung und Verarbeitung im Kontext eigener Erfahrungen und Handlungsmöglichkeiten.

Inhaltsanalytisch lassen sich hierfür **zentrale Themenfelder** in den verschiedenen Phasen der Verhütungsbiografie identifizieren, darunter „Informationen", „Pille als Standardprogramm", „Nebenwirkungen", „Methodenwechsel" oder „Hormone trotz Unerwünschtheit". Die feinanalytische Rekonstruktion der Interviews macht zudem wiederkehrende subjektive Motive und Positionierungen in den verschiedenen biografischen Sequenzen sichtbar wie „Schuld und Scham", „Vertrauensbruch", „Unsicherheit", „Alternativlosigkeit" oder „die Distanzierung vom früheren Selbst", die den Prozess der Entwicklung kritischer Einstellungen strukturieren.

Die Ergebnisse der inhalts- und feinanalytischen Auswertung werden zu einem prozesshaften Erklärungsmodell verdichtet. **Das Modell der Genese kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva in der Verhütungsbiografie** (Abbildung 3), im Folgenden kurz als „Modell Hormonkritik in der Verhütungsbiografie" bezeichnet, integriert die zentralen empirischen Befunde und rekonstruiert die Entwicklung kritischer Einstellungen als biografischen Prozess. Es dient dazu, die verschiedenen Einflussfaktoren, Erfahrungen und subjektiven Deutungen in ihrem zeitlichen Zusammenhang sichtbar zu machen und aufzuzeigen, wie sich Hormonkritik im Verlauf reproduktiver Biografien entwickelt, verändert oder verfestigt.

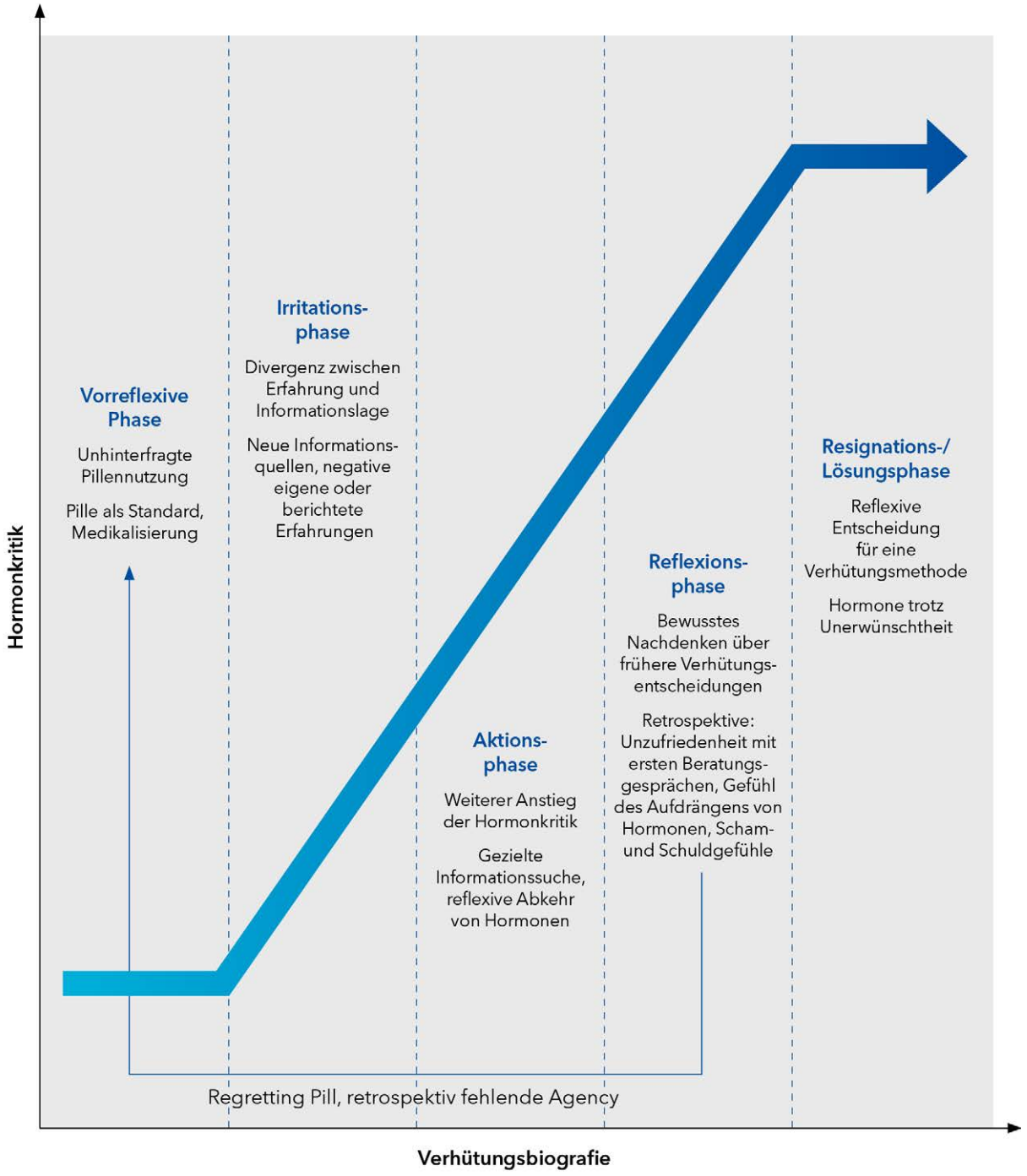
Das Modell umfasst fünf analytisch voneinander unterscheidbare Phasen in der Verhütungsbiografie. Diese orientieren sich an biografischen Übergängen und Entscheidungssituationen, die sich in den Interviews über die Einzelfälle hinweg rekonstruieren lassen. Die Phasen beschreiben den Weg von der ersten Auseinandersetzung mit Verhütung und dem häufig selbstverständlichen Einstieg in die hormonelle Kontrazeption über erste Irritationen und Erfahrungen mit Nebenwirkungen bis hin zu einer aktiven Neubewertung hormoneller Verhütung und möglichen Veränderungen des Verhütungsverhaltens. Dabei werden sowohl individuelle Erfahrungen als auch soziale Beziehungen, medizinische Beratung, mediale Diskurse und gesellschaftliche Deutungsmuster als Einflussgrößen berücksichtigt.

Das Modell ist nicht als starr und universell gültig zu verstehen. Vielmehr handelt es sich um ein **analytisches Strukturmodell**, das typische Muster der Entstehung von Hormonkritik zusammenfasst. Nicht alle Frauen durchlaufen sämtliche Phasen in gleicher Weise, einzelne Phasen können unterschiedlich stark ausgeprägt sein, sich überschneiden oder mehrfach durchlaufen werden. Das Modell verdeutlicht jedoch, dass kritische Einstellungen gegenüber hormonellen Kontrazeptiva nicht punktuell entstehen, sondern Ergebnis eines Prozesses sind, in dem neue Informationen, körperliche Erfahrungen, biografische Veränderungen und Reflexionsprozesse fortlaufend miteinander in Beziehung gesetzt werden.

Die fünf Phasen werden im Folgenden nacheinander vorgestellt. Für jede Phase werden die zentralen Themen, subjektiven Motive und Deutungsmuster sowie die jeweils relevanten Mechanismen der Entwicklung kritischer Einstellungen beschrieben und anhand von Aussagen der Interviewten illustriert.

ABBILDUNG 3

Modell der Genese kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva in der Verhütungsbiografie



Quelle: Eigene Darstellung, Datensatz „frauen leben 4“, 20- bis 44-jährige Frauen, Befragung 2024

4.1 Vorreflexive Phase: Unhinterfragte Pillennutzung

Die vorreflexive Phase markiert den Beginn der Verhütungsbiografie. Während der Adoleszenz und häufig vor dem ersten Geschlechtsverkehr findet ein konkreter Kontakt mit dem Thema Verhütungsmethoden meist erst in der gynäkologischen Praxis statt. Vorerst steht die Mehrheit der Befragten hormoneller Verhütung zu diesem Zeitpunkt nicht kritisch gegenüber. Eine eingehende Auseinandersetzung mit hormonellen Kontrazeptiva findet meist zu einem deutlich späteren Zeitpunkt der Verhütungsbiografie statt. Die Frauen berichten, dass sie sich stark an ärztlichen Empfehlungen orientieren, ohne eigenes kritisches Hinterfragen und Reflektieren:

> Hatte ich mich tatsächlich nie mit befasst. *(I 07)*
>
> Also ich hab des damals nich wirklich hinterfragt. *(I 09)*
>
> Ja, und habe das als junger Mensch tatsächlich auch nicht hinterfragt. *(I 15)*
>
> … weil ich damit ja überhaupt keine Erfahrung hatte, hab ich das einfach angenommen. *(I 07)*

Der erste Besuch in der gynäkologischen Praxis wird häufig als kurz und wenig informativ beschrieben:

> Also das war jetzt nicht so 'n sehr ausführliches Aufklärungsgespräch. *(I 10)*
>
> Ich kann mich an kein Aufklärungsgespräch zur Pille erinnern. *(I 07)*
>
> Das war nicht wirklich ein Aufklärungsgespräch. *(I 15)*

Die retrospektive Betrachtungsweise auf diese Phase ist bei den Frauen deutlich mit einer fehlenden Wirk- und Handlungsmächtigkeit, einer geringen Agency, bezüglich des Entscheidungsprozesses zur ersten Verhütung verknüpft. Aspekte, die in diesen Beratungskontexten besonders zum Tragen kommen, sind kollektiv verankerte Deutungsmuster reproduktiven Handelns wie die Verschreibung der Pille als Standardprogramm und die Medikalisierung in Verbindung mit der Pille.

Pille als Standardprogramm

Viele Befragte entscheiden sich in ihrer Jugend für die Pille, weil sie zu diesem Zeitpunkt als bekannte und gesellschaftlich etablierte Verhütungsmethode für junge Frauen galt. Die Nutzung im sozialen Umfeld verstärkt diese Wahrnehmung und normalisiert die Entscheidung für die Pille zusätzlich. Eine kritische Auseinandersetzung findet kaum statt. Die Entscheidung für die Pille beruht auf der Wahrnehmung ihrer hohen Sicherheit vor ungewollten Schwangerschaften. Zudem wurde eine (Kupfer-)spirale von medizinischer Seite lange nicht empfohlen vor der ersten Geburt (siehe WHO-Richtlinie, vgl. Kapitel 8.3).

WHO-RICHTLINIE ZUR KUPFERSPIRALE

Die WHO-Richtlinien zur Verwendung der (Kupfer-)Spirale aus medizinischer Sicht haben sich seit 2015 geändert. Aktuell wird der Einsatz intrauteriner Verhütungsmethoden auch bei jüngeren Frauen grundsätzlich als medizinisch möglich eingeordnet (Kidula & Kiarie, 2025).

Dieser Aspekt der Verschreibungspraxis festigt weiter die Pille als Standardverhütung zu Beginn einer Verhütungsbiografie. Die Pille wird laut der Befragten häufig routinemäßig ohne Abwägung von Alternativen verordnet und zugleich von den Frauen unhinterfragt genutzt. Die Pille erscheint als kollektiv verankerte Verhütungspraxis für junge Frauen:

> Das war einfach so ein Standardprogramm, weil irgendwie alle sich die Pille haben verschreiben lassen. *(I 10)*

> Und wir haben, glaube ich, ALLE auch relativ früh die Pille genommen. Das war halt so irgendwie das, was man halt gemacht hat. Wann war das? Da war ich 15. Ja, vor 19 Jahren. Also, da war das einfach gang und gäbe, dass jeder die Pille nimmt, wenn es dann irgendwie so weit ist. *(I 03)*

> Damals war's irgendwie total klar für uns, dass wir zum Frauenarzt gehen als es dann eben darum ging, dass ich auch Sex habe und hab mir dann einfach direkt die Pille verschreiben lassen. Und DIE hab' ich dann auch bestimmt (…) so 10 Jahre genommen, also von ungefähr 13 bis 23 vielleicht. *(I 09)*

> Am sichersten und überhaupt ist die PILLE. Es gab gar keine andere Alternative. Also nicht, dass ich danach gefragt hätte. *(I 15)*

Die Befragten berichten zugleich von einer unzureichenden Aufklärung in der gynäkologischen Beratungssituation. Es scheint kaum differenzierte Beratungsgespräche zu geben, in denen alternative Optionen zur Pille präsentiert würden:

> Bei mir hieß es direkt ich soll die Pille nehmen und da wurden mir gar nix anderes so vorgestellt vom Frauenarzt her. *(I 01)*

> Untersuchung und Rezept und tschüss (…). Da gab es tatsächlich nicht viel ringsherum. (...) Keine Alternativen, auch sonst keine Fragen irgendwie (…) Das war einfach nur, ja, ja, die Pille ist super, klasse, das ist am sichersten. *(I 15)*

> … das erste was einem angeboten wird und weil ich damit ja überhaupt keine Erfahrung hatte, hab ich das einfach angenommen. *(I 07)*

Die Anforderung an sichere Verhütung gerade für junge Frauen zusammen mit dem Mangel an sicheren alternativen Verhütungsmitteln hat Einfluss auf die Verschreibungspraxis, selbst wenn die gynäkologische Beratung differenziert erfolgt:

> Die Ärztin meinte auch in dem Alter, da ist die Pille am sichersten und *FERTIG*. *(I 15)*

> Ich hab auch mit meiner Frauenärztin gesprochen, was sie empfehlen würde für mich als Person, die zum ersten Mal Verhütungsmittel nimmt (…) Sie hat sich schon mit mir hingesetzt und meinte, es gibt diese Optionen, ich würde zu Pille aber raten, wenn Sie da Sicherheit haben wollen. *(I 04)*

Rückblickend auf diese erste Verhütungsphase berichten die Frauen von dem Gefühl, ihnen wurde die Pille aufgedrängt oder sie hätten sich zur „Pille ‚überreden lassen'" (I 07). Die Wahl der Verhütungsmethode wird im Nachhinein vielfach als wenig selbstbestimmt und die Nutzung hormoneller Kontrazeptiva als unüberlegt beschrieben (vgl. Kapitel 4.4). Neben der routinierten Verschreibungspraxis könnten auch Aspekte wie Adultismus und professions- wie altersbedingte Machtasymmetrien zwischen den gynäkologischen Fachleuten und den jungen Frauen eine Rolle in der Dynamik der frühen Verhütungsphase spielen.

Medikalisierung und die Pille

Die Pille wird nicht nur zur Empfängnisverhütung verordnet und genutzt, sondern auch zur Zyklusregulation, zum Schmerzmanagement oder aus Schönheitsaspekten. Teils wird die Pille bereits Jahre vor dem ersten Geschlechtsverkehr jenseits der Verhütung eingesetzt:

> … ich auf jeden Fall noch gar kein Geschlechtsverkehr hatte und es war eigentlich nur deswegen verschrieben worden, weil ich so unregelmäßige Blutungen halt hatte. *(I 08)*

> ... hab ich sie ja schon genommen seit ich 13 war und hatte dann aber das erste Mal richtig Sex ja erst mit 16. Das heißt eigentlich hätt´ ich mir des vielleicht die ersten drei Jahre auch noch sparen können? *(I 09)*

Die Ausweitung medizinischer Deutungs- und Behandlungslogiken der Pille auf körperliche und soziale Prozesse als Teil einer Medikalisierungsdynamik (Hartmann 2021) führt zu einer frühen und langen Einnahmezeit, was im Verlauf der Verhütungsgeschichte wiederholt als Argument für eine kritische Haltung gegenüber hormoneller Verhütung angeführt wird:

> Jetzt nochmal rückblickend auf mein Leben betrachtet, würde ich die Pille, glaube ich, nicht so lange nehmen wollen. Oder würde ich nicht mehr machen. *(I 03)*

> … weil ich irgendwann tatsächlich keine Lust mehr auf die Hormone hatte, aber ich hab´s WIRKLICH lange genommen. *(I 02)*

MEDIKALISIERUNG

Unter Medikalisierung wird verstanden, dass Lebensbereiche, die bisher nicht der medizinischen Versorgung zugerechnet wurden, in den Blick professioneller und systematischer medizinischer Versorgung gelangen (Schübel & Friele, 2023; Güzel-Freudenstein, 2026).

4.2 Irritationsphase: Divergenz zwischen Erfahrung und Informationslage

In der Irritationsphase beginnt sich die kritische Einstellung zu entwickeln. Auslöser dafür sind vor allem der **Zugang zu zuvor unbekannten Informationen** zu negativen Nebenwirkungen.

Zwei Bereiche spielen hier eine Rolle:

- Selbsterfahrungen mit negativen Nebenwirkungen
- Berichte über negative Nebenwirkungen

Berichtet wird über Selbsterfahrung mit negativen Nebenwirkungen. Nebenwirkungen in Verbindung mit einer kritischen Einstellung gegenüber Hormonen werden in erster Linie anhand von Erfahrungen mit der Pille dargelegt und seltener in Verbindung mit anderen hormonellen Verhütungsmethoden. Hintergrund ist, dass die Pille wie oben ausgeführt, als das meistgenutzte Verhütungsmittel für junge Frauen beschrieben wird. Die Frauen erzählen wiederholt von Körpererfahrungen wie Stimmungsschwankungen, Depressionen, Libidoverlust, vaginale Atrophie etc., die ihnen im Vorfeld der Einnahme unbekannt waren:

> Dann waren aber die: Nebenwirkungen so stark, dass ich das dann ändern wollte (…) Ich hab dann sehr starke PMS bekommen und so Stimmungsschwankungen und Kopfschmerzen. *(I 12)*

> Aufgrund dieser ganzen Nebenwirkungen halt. (…) dieser Pille (…) Sind ja nich en PAAR, sondern es sin ja schon recht viele Nebenwirkungen. *(I 01)*

> Ich war NUR launisch (…) naja gut Haarausfall. Aber es war dann wirklich so wo ich gesagt hab, ich erkenn mich selber nich wieder. *(I 14)*

Eine Befragte formuliert prägnant ihr Informationsdefizit, das auf den Wunsch nach ausführlicher Beratung schließen lässt:

> Wieso hat denn das VORHER niemand gesagt? *(I 14)*

Zum anderen sind auch Berichte über negative Nebenwirkungen von Peers bzw. medial vermittelte Informationen über TV oder Social Media relevant in dieser Phase.

> Und dann KAM es plötzlich auf, wie gefährlich die Pille sei und was für Nebenwirkungen (…) und dann war's quasi ein totales TABU in unserer Familie die Pille weiter zu nehmen. *(I 09)*

> … tatsächlich zum einen eben Freundeskreis, dass da Gespräche darüber begonnen haben, dass das ist ja auch zum Teil sehr so, dass dann sich auch irgendwie so wirklich so ein bisschen Fronten entwickelt haben (…) Und ansonsten glaube ich auch tatsächlich viel, dass auch viel über Social Media und so weiter lief. *(I 05)*

> VOR ein paar Jahren war ja viel in den Medien, auch bei stern TV, dass ja die Pille bei vielen nicht so gut vertragen wird. (…) Lungenembolie (…) Und meine Pille hatte eben auch der Wirkstoff, wo das des Öfteren vorkam. *(I 13)*

Der Zugang zu Informationen spielt eine wichtige Rolle bei der Veränderung der Einstellung zu hormonellen Kontrazeptiva. Dies führt zu einer **kognitiven Neubewertung** der Einnahme von Hormonen. Im Zuge der bewussten Wahrnehmung von Risiken und Nebenwirkungen fühlen sich die Frauen von ärztlicher Seite nicht ausreichend beraten und sehen ihre Handlungsmacht eingeschränkt:

> Also ich glaube, das hat sich eben zu dem Zeitpunkt so entwickelt, dass ich die Pille dann eben als sehr starken Eingriff in den Hormonhaushalt und den Zyklus und so weiter gesehen habe. Und eben dann auch mehr, die, ich sage mal, Risiken erkannt habe, die mir, meiner Meinung nach, eben wenig von Ärztinnen auch erklärt wurden. Also auch was jetzt eben zum Beispiel Thromboserisiko und andere Dinge angeht. *(I 05)*

4.3 Aktionsphase: Weiterer Anstieg der Hormonkritik

In der Aktionsphase steigt die Kritik weiter an und die Pille wird häufig abgesetzt. Es kommt zu einem aktiven Methodenwechsel. Die erlebte **Divergenz** zwischen gynäkologischer (Erst-)Beratung und negativen Erfahrungen führt zu einer bewussten Entscheidung gegen Hormone und einer aktiven Suche nach detaillierten, auch wissenschaftlich fundierten Fachinformationen zu Risiken hormoneller Verhütung über „seriöse Quellen" (I 3) (vgl. Kapitel 8.3). Dies erhöht die Agency:

> Also habe ich mich im Endeffekt selbst informiert und selbst beraten. *(I 13)*

> Ich hatte keine LUST mehr auf die Hormone, weil ich dann (…) im jungem Erwachsenenbewusstsein natürlich auch viel mehr Informationen inzwischen bekommen hatte und mich damit auseinandergesetzt hatte. Auch noch ma aus anderen Sichtweisen beleuchtet bekommen hatte und dann merkte ich so für mich, eigentlich WILL ich gar keine Hormone mehr die ganze Zeit futtern. *(I 02)*

Die komplexen Wirkungsweisen von Hormonen bleiben zugleich häufig intransparent. Überforderung und Unsicherheit entstehen, was auf ein verbleibendes Wissensdefizit hinweist.

> Also das macht mir schon ein bisschen Angst, sage ich mal. Das ist so eine kleine, ganz kleine mini Pille, und da ist so viel drinnen, was den Körper dazu bringt, nicht schwanger zu werden, also das muss ja schon was heißen. *(I 06)*

In einem Interview wird deutlich, dass Hormonen eine essenzielle Bedeutung beigemessen wird über die physiologische Funktion des Körpers hinaus:

> Man weiß natürlich auch Hormone sind ja mit der größte Bestandteil, der für uns verantwortlich is, uns als Individuum ausmacht und natürlich auch Sachen im Körper reguliert. Und wenn man Hormone einnimmt, is natürlich immer, dass sie irgendwas ändern, dass sie irgendwas bewirken sollen. *(I 04)*

Damit in Einklang zu bringen sind Auffassungen anderer Interviewten, dass Hormone „Wesensveränderungen" (I 14) herbeiführen können.

Auf der Suche nach alternativen Verhütungsoptionen suchen viele Frauen zudem wiederholt Rat in ihrer gynäkologischen Praxis. Mehrere Befragte berichten, dass ihnen von nicht-hormonellen Methoden wie der Kupferspirale abgeraten wurde, ohne dass die Gründe dafür ausführlich erläutert wurden. Auch über andere Alternativen wie natürliche Familienplanung sei in gynäkologischen Praxen nicht informiert worden. Vielfach wird berichtet, dass die Frauen sich mit ihren Bedenken gegenüber hormonellen Kontrazeptiva nicht ernst genommen fühlen und ihre **Sorgen keine Resonanz** gefunden haben:

> Also es ist einfach gefühlt für Frauenärzte am einfachsten, die Pille zu verschreiben oder die Spirale. Auf was anderes gehen die da gefühlt gar nicht so groß ein, Alternativen vorzuschlagen. (…) Und da bin ich echt bei Frauenärzten ÜBERHAUPT nicht ernstgenommen worden. *(I 13)*

> Jedes Mal, wenn ich irgendeine Beschwerde hatte, egal was es war, ob es jetzt Periodenschmerzen waren, ob es irgendwie gewisser Ausfluss war, der mir Sorge gemacht hat, da hieß es immer: „Nehmen Sie die Pille, nehmen Sie die Pille". Da habe ich mich gar nicht ernst genommen gefühlt. *(I 06)*

> Das is schon wichtig, dass man sich wirklich mehreres anhört, auch wenn der Frauenarzt immer direkt sagt Pille. *(I 01)*

Dies kann als Delegitimierung ihrer Empfindungen gelesen werden, was Unsicherheiten bezüglich der Einnahme von Hormonen weiter begünstigt und den **Vertrauensverlust** gegenüber der medizinischen Beratung manifestiert. Diese Erfahrungen tragen nach Darstellung der Befragten teilweise zu einer kritischen Haltung gegenüber gynäkologischer Beratung und schulmedizinischen Empfehlungen bei:

> Ich hinterfrage auch, was mir vielleicht vom medizinischen System angeboten wird. *(I 05)*

Auf der häufig langwierigen Suche nach Hilfe und Rat müssen die Frauen teils mehrfach die Praxis wechseln. Frauen, die aktiv nach anderen gynäkologischen Praxen und nach Alternativen zur Pille suchen, weisen eine hohe Agency und eine hohe Resilienz auf:

> Als ich beim fünften Frauenarzt war, habe ich gesagt: „Ich will einfach nur das Rezept für DIESE Pille". *(I 13)*

> Und habe halt wirklich mehrere Frauenärzte besucht, immer wieder. *(I 06)*

Der Methodenwechsel und das Absetzen der Pille können als emanzipatorischer Akt und informierte Praxis gelesen werden, mit denen die Agency und die Deutungshoheit über den eigenen Körper und über den Zyklus wiedererlangt werden. Dies steht im Kontrast zur nicht selbstbestimmten Methodenwahl zu Beginn der Verhütungsbiografie. Die Abkehr von hormoneller Verhütung wird **als reflexiver Prozess** erkennbar.

4.4 Reflexionsphase: Bewusstes Nachdenken über frühere Verhütungsentscheidungen

In der Reflexionsphase findet ein bewusstes Nachdenken über die Hormoneinnahme und die Situation des ersten Beratungsgesprächs statt. Viele Befragte äußern retrospektiv den Eindruck, ihnen sei zu Beginn der Verhütungsbiografie hormonelle Verhütung **aufgedrängt** worden:

> Ansonsten wurde man gefühlt eher in eine Entscheidung hineingedrängt, weil der Arzt ein Befürworter davon war. *(I 12)*

> Ich gehe ja auch heute noch ungern zum Gynäkologen (…), weil er immer sehr darauf gedrängt hat. *(I 13)*

Die rückblickend als unzureichend empfundene Beratung wird mit einer passiven Agency verbunden:

> Also ich weiß noch, dass (…) da mehr oder weniger über mich entschieden wurde. *(I 9)*

> Früher hab ich nich groß von den anderen Methoden mitbekommen. Für meinen Frauenarzt war schon damals klar, Pille (…) und dann hat man die halt genommen und nie weiter sich informiert ja. Und ich selber hab mich dann auch nich mehr drüber informiert. *(I 01)*

> Ich DACHTE halt immer früher, ma MUSS ja irgendwas nehmen als Frau? (…) Deswegen hab ich mich früher dann auch zur Pille überreden lassen. Also das is ja häufig leider so, dass der Arzt sagt, ach Sie nehmen gar nichts weiter? Ja dann hamm Sie hier die Pille und so war's halt damals auch. *(I 07)*

Diese Beschreibungen deuten darauf hin, dass junge Frauen nicht befähigt wurden, Entscheidungen zu Kontrazeptiva kompetent für sich treffen zu können. Die retrospektive Darstellung dieser Situationen ist häufig mit dem Gefühl verbunden, nur begrenzte Handlungsmöglichkeiten aufgrund mangelnder Informationen und Beratung gehabt zu haben.

Der Wunsch nach umfänglicher Beratung zu Beginn der Verhütungsbiografie, aber auch zu einem späteren Zeitpunkt wird offensichtlich (vgl. Kapitel 7):

> Da hätte ich mir vielleicht auch zwischendurch schon mal gewünscht, dass die Frauenärzte da irgendwie, vielleicht auch zu einem späteren Zeitpunkt, halt einfach nochmal wie so eine Aufklärungsarbeit treiben. Was es noch für Optionen gibt. Anstatt einfach immer nur das Rezept zu unterschreiben und zu sagen: „Hier, viel Spaß". Das hat mir vielleicht schon so ein bisschen gefehlt, wenn man jetzt rückblickend draufschaut. *(I 03)*

Das Informationsdefizit, aufgrund dessen Verhütungsentscheidungen getroffen wurden, kann zu einem **Bedauern** der Nutzung hormoneller Verhütung führen, einem Regretting Pill. Die Verantwortung, uninformiert in die Erstberatung gegangen zu sein und dem eigenen Körper lange Hormone zugeführt zu haben, wird häufig internalisiert. Schuld und Scham sowie einer Distanzierung vom uninformierten früheren Selbst sind die Folge:

> So das Thema körperliche Gesundheit und mögliche Folgen des hat überhaupt keine ROLLE gespielt und (…), dass ich eventuell auch durch die Pille irgendwie RAUBbau an mir treiben könnte (…), gar nich also des is irgendwie mir ganz unangenehm das so rückwirkend zu sagen, aber so war es. *(I 02)*

> Dass du deinem Körper vorgaukelst, dass du schwanger bist, was mir mit 14 auch noch nicht bewusst war, dass das die Pille macht, also das war mir alles nicht bewusst, und dass das eben auf Dauer logischerweise wahrscheinlich nicht so gesund sein kann … *(I 15)*

In dieser fortgeschrittenen Phase der reproduktiven Biografie reflektieren die Befragten ihre begrenzte Wirk- und Handlungsmächtigkeit für eine selbstbestimmte Verhütungsentscheidung aufgrund unzureichender Beratung und Information bei Eintritt in die Verhütungsbiografie.

4.5 Resignations-/Lösungsphase: Reflexive Entscheidung für eine Verhütungsmethode

Im Verlauf der Verhütungsbiografie kann es zu einer Stagnation der kritischen Einstellung kommen. In der finalen Phase des Modells treffen Frauen eine abwägende, **reflexive Entscheidung** für eine Verhütungsmethode. Diese kann in der Wahl hormonfreier Verhütungsmethoden oder in der Akzeptanz hormoneller Kontrazeptiva bestehen. Teils werden Hormone trotz Unerwünschtheit genutzt oder nur unter gewissen Voraussetzungen, wie der Annahme, dass Hormone nur „lokal wirken" würden. Als Gründe werden Aspekte wie der Mangel an sicheren oder zur Familienplanung passenden alternativen Verhütungsmethoden genannt, die Anwendungsfreundlichkeit sowie häufig auch das Schmerzmanagement. Die Gestaltung der Verhütungspraxis wird ausführlich in Kapitel 6 dargelegt.

In dieser letzten Phase des Modells wird ein Kontrast zwischen der ersten Verhütungserfahrung als bevormundet, unreflektiert, uninformiert und der späteren Verhütungsentscheidung als informationsbasiert, reflektiert und abwägend ersichtlich. Die Handlungsspielräume der als aktiv rekonstruierten Agency sind zugleich aufgrund individueller und gesellschaftlicher Rahmenbedingungen wie dem Mangel an sicheren alternativen Verhütungsmethoden eingeschränkt:

> Da kennt man sich dann schon mit sehr vielen Wirkstoffen aus und ja des war dann für uns beide schon sehr kritisch, aber es ist die einfachste und in DEM Falle auch MIT sicherste Variante. *(I 4)*

Teils setzt auch eine Resignation ein, die nach diversem Wechsel der Praxis und Aufbringen eigener Ressourcen zu einer Form der Akzeptanz oder Tolerierung führt, die zugleich nicht mit einer hohen Selbstbestimmung einherzugehen scheint:

> Ich finde, ich fand halt für mich keine andere Lösung. *(I 13)*

Die Auswirkungen kritischer Einstellungen auf die Verhütungspraxis werden in Kapitel 6 beleuchtet.

4.6 Zusammenfassung: Hormonkritik als Zusammenspiel von Erfahrungen, Informationen und selbstbestimmten Verhütungsentscheidungen

Mit der biografischen Perspektive konnten in der qualitativen Analyse im „Modell Hormonkritik in der Verhütungsbiografie" das reproduktive Handeln in seinem Bezug zu den Erfahrungen und Möglichkeitsräumen rekonstruiert und relevante Themenfelder im biografischen Verlauf erläutert werden. Damit liefert das Modell Antworten auf eine Frage, die schon Cornelia Helfferich stellte:

> Woher kommt es, daß junge Mädchen die Pille für das Mittel der Wahl halten und sich erst mit zunehmendem Alter Kritik und ‚Pillenmüdigkeit' breitmachen …? *(Helfferich, 1996, S. 216)*

Zugleich werden die relevanten Themenfelder im biografischen Verlauf deutlich. Die Entwicklung kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva und damit verbundene Verhütungsentscheidungen, wie die Abkehr von hormoneller Verhütung, erscheinen als veränderlicher und **reflexiver Prozess** im Verlauf der Biografie.

Als zentrales Ergebnis für die Entwicklung kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva ist die **Bedeutung von Information** im biografischen Verlauf festzuhalten. Informationen werden sowohl in Form von negativen Selbsterfahrungen sowie in Form von (medialen) Berichten über negative Fremderfahrungen mit Nebenwirkungen relevant gemacht. Es besteht eine **starke Interdependenz zwischen Information, Agency und der Bewertung hormoneller Kontrazeptiva:** Fehlt zu Beginn der Verhütungsbiografie eine informationsbasierte Entscheidungsmöglichkeit, ist die Agency und in Folge die selbstbestimmte Verhütungsentscheidung eingeschränkt, was die Ausbildung einer kritischen Haltung gegenüber hormonellen Kontrazeptiva begünstigt. Die Befragten bewerten die gynäkologische Beratung retrospektiv mehrheitlich als unzureichend und stark auf die Pille ausgerichtet. Entsprechend eingeschränkt handlungsmächtig rekonstruieren die Frauen ihre reproduktiven Entscheidungen für die Pille zu Beginn der Verhütungsbiografie.

Dies kann zu Verunsicherung und zum Verlust des Vertrauens in medizinische Beratung führen. Nebenwirkungen werden von den Frauen vor allem unter den Aspekten fehlender Informationen thematisiert. Das heißt, dass Gesundheitsverträglichkeit als Argument für eine kritische Einstellung (vgl. Kapitel 2) eng mit dem Zugang zu Informationen und der Agency verwoben ist. Zwar konnte Gesundheit häufig als Motiv für eine kritische Haltung gegenüber hormoneller Verhütung identifiziert werden, aber nur indirekt, denn Gesundheit und das Eingreifen in den natürlichen Zyklus werden oft in Verbindung gebracht mit einer früheren unzureichenden Informationslage als junge Frau und der Unwissenheit über die Wirkung von Hormonen und negative Nebenwirkungen. Hinter Gesundheit als Argument für eine kritische Haltung steht also eine komplexe Dynamik aus Informationen und selbstbestimmter Wahl im Verlauf der gesamten Verhütungsbiografie.

Die Ausbildung einer kritischen Haltung ist zudem im Zusammenhang mit der gesellschaftlichen und institutionellen Organisation des Übergangs in eine Verhütungsbiografie und konkret mit der Einbettung der Verhütungsberatung junger Frauen ins medizinische System zu sehen (Hartmann, 2021; Helfferich, 1996). Es wurde eine kollektive Praxis der Verschreibung oraler Kontrazeptiva rekonstruiert, die von gesellschaftlichen Normen wie Alters- und Sequenzregeln (Helfferich, 2017) determiniert ist. Die Auswirkungen auf die Verhütungspraxis sind bei den Interviewten unterschiedlich und reichen von einer konsequenten Ablehnung von Hormonen allgemein bis hin zur Nutzung hormoneller Verhütung trotz Unerwünschtheit.

Betrachtet man die rückläufigen Nutzungszahlen der Pille bereits bei jungen Frauen, ist anzunehmen, dass die Phasen des qualitativ entwickelten Modells immer früher und schneller durchlaufen werden. Auf die Verbreitung kritischer Einstellungen bereits bei Jugendlichen verweist auch die Studie Jugendsexualität (Scharmanski & Dinger, 2026). Ein denkbarer Einflussfaktor ist die Zunahme von digitalen Informationsmöglichkeiten (Döring, 2023).

5 Spektrum hormonkritischer Einstellungen

In den qualitativen Ergebnissen zeigt sich, dass eine hormonkritische Einstellung nicht leicht zu fassen ist. Hormonkritik hat viele Facetten und kann als Spektrum vielfältiger Ausprägungen von Kritik verstanden werden, in denen verschiedene Einflüsse und Motive erkennbar sind, die auf der Praxisebene unterschiedlich handlungsrelevant werden.

„dann waren da noch die **Zweifel**, nehm ich jetzt Pille oder nich“

„Das is wie so'n **Heilmittel** für mich gewesen“

„Ich möchte **auf gar keinen** Fall in meinem Leben nochmal die Pille nehmen“

Die Entwicklung hin zu einer kritischen Einstellung gegenüber hormoneller Verhütung lässt sich vor allem auf negative Selbst- oder Fremderfahrungen mit der Pille in Verbindung mit unzureichender Aufklärung über Risiken hormoneller Verhütung zu Beginn der Verhütungsbiografie zurückführen, wie anhand des „Modells Hormonkritik in der Verhütungsbiografie" sichtbar wurde (vgl. Kapitel 4).

Die kritischen Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva erscheinen als graduelle und kontextabhängige Deutungsmuster, die sich im Zusammenspiel individueller Erfahrungen, sozial vermittelter Wissensbestände und biografischer Lernprozesse herausbilden. Die Positionen der interviewten Frauen gegenüber hormoneller Verhütung sind nicht einheitlich, sondern bewegen sich auf einem breiten Spektrum unterschiedlicher Bewertungen. Dieses reicht von stark ablehnenden Positionen aufgrund negativer Selbsterfahrungen über ambivalente und vorsichtige Haltungen auch ohne eigene Erfahrungen bis hin zur pragmatischen Nutzung und reflektierten Entscheidungen für hormonelle Verhütung trotz bestehender Kritik.

Die im Material beobachtbaren Positionierungen lassen sich als Teil eines dynamischen Aushandlungsprozesses verstehen. Zentrale Einflussfaktoren sind die eigenen Erfahrungen, der Zugang zu Wissen und Information sowie die soziale Einbettung (Peers, Familie) beziehungsweise Fremderfahrungen, über die im Nahumfeld oder auf Social Media berichtet wird. Mit Verweis auf die biografische Perspektive und die Ausführungen zum Modell in Kapitel 4 ist anzumerken, dass die Positionen veränderlich sind im Verlauf der Verhütungsbiografie. Einige Ausprägungen der Positionen auf dem Spektrum sind in Abbildung 4 veranschaulicht.

5.1 Einstellungen gegenüber hormonellen Kontrazeptiva

Die Einstellungen gegenüber hormonellen Kontrazeptiva lassen sich auf einer Skala von starker Ablehnung über mittlere bis hin zu geringer Ablehnung einordnen. Die Übergänge sind fließend und können aus ganz unterschiedlichen Motiven begründet sein und fächern das Spektrum weiter auf (Abbildung 4).

Stark ablehnende Positionen

An einem Ende dieses Spektrums finden sich stark ablehnende Positionen gegenüber hormoneller Verhütung, in denen insbesondere die Einnahme der Pille als problematischer Eingriff in den eigenen Körper beschrieben wird. Einzelne Interviewte bewerten hormonelle Verhütung als „RAUBbau" (I 02) am eigenen Körper. In solchen Positionen wird eine klare Distanzierung von hormonellen Methoden ersichtlich: „Ich WILL keine Hormone mehr einnehmen" (I 05). Sie entstehen häufig im Zuge einer retrospektiven Neubewertung der eigenen Verhütungsbiografie wie in der Reflexionsphase des Modells beschrieben. Die zunehmende Auseinandersetzung mit Risiken oder Nebenwirkungen kann zu einer klar ablehnenden Position führen:

> Ich möchte auf gar keinen Fall in meinem Leben nochmal die Pille nehmen. *(I 09)*

Solche Aussagen verweisen auf biografische Reflexionsprozesse, in denen frühere Verhütungsentscheidungen im Nachhinein neu bewertet werden. Hormonkritik erscheint hier als Ergebnis eines Lernprozesses, der sich im Verlauf der eigenen Verhütungsbiografie entwickelt, oft verbunden mit eigenen Körpererfahrungen.

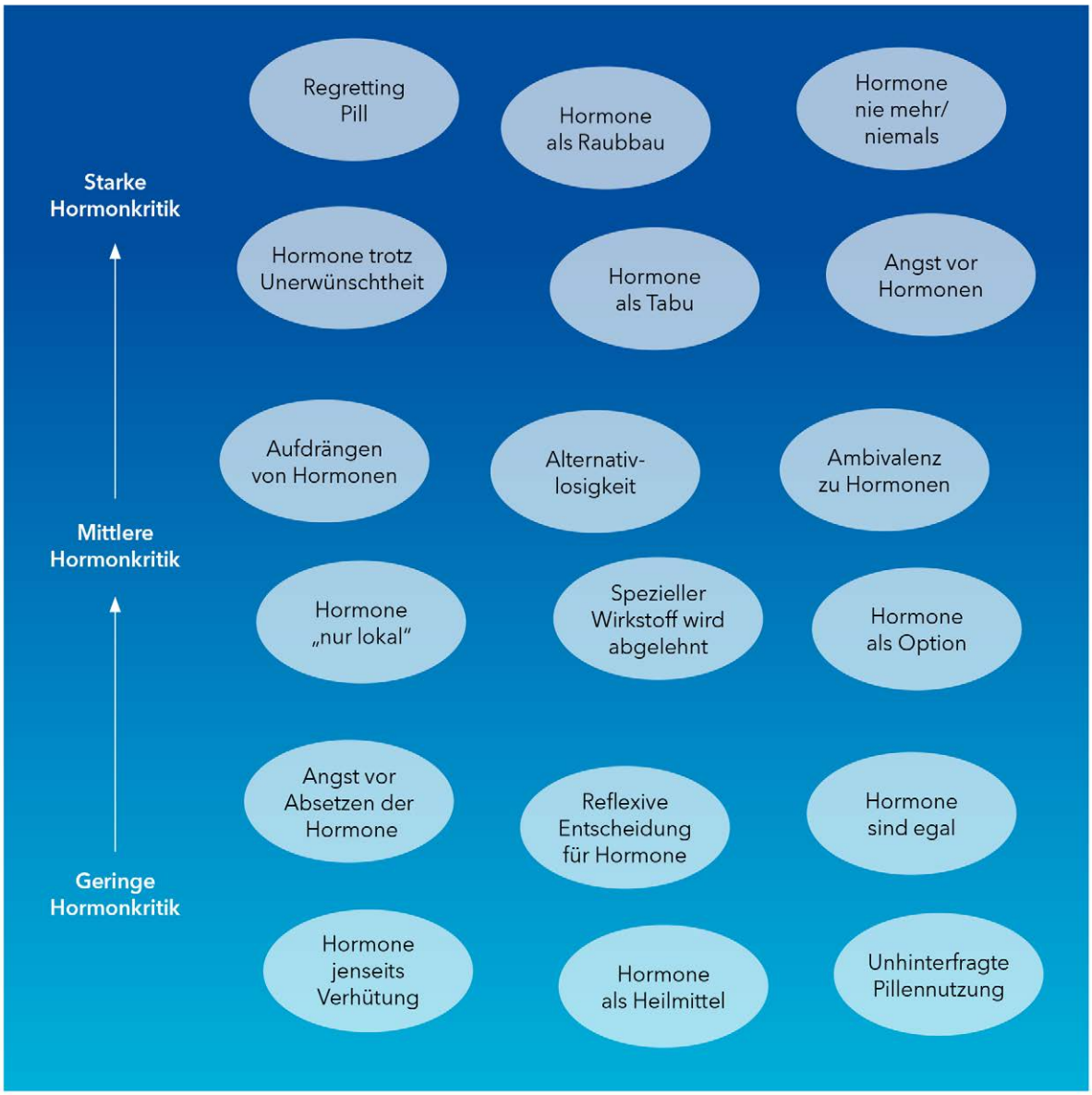
Ambivalente Positionen

Eine kritische Haltung gegenüber hormoneller Verhütung kann auch unabhängig von eigenen Erfahrungen entstehen. In diesen Fällen dienen Informationen aus dem sozialen Umfeld oder aus medialen Quellen als Grundlage der individuellen Positionierung. So berichtet eine recht junge Interviewte:

> Ich hab's nie genommen selber, wie gesagt, ich hab halt nur durch meine Freunde und durch das, was ich gelesen hab dann gesagt, lieber nich. *(I 11)*

ABBILDUNG 4

Mögliche Ausprägungen von hormonkritischen Einstellungen



Quelle: Eigene Darstellung, Datensatz „frauen leben 4", 20- bis 44-jährige Frauen, Befragung 2024

Derartige Aussagen belegen, dass Bewertungen hormoneller Verhütung nicht ausschließlich auf eigener Erfahrung beruhen, sondern auch auf sozial vermittelten Wissensbeständen und Diskursen. Zugleich werden in solchen Fällen auch ambivalente Selbstpositionierungen sichtbar. Die Interviewte beschreibt sich nicht eindeutig als kritisch gegenüber hormoneller Verhütung, sondern formuliert ihre Haltung eher vorsichtig und relativierend:

> Wahrscheinlich schon? Ein bisschen, also ich bin jetzt nicht komplett ein Hormongegner, wie gesagt ich bin da schon auch offen, es auszuprobieren, aber ich hab' schon nen Großteiles negatives Bild davon, beziehungsweise bin da sehr vorsichtig. Also ich denk mal hormonkritisch kann man schon sagen, wenn's sein muss dann muss es sein. Also wie gesagt, ich bin da jetzt nicht so, dass ich sag gar keine Hormone, aber. *(I 11)*

Diese Form der vorsichtigen Selbstbeschreibung verweist darauf, dass Hormonkritik im Alltag häufig nicht als stabile Identitätsposition artikuliert wird, sondern als situative und kontextabhängige Haltung, die Spielräume für zukünftige Entscheidungen offenlässt, was mit dem jungen Alter der Befragten einhergehen kann

Positive Bewertungen trotz Hormonkritik

Schließlich finden sich im Material auch Positionen, in denen hormonelle Verhütung trotz bestehender Kritik weiterhin positiv bewertet wird. In solchen Fällen wird der Nutzen hormoneller Methoden, beispielsweise im Zusammenhang mit Zyklusregulation oder Schmerzmanagement, höher gewichtet als mögliche Risiken. Teilweise wird hormonelle Verhütung auch als pragmatische Lösung nach einer längeren Phase der Suche nach einer geeigneten Verhütungsmethode beschrieben:

> … weil ich sehr zufrieden bin, also meine Haut is sehr gut und Schmerzen sind sehr, sehr gut und meine starke Regelblutung, so schwach hatte ich sie noch nie. Das is wie so'n Heilmittel für mich gewesen. Es hat mir bei Allem gleichzeitig geholfen. *(I 01)*

Es finden sich auch Fälle, wo hormonelle Verhütung das sichere und unkomplizierte Ende einer Suche nach der richtigen Verhütungsmethode ist. Es zeigt sich hier eine Nutzenabwägung (z. B. Schmerzmanagement, Praktikabilität) mit positiver Bewertung hormoneller Kontrazeptiva trotz Kritik daran. Diese Positionen finden sich häufig in späten Phasen der Verhütungsbiografie wie der Resignations- und Lösungsphase.

5.2 Motive für hormonkritische Einstellungen

Die Motive für eine hormonkritische Einstellung sind vielfältig, unterschiedliche Faktoren spielen dabei eine Rolle. Vor allem der Aspekt „Eingriff in den Körper" zeigt ganz unterschiedliche Vorstellungen von Zusammenhängen zwischen Hormonen und Körper.

Erfahrene Nebenwirkungen als Motiv für Hormonkritik

Eine zentrale Rolle für die Herausbildung kritischer Einstellungen spielen eigene Erfahrungen mit Nebenwirkungen hormoneller Verhütung. Teilweise werden nicht Hormone per se kritisiert, sondern die Menge, Dosis oder Wirkungsintensität, insbesondere bei der Pille. Die Frauen haben häufig eine pillenkritische Einstellung, aber nicht zwangsläufig eine generell hormonkritische Einstellung. In vielen Interviews berichten Frauen von körperlichen und psychischen Veränderungen, die sie mit der Einnahme hormoneller Präparate in Verbindung bringen. Die geschilderten Erfahrungen reichen von Stimmungsschwankungen und Reizbarkeit über depressive Verstimmungen bis hin zu körperlichen Beschwerden:

> Ich war RICHTIG unausstehlich. *(I 14)*

> Ich war so SCHLAPP und träge und Libido war eh dann wieder ganz weg. *(I 09)*

> Ich hatte ne Thrombose im Bein was natürlich auch von der Pille kommen KANN. *(I 01)*

> … deswegen war ich traumatisiert, dass ich gesagt habe ich möchte nach meinem Sohn definitiv keine Pille mehr, weil DA ging es mir nämlich auch wirklich psychisch nich gut. *(I 08)*

Diese Aussagen verdeutlichen, dass körperliche Erfahrungen mit Nebenwirkungen und subjektive Veränderungen eine wichtige Grundlage für die Neubewertung hormoneller Verhütung darstellen können. In solchen Fällen entwickelt sich Hormonkritik aus dem Versuch, körperliche oder psychische Veränderungen retrospektiv zu erklären und in einen Zusammenhang mit der eigenen Verhütungspraxis zu bringen. Die Erfahrungen stehen meist nicht im Einklang mit den Informationen im gynäkologischen Beratungsgespräch zu Beginn der Verhütungsbiografie und führen besonders in der Aktionsphase zu einer kognitiven Neubewertung hormoneller Kontrazeptiva.

Angst vor Hormonen

Manche Frauen äußern sich ängstlich und besorgt bezüglich hormoneller Kontrazeption. Die eigene physische und psychische Konstitution kann ebenfalls die Position beeinflussen. Bei einer Interviewten mit einer psychischen Erkrankung wird die Sorge geäußert, dass Hormone eine Verstärkung der Symptome bewirken könnten. Teilweise wird von „Paranoia" (I 08) und „Angst und Respekt vor Hormonen" (I 08) aufgrund negativer Selbsterfahrungen gesprochen. Auch die komplexe Wirkungsweise im Körper kann beängstigend wirken und zeigt sich in Form von Unsicherheiten und Befürchtungen hinsichtlich der Wirkungsweise von Hormonen im Körper. Einzelne Interviewte äußern Irritation darüber, dass eine „kleine Tablette" weitreichende physiologische Veränderungen bewirken kann:

> Weil ich davor so viel Angst habe, ich habe immer gesagt, nee, ich möchte nix mit Hormonen zu tun haben. *(I 08)*

Solche Aussagen verweisen auf ein diffuses Risikoempfinden gegenüber hormonellen Eingriffen in den Körper. Hormonkritik artikuliert sich hier nicht zwangsläufig aufgrund konkreter Erfahrungen, sondern über ein grundlegendes Unbehagen gegenüber der Vorstellung, hormonelle Prozesse gezielt zu beeinflussen.

Soziale Dynamik und Hormonkritik

Neben individuellen Erfahrungen zeigt sich im Material also auch der Einfluss sozialer Kontexte auf die Bewertung hormoneller Verhütung. Mehrere Interviewte berichten, dass Diskussionen im Freundeskreis oder in der Familie ihre Haltung gegenüber hormonellen Methoden geprägt haben. **Erfahrungsberichte anderer Frauen** fungieren dabei als wichtige Wissensquelle und können kollektive Dynamiken der Neubewertung hormoneller Verhütungsmittel auslösen:

> Da wurde es so ne ganz große Welle, einfach weil alle Freundinnen gesagt ham ‚wir nehmen jetzt nicht mehr die Pille oder: es geht mir so schlecht mit der Pille' und es war auch en Prozess, weil irgendwie glaub ich war für mich so klar, okay da muss ich jetzt auch weg von der Pille? (…) das hat aber en GROßEN Einfluss gehabt also für mich. *(I 20)*

> Also meine Freundin damals, (…), die da viel gelesen hat, ich kann tatsächlich gar nicht sagen, was die da alles äh mir vorgebracht hat, ne, was das allgemein mit den Hormonen im Körper und was du deinem Körper da SCHLECHTEST tust. Auf jeden Fall schien mir das sehr logisch, da zu sagen, eigentlich macht das gar keinen Sinn, deinem Körper was zuzuführen, was den so VERÄNDERT. *(I 15)*

Innerhalb von Freundeskreisen können sich auch unterschiedliche Positionen herausbilden:

> … dass so ein bisschen sich Fronten entwickeln, (…) dass dann eben welche gesagt haben: Nee, Pille auf keinen Fall mehr. *(I 05)*

Einige Interviewte berichten, dass sie durch Erzählungen aus ihrem sozialen Umfeld erstmals auf mögliche Zusammenhänge zwischen hormoneller Verhütung und Veränderungen des Wohlbefindens aufmerksam wurden:

> VIELE dann immer gesagt haben, okay nachdem sie die Pille abgesetzt haben wären sie ein ganz anderer MENSCH? und es würd' ihnen so viel BESSER gehen. Und dann dacht ich immer, ja okay. *(I 20)*

Diese Beobachtung verweist darauf, dass Hormonkritik nicht ausschließlich auf individuellen Erfahrungen beruht, sondern auch durch kollektive Erfahrungsberichte geprägt sein kann.

Darüber hinaus wird auch der **familiäre Einfluss** deutlich:

> Und dann war's quasi en totales TABU in unserer Familie die Pille weiter zu nehmen. *(I 09)*

Solche Beispiele verdeutlichen, dass Bewertungen hormoneller Verhütung häufig in soziale Dynamiken eingebettet sind und in Austauschprozessen innerhalb von Peergroups oder Familien entstehen, in denen auch normative Erwartungen transportiert werden, die die eigene Verhütungsentscheidung beeinflussen können.

Hormonkritik hat eine sozial vermittelte Komponente. Die Kritik beruht offenbar nicht auf rein individuellem Urteil, sondern ist Teil eines gesellschaftlichen Diskurses über Körper und Gesundheit. Aktuelle Diskurse deuten darauf hin, dass die Pille als kollektive Praxis zur Empfängnisverhütung abgelöst wird zugunsten eines Gesundheitsbewusstseins im Feld Verhütung. Zugleich wird im Modell (Kapitel 4) ersichtlich, dass hinter Gesundheit als Argument gegen Hormone eine komplexe Dynamik aus Information und selbstbestimmter Wahl steht, die kritische Einstellungen zu hormoneller Verhütung begünstigen können.

Differenzierte Kritik

Neben grundsätzlich ablehnenden Positionen lassen sich im Material auch differenziertere Formen der Hormonkritik erkennen. In diesen Fällen richtet sich die Kritik nicht gegen hormonelle Verhütung insgesamt, sondern gegen bestimmte Präparate, Wirkstoffe oder Dosierungen, vor allem von der Pille. Einige Interviewte weisen eine detaillierte Auseinandersetzung mit den Eigenschaften verschiedener Präparate vor:

> Ich nehm nämlich die Minipille mit nur einem Wirkstoff aufgrund von paar Thrombosefällen bei mir in der Familie. Es gäbe welche die dann – normale mit zwei Wirkstoffen, da gibt's welche, die sehr gut gegen Akne helfen könnten. Die Frage is, ob ich das wirklich MÖCHTE. *(I 04)*

> Und meine Pille hatte eben auch der Wirkstoff, wo das des Öfteren vorkam. *(I 13)*

Solche Aussagen weisen auf ein hohes Maß an Informiertheit hin und belegen, dass Hormonkritik nicht zwangsläufig mit einer generellen Ablehnung hormoneller Verhütung einhergeht. Vielmehr kann sie auch Ausdruck einer differenzierten Risikoabwägung sein, in der bestimmte Präparate (wie Minipille versus Kombinationspille) gezielt ausgewählt oder vermieden werden. Hormonkritik erscheint hier als Ausdruck von informierter Gesundheitskompetenz. Die Aneignung detaillierten Wissens wird in der Verhütungsbiografie vor allem in der Aktionsphase ersichtlich als essenzieller Teil eines aktiven Entscheidungsprozesses.

Hormonelle Verhütung als Eingriff in den Körper

In den Interviews zeigt sich, dass die Bewertung hormoneller Verhütung eng mit spezifischen Deutungen körperlicher Prozesse verbunden ist. Insbesondere die Pille wird häufig als Eingriff in einen als „natürlich" verstandenen Menstruationszyklus interpretiert. Hormonkritik artikuliert sich dabei nicht ausschließlich über konkrete Erfahrungen mit Nebenwirkungen, sondern auch über grundlegende Vorstellungen darüber, wie hormonelle Prozesse im Körper funktionieren und welche Rolle der Zyklus für das körperliche Gleichgewicht spielt. Die Aussagen der Befragten lassen sich dabei in mehrere thematische Deutungsmuster bündeln.

Unsicherheit und Intransparenz hormoneller Wirkmechanismen. Ein zentrales Motiv in den Interviews ist die Wahrnehmung hormoneller Verhütung als Eingriff in natürliche Körperabläufe. Besonders der Einfluss auf den Menstruationszyklus wird als Ausdruck einer starken Wirkmächtigkeit der Hormone interpretiert. In den Interviews wird etwa beschrieben, dass die Pille dem Körper „vorgaukelt" (I 15) schwanger oder „in der Menopause" (I 04) zu sein. Solche Vorstellungen deuten darauf hin, dass hormonelle Verhütung als Manipulation grundlegender biologischer Prozesse wahrgenommen wird.

Diese Wahrnehmung spiegelt sich auch in einer bildhaften Sprache wider, mit der die Einnahme hormoneller Präparate beschrieben wird. So sprechen einige Interviewte davon, sich „Hormone reinzudonnern" (I 13) oder davon, dass der „Körper mit Hormonen geflutet" (I 17) werde. Teilweise wird auch angenommen, dass die Einnahme der Pille zu einem „gestörten Hormonhaushalt" (I 18) führe. Die Wirksamkeit der Pille wird dabei häufig als besonders stark wahrgenommen, weil sie zentrale körperliche Prozesse beeinflusst.

Diese Zuschreibung einer hohen Wirkmächtigkeit führt bei einigen Befragten zu einer gewissen Skepsis oder Vorsicht gegenüber hormonellen Präparaten. Hormone erscheinen als ein schwer durchschaubarer Komplex, dessen Auswirkungen auf den Körper nicht vollständig nachvollzogen werden können und häufig eine gewisse Unsicherheit über die konkreten Wirkmechanismen hormoneller Verhütung ausdrücken. Die Beschreibungen bleiben oft unspezifisch und verweisen eher auf diffuse Vorstellungen von „hormonSCHWANKUNGEN" (I 14) oder Veränderungen des Hormonhaushalts:

> … was das alles im Körper anrichtet, wie es den Körper verändert, wie es die ganze Stimmungslage im Körper verändern kann. Und das wollte ich eben nicht für meinen Körper. *(I 13)*

Diese Intransparenz kann zu einem Gefühl der Überforderung oder Skepsis führen. Wenn nicht klar ist, welche Prozesse im Körper durch die Hormongabe ausgelöst werden und welche langfristigen Folgen damit verbunden sind, wird hormonelle Verhütung teilweise als riskanter oder unkontrollierbarer Eingriff wahrgenommen. In der Aktionsphase führt dies dann nicht selten zum Absetzen hormoneller Verhütung.

Der „natürliche Zyklus" als positiver Referenzpunkt. Gleichzeitig wird die Einnahme hormoneller Präparate mit der Vorstellung verbunden, natürliche Körperprozesse zu unterdrücken oder zu verändern:

> Es sind Hormone die verändern einen ja zwangsweise und mein Körper is natürlich auch anders. Also ich hab ja keine Periode, das is ja alleine schon – natürlich is es ein schöner Vorteil aber andererseits, er funktioniert ja an sich NICHT RICHTIG so wie er jetzt momentan SOLLTE. *(I 04)*

Die Einnahme hormoneller Verhütung ist teilweise mit der Vorstellung verbunden, dass der Körper nicht mehr „richtig" oder „natürlich" funktioniert. Dabei wird der eigene Menstruationszyklus von vielen Befragten als ein wichtiger Bezugspunkt für körperliches Selbstverständnis beschrieben. Der Wunsch, den „natürlichen Zyklus" (I 05) zu erleben, wird mehrfach als Motiv für die kritische Bewertung hormoneller Verhütung genannt. Dabei wird der Zyklus nicht nur als biologischer Prozess verstanden, sondern auch als Möglichkeit, den eigenen Körper besser kennenzulernen, wenn hormonelle Verhütung abgesetzt wurde. Gerade bei Frauen, die bereits in der Jugend mit der Einnahme der Pille begonnen haben, wird das spätere Kennenlernen des eigenen Zyklus als neue und teilweise überraschende Erfahrung beschrieben. Der Zyklus wird dabei als Quelle von Körperwissen interpretiert, über die sich Veränderungen von Stimmung, Libido oder körperlichem Befinden wahrnehmen lassen.

> Ich habe eigentlich erst da verstanden, wie mein Zyklus so richtig funktioniert und fand das also für mich auch sehr gut, da eben einfach mal auch ohne Hormone, einfach den Zyklus zu haben (…) Und lernt den mal kennen, wie der funktioniert. *(I 05)*

Auch im sozialen Umfeld zirkulieren entsprechende Erfahrungsberichte, die positive Effekte ohne hormonelle Verhütung beschreiben:

> Wenn man hormonfrei verhütet, dann ist man entspannter und man hat ein viel besseres Körpergefühl. Und Freundinnen hatten dann auch immer so Dinge angebracht, ja dann, wenn man dann wieder den natürlichen Zyklus hat dann lernt man so viel über sich und über seinen Körper und dann merkt man auch diese UNTERSCHIEDE im natürlichen Zyklus. WIE is die Stimmung, wie is Libido, diese Dinge die man halt unter Hormoneinfluss NICH MERKT. *(I 20)*

Der natürliche Zyklus zeigt sich so als normativer Referenzpunkt, an dem hormonelle Eingriffe gemessen und bewertet werden.

Körpererfahrungen nach dem Absetzen hormoneller Verhütung. Für einige Befragte bestätigt sich die Annahme eines starken Eingriffs in den Körper nach dem Absetzen hormoneller Verhütung, insbesondere der Pille. Veränderungen im eigenen Körpergefühl oder in der Stimmung werden im Rückblick als Hinweis darauf interpretiert, dass hormonelle Präparate zuvor erheblichen Einfluss auf den Körper ausgeübt haben.

> … eher dadurch gemerkt habe durch das Absetzen: „Oh okay, die Pille hat vielleicht doch ganz schön krass eingegriffen". *(I 05)*

> Aber ich würde halt sagen, dass ich schon wesentlich ausgeglichener, entspannter bin, mehr bei mir bin, seitdem ich die Pille eben nicht mehr nehme. *(I 13)*

> GENAU und dann war das so, dass ich das einfach abgesetzt habe und das war schon interessant, dass es DANN SPÜRBAR ein besseres Körpergefühl gegeben hat und ich HATTE davor kein schlechtes Körpergefühl, aber DANN war's auf einmal DEUTLICH en BESSERES. Das fand ich interessant. *(I 02)*

Solche Erfahrungen werden häufig als Bestätigung bereits vorhandener Annahmen über die Wirkmächtigkeit hormoneller Verhütung interpretiert. Positive Veränderungen nach dem Absetzen werden damit rückblickend als Hinweis darauf gedeutet, dass die Pille zuvor das körperliche Gleichgewicht beeinflusst habe.

Selbstbestimmung und Aneignung von Körperwissen. Das Absetzen hormoneller Verhütung wird in einigen Interviews auch als bewusste Entscheidung beschrieben, den eigenen Körper besser kennenzulernen und sich mit dem eigenen Zyklus auseinanderzusetzen. Gerade bei Frauen, die bereits früh mit der Einnahme hormoneller Verhütung begonnen haben, erscheint diese Erfahrung teilweise als ein neuer biografischer Abschnitt:

> Ja, also ich glaube auch, dass das für viele eben dieser Prozess war, den ich auch gesagt habe, okay, man hat die Pille dann abgesetzt und hat zum ersten Mal gefühlt, IN seinem Leben, weil man ja in der Jugend die Pille angefangen hat zu nehmen, einen natürlichen Zyklus. Und lernt den mal kennen, wie der funktioniert. *(I 05)*

Die Interviews weisen insgesamt darauf hin, dass Hormonkritik eng mit gesellschaftlichen Vorstellungen von natürlicher Körperlichkeit verbunden ist. Hormonelle Verhütung wird dabei auch im Hinblick auf ihre Bedeutung für das Verhältnis zum eigenen Körper und zu natürlichen körperlichen Prozessen reflektiert. Das Kennenlernen des eigenen Zyklus kann dabei auch als eine Form der Aneignung von Körperwissen interpretiert werden. In einzelnen Fällen wird das Absetzen der Pille zudem als Schritt zu mehr Agency im Sinne von Selbstbestimmung über den eigenen Körper verstanden, insbesondere im Kontrast zu früheren Erfahrungen mit einem als bevormundend wahrgenommenen Verschreiben der Pille im medizinischen Kontext.

5.3 Zusammenfassung: Einstellungen gegenüber Hormonen von Ablehnung bis pragmatischer Nutzung

Die Analyse zeigt, dass Hormonkritik unter den interviewten Frauen ein vielschichtiges Phänomen darstellt, das sich nicht als einheitliche Haltung beschreiben lässt, sondern als **Spektrum unterschiedlicher Positionierungen** verstanden werden kann. Die Positionierungen reichen von einer grundsätzlichen Ablehnung hormoneller Verhütung über ambivalente und vorsichtige Bewertungen bis hin zu pragmatischer Nutzung trotz vorhandener Kritik.

Dabei zeigt sich, dass Motive für hormonkritische Einstellungen häufig im Verlauf der individuellen Verhütungsbiografie entstehen und eng mit individuellen Körpererfahrungen und Berichten über diese verknüpft sind. Nebenwirkungen und der Einfluss auf Gesundheit sind häufig Motive für hormonkritische Positionen. Zugleich wird anhand des Modells „Hormonkritik in der Verhütungsbiografie" ersichtlich, dass dieses Motiv eng in Verbindung mit einer unzureichenden Informationslage gerade zu Beginn der Verhütungsbiografie gesehen werden muss. Auch sozial vermittelte Wissensbestände spielen eine wichtige Rolle bei der Herausbildung und Stabilisierung solcher Positionen. Zudem wird deutlich, dass ein höheres Maß an Informiertheit häufig mit differenzierteren Bewertungen einhergeht, bei denen hormonelle Verhütung nicht grundsätzlich abgelehnt, sondern selektiv und reflektiert beurteilt wird. Hormonkritik ist häufig keine vollständige Ablehnung, sondern Teil eines pragmatischen Entscheidungsprozesses. Sie beruht nicht auf rein individuellem Urteil, sondern ist Teil eines gesellschaftlichen Diskurses über Körper und Gesundheit. Hormonelle Verhütung wird häufig im Kontext sozial vermittelter Vorstellungen von „natürlicher" Körperlichkeit interpretiert. Hormonkritik ist das Ergebnis biografischer Lern- und sozialer Aushandlungsprozesse, in denen körperliche Selbstwahrnehmungen sowie Risiken und Nutzen miteinander in Beziehung gesetzt werden.

6 Gestaltung der Verhütungspraxis bei Hormonkritik

Die Verhütungspraxis gestaltet sich ebenso vielfältig wie die kritischen Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva. Eine kritische Einstellung bedeutet nicht zwangsläufig den Verzicht auf hormonelle Verhütung oder eine gänzliche Ablehnung. In der letzten Phase des „Modells zur Hormonkritik in der Verhütungsbiografie", der Resignations-/Lösungsphase, werden praktische Lösungen für Verhütung gefunden. Teilweise wird auf hormonelle Verhütung verzichtet und es werden alternative Verhütungsmethoden genutzt. Teilweise finden sich resignierende Positionen oder Hormone werden unter bestimmten Voraussetzungen akzeptiert.

„Pest oder Cholera, **Schmerz** oder Depression"

„Ich fand halt für mich keine andere **Lösung**"

„**Risiko** oder Hormone"

In der Repräsentativbefragung „frauen leben 4“ geben 16,5 % der Befragten an, hormonelle Kontrazeptiva trotz kritischer Einstellung zu nutzen. Zugleich stimmen 76 % der befragten Frauen aus der Repräsentativbefragung, die aktuell die Pille zur Verhütung anwenden, der Aussage „Verhütung mit der Pille hat negative Auswirkungen auf Körper und Seele“ mindestens teilweise zu (Mannebach et al., 2026, S. 405–406).

In der vorliegenden qualitativen Befragung nutzen aktuell die Hälfte aller Befragten hormonelle Kontrazeptiva. Wie diese Verhütungspraxis ausgestaltet wird, wird in zwei Schlaglichtern präsentiert: einmal unter der Begründung einer „rein lokalen“ Anwendung und einmal bei Abwägungsprozessen im Zusammenhang mit spezifischen Lebensphasen und Kontexten.

6.1 „Hormone nur lokal“

Die Interviews belegen, dass hormonelle Verhütung trotz bestehender Kritik nicht grundsätzlich ausgeschlossen wird. Vielmehr differenzieren viele Befragte zwischen verschiedenen Formen hormoneller Kontrazeptiva. Während die Pille häufig als problematisch wahrgenommen wird, erscheinen „lokal wirkende“ hormonelle Methoden, wie Hormonspirale oder Vaginalring, für einige Frauen weiterhin als mögliche Option. Diese Differenzierung verweist auf eine alltagspraktische Risikobewertung, in der unterschiedliche Wirkweisen hormoneller Präparate gegeneinander abgewogen werden.

Ein zentraler Bezugspunkt dieser Abwägung ist die Wahrnehmung der „Lokalität“ der hormonellen Wirkung. Viele Interviewte gehen davon aus, dass lokal angewendete Präparate weniger stark in den gesamten Organismus eingreifen als oral eingenommene Hormone. Damit wird eine geringere Belastung des Körpers und insbesondere des natürlichen Zyklus assoziiert. Diese Vorstellung ermöglicht es, hormonkritische Positionen mit der Nutzung bestimmter hormoneller Methoden zu vereinbaren. So beschreiben Befragte ihre Entscheidung für eine Hormonspirale explizit über deren angenommene „lokale Wirkweise“:

> Das Wichtigste war, dass die Hormone nur lokal ausgestreut werden. *(I 12)*

> Ich habe ja eine Hormonspirale. Das ist ja dann irgendwie eigentlich schon eine hormonelle Verhütung. (...) Aber dadurch, dass die halt lokal ist und nicht den ganzen Zyklus beeinflusst, finde ich das auch in Ordnung. (…) Die Einflussnahme auf den gesamten Zyklus und dann so auf den kompletten Körper, ist das, was mir bei der Pille halt nicht gefallen hat. *(I 03)*

Die Vorstellung einer lokal begrenzten Wirkung fungiert offenbar als Kompromiss zwischen dem Wunsch nach hormonfreier Verhütung und dem Bedürfnis nach zuverlässigen Methoden. Diese Differenzierung verweist auf eine alltagspraktische Wissensordnung, in der hormonelle Eingriffe nach Intensität und Reichweite bewertet werden. Gleichzeitig zeigt sich, dass diese Einschätzungen nicht immer auf detailliertem medizinischem Wissen beruhen, sondern häufig auf vereinfachten Vorstellungen über Wirkmechanismen. Einige Befragte beschreiben ihre Kenntnisse über „lokal wirkende“ hormonelle Methoden eher vorsichtig und teilweise unsicher:

> Ich meine, ich glaube, diese Ringe, die wirken ja ähnlich. Dass es so LOKALER wirkt und halt nicht auf den ganzen Organismus so arg. *(I 03)*

Diese Aussage verdeutlicht, dass Wissen über hormonelle Verhütung teilweise fragmentarisch ist und sich aus unterschiedlichen Quellen speist. Neben medizinischer Beratung spielen auch der soziale Austausch eine wichtige Rolle bei der Entscheidungsfindung. Die Interviews belegen, dass Verhütungsentscheidungen häufig **im Kontext sozialer Beziehungen** getroffen werden. Erfahrungen aus dem sozialen Nahumfeld von Freundinnen oder Familie fungieren dabei als wichtige Referenzpunkte für die Bewertung verschiedener Methoden. Positive Berichte aus dem sozialen Umfeld können beispielsweise dazu beitragen, Vertrauen in bestimmte Methoden zu entwickeln:

> Ich glaub, weil meine beste Freundin irgendwie ein zwei Monate vorher sich die hat einsetzen lassen und damit so glücklich war und ich wusste meine Mama hat die auch und dann dacht ich so, ja okay, dann fühl ich mich irgendwie wohl damit. *(I 20)*

Neben sozialen Erfahrungsberichten spielt auch die **Praktikabilität** der Anwendung eine Rolle in der Bewertung lokal eingesetzter hormoneller Methoden. Insbesondere die Möglichkeit, auf eine tägliche Einnahme zu verzichten, wird als Entlastung im Alltag wahrgenommen. Eine Befragte beschreibt die Erfahrung mit einer Spirale entsprechend als deutliche Vereinfachung des Umgangs mit Verhütung:

> Seitdem muss ich natürlich jetzt an nichts mehr denken? Lass die regelmäßig kontrollieren beim Frauenarzt, ob die noch gut sitzt, aber irgendwie ist es so entspannt geworden, weil man sich um das Thema Verhütung eigentlich seitdem keine Gedanken mehr macht, also man fühlt sich sehr sicher damit. *(I 20)*

Die Attraktivität solcher Methoden ergibt sich nicht nur aus der vermuteten geringeren hormonellen Belastung, sondern auch aus ihrer Anwendungsfreundlichkeit.

Trotz dieser Offenheit gegenüber lokal angewendeten hormonellen Methoden zeigt sich zugleich, dass auch diese Formen der Kontrazeption Gegenstand **kritischer Abwägungen** bleiben. Insbesondere negative Erfahrungen mit hormonellen Präparaten können dazu führen, dass auch lokal eingesetzte Methoden abgelehnt werden. Eine Befragte beschreibt beispielsweise, dass sie eine hormonelle Spirale trotz möglicher Vorteile letztlich nicht in Betracht gezogen hat:

> ... des war mir dann aber wegen der Psyche einfach zu riskant deswegen bin ich bis heute bei einer Kupferspirale geblieben. *(I 18)*

Hier wird deutlich, dass frühere Erfahrungen mit hormonellen Nebenwirkungen auch die Bewertung vermeintlich weniger eingreifender hormoneller Methoden prägen können. Selbst wenn die hormonelle Dosis als geringer wahrgenommen wird, bleibt die Sorge vor Auswirkungen auf Körper und Psyche bestehen.

6.2 Nutzung hormoneller Verhütung trotz kritischer Einstellungen

Die Interviews zeigen, dass eine kritische Haltung gegenüber hormoneller Verhütung nicht zwangsläufig zu deren vollständiger Ablehnung führt. In den qualitativen Interviews lässt sich eine Diskrepanz zwischen kritischer Bewertung hormoneller Kontrazeptiva und ihrer tatsächlichen Anwendung rekonstruieren. Entscheidungen für hormonelle Kontrazeptiva erfolgen häufig nach Abwägungsprozessen. Die Gründe für eine solche Nutzung hormoneller Verhütung trotz Unerwünschtheit bzw. trotz kritischer Einstellung sind vielfältig. Neben medizinischen Indikationen und dem Wunsch nach sicherer Verhütung beeinflussen auch lebensphasenspezifische Aspekte, strukturelle Rahmenbedingungen und intersektionale Faktoren die Entscheidung. Insgesamt zeigt sich, dass hormonelle Kontrazeptiva häufig nicht aus Überzeugung, sondern im Kontext begrenzter alternativer Verhütungsmethoden, die als sicherer und anwendungsfreundlicher angesehen werden, oder nach pragmatischer Abwägung gewählt werden.

Lebensphasenabhängige Entscheidungen

Ein relevanter Faktor für die Wahl eines Verhütungsmittels ist die jeweilige Lebensphase. Besonders im Zusammenhang mit Kinderwünschen lassen sich Entscheidungen rekonstruieren, die eine Nutzung von Hormonen trotz Unerwünschtheit begünstigen können. Methoden wie Spiralen, die auf eine langfristige Anwendung ausgelegt sind, erscheinen beispielsweise bei kurz- oder mittelfristiger Familienplanung weniger geeignet. Die Pille kann dann als unerwünschte Übergangslösung genutzt werden. Zudem berichten mehrere Interviewte, dass bestimmte Empfehlungen medizinischen Fachpersonals ihre Entscheidung beeinflusst haben, weil eine Spirale vor der ersten Geburt nicht empfohlen wird:

> Haben denn auch wirklich die Schwangerschaft gePLANT (…) wurde damals so empfohlen, dass man halt noch keine Spirale einsetzen soll, wenn man noch keine Kinder hat und MUSSTE denn quasi mit der Pille des irgendwie DURCHkriegen ungewollt. *(I 08)*

Auch medizinische Normen oder Routinen können Einfluss auf Verhütungsentscheidungen nehmen und damit die individuellen Handlungsspielräume strukturieren.

Schmerzmanagement

Ein weiterer wichtiger Grund für die Nutzung hormoneller Verhütung trotz kritischer Haltung ist das Schmerzmanagement. In mehreren Interviews wird deutlich, dass hormonelle Präparate nicht ausschließlich zur Schwangerschaftsverhütung eingesetzt werden, sondern auch zur Behandlung körperlicher Beschwerden wie starken Regelschmerzen oder bei Erkrankungen wie Endometriose. Aufgrund der medizinischen Indikation muss in manchen Fällen auf hormonelle Verhütung zurückgegriffen werden, trotz klarer kritischer Position zu hormoneller Verhütung: „Aber ich wollte unbedingt keine Hormone" (I 08). Deutlich werden die Abwägungsprozesse der Frauen zwischen kritischer Haltung und Schmerzmanagement:

> Pest oder Cholera, Schmerz oder Depression. *(I 18)*

> Ich bleib bei der Pille, diese Schmerzen, die will ich nicht noch mal haben. *(I 01)*

Eine Befragte beschreibt etwa, dass die Pille für sie inzwischen primär eine therapeutische Funktion erfüllt:

> Im Moment funktioniert die Pille für mich ja weniger als Verhütungsmittel. Also für mich ist da wirklich das Thema Schmerzmanagement ein Größeres. *(I 05)*

Auch positive Nebenwirkungen werden als Grund genannt, hormonelle Präparate trotz bestehender Kritik zu nutzen. Eine Interviewte schildert ihre Erfahrungen mit der Pille als deutliche Verbesserung verschiedener gesundheitlicher Beschwerden:

> … weil ich sehr zufrieden bin, also meine Haut ist sehr gut und Schmerzen sind sehr, sehr gut und meine starke Regelblutung, so schwach hatte ich sie noch nie. Das ist wie ein Heilmittel für mich gewesen. Es hat mir bei Allem gleichzeitig geholfen. *(I 01)*

In solchen Fällen wird hormonelle Verhütung als medizinische Ressource genutzt, deren Nutzen mögliche Nebenwirkungen offenbar überwiegen kann.

Sicherheit und fehlende Alternativen

Neben medizinischen Gründen spielt auch der Wunsch nach einer sicheren, anwendungsfreundlichen Verhütungsmethode eine zentrale Rolle. Viele Interviewte beschreiben einen Abwägungsprozess zwischen ihrer kritischen Einstellung gegenüber hormonellen Verhütungsmethoden und dem Bedürfnis nach sicherer Schwangerschaftsverhütung:

> Risiko oder Hormone. *(I 04)*

Insbesondere der Vergleich mit als unsicher wahrgenommenen Verhütungsalternativen führt teilweise dazu, dass hormonelle Methoden trotz Unerwünschtheit genutzt werden. Aufgrund des Mangels scheint sich eine Alternativlosigkeit bei der Wahl des Verhütungsmittels abzuzeichnen. Dadurch wird die reproduktive Selbstbestimmung der Frauen eingeschränkt:

> Da kennt man sich dann schon mit sehr vielen Wirkstoffen aus und ja des war dann für uns beide schon sehr kritisch, aber es ist die einfachste und in DEM Falle auch MIT sicherste Variante. *(I 04)*

> Ach, ist eigentlich Mist, wenn du das nimmst. Aber es ist halt das Einfachste. Und vor allem, es hat auch sehr zuverlässig geklappt. *(I 13)*

Auch in anderen Interviews wird deutlich, dass hormonfreie Alternativen zwar grundsätzlich gewünscht werden, jedoch als weniger zuverlässig wahrgenommen werden:

> Wenn es eine Methode gäbe, die nicht hormonell wäre, die: funktionieren würde wie die Spirale, dann würde ich schon gerne davon weg. *(I 18)*

> An sich wär's mir sogar lieber, wenn ich anders verhüten KÖNNTE, mir sind aber die anderen Verfahren einfach zu unsicher, zu ungenau. *(I 04)*

Die Wahrnehmung begrenzter sicherer alternativer Verhütungsmethoden kann dazu führen, dass hormonelle Verhütung als pragmatische Lösung akzeptiert wird trotz kritischer Einstellung zu hormoneller Verhütung.

Resignation

Neben rationalen Abwägungsprozessen lassen sich in einigen Interviews auch Momente von Resignation erkennen. Mehrfach berichten Befragte davon, dass sie nach wiederholten Besuchen in der ärztlichen Praxis oder erfolglosen Versuchen, alternative Methoden zu finden, letztlich bei hormoneller Verhütung geblieben sind:

> Ich wollte damals gerne die Kupferkette haben, aber ich hab' beim Frauenarzt dann nicht so gute Erfahrungen gemacht, weil man wird da immer ziemlich schnell eher abgeschüttelt und dann ja nee, nehmen Sie lieber die Pille. Ja und dann – also ich hatte einfach keine Lust darauf mehr und dann hab ich's einfach sein lassen sozusagen. *(I 19)*

> Und ich finde, ich fand halt für mich keine andere Lösung. *(I 13)*

In solchem Fällen scheint die Entscheidung weniger aus Überzeugung zu erfolgen, sondern eher als Ergebnis begrenzter Ressourcen und wiederholter Frustration im Entscheidungsprozess.

Akzeptanz

Gleichzeitig zeigen einige Interviews, dass hormonelle Verhütung trotz kritischer Haltung bewusst und informiert gewählt wird. In diesen Fällen erfolgt die Entscheidung auf Grundlage einer reflektierten Abwägung zwischen möglichen Nebenwirkungen und dem wahrgenommenen Nutzen der Methode. Bei diesen Befragten scheint es eine Form der Akzeptanz von Nebenwirkungen aufgrund des Wissens um mögliche Risiken zu geben. Auf Grundlage von Informationen scheint eine selbstbestimmte Entscheidung für die Pille getroffen worden zu sein. Die Handlungs- und Wirkmächtigkeit in der selbstbestimmten Verhütungsentscheidung scheint auf Grundlage ausreichender Informationen gewährleistet. Eine Befragte beschreibt beispielsweise, dass sie sich der Risiken bewusst ist, diese jedoch in ihre Entscheidung einbezieht:

> Wenn man sich der Nebenwirkungen bewusst ist, steht des da auch mit dabei oder man weiß es auch im Idealfall, dass Thrombose ein Risiko ist von der Pille. *(I 01)*

> Ja man macht sich schon Gedanken, kann man jetzt davon was kriegen (…) Und da nehme ich halt die Nebenwirkungen lieber in Kauf, anstatt Schmerzen zu haben. *(I 01)*

Es zeigt sich eine reflexive Entscheidung für hormonelle Verhütung trotz kritischer Einstellungen. Hormonelle Verhütung kann auch im Kontext kritischer Einstellungen als rationale, reflektierte Entscheidung erscheinen und Hormone können trotz Unerwünschtheit bewusst genutzt werden.

Einfluss der Verschränkung sozialer Determinanten auf Verhütungsentscheidungen

Schließlich belegen die Interviews, dass Verhütungsentscheidungen nicht nur durch strukturelle und soziale Rahmenbedingungen, sondern auch durch soziale Positionierungen in der Gesellschaft beeinflusst werden. Faktoren wie Alter, Bildung, finanzielle Ressourcen, Religion oder familiäre Kontexte können die Wahl eines Verhütungsmittels einschränken. Neben dem Geschlecht haben auch Verschränkungen weiterer intersektionaler Ungleichheitsmerkmale Einfluss auf die Verhütungspraxis bei kritischer Einstellung zu hormonellen Kontrazeptiva und können die reproduktive Selbstbestimmung aufgrund sozialer Positionierungen einschränken.

In einem Interview berichtet eine junge Frau, die mit ihrer religiösen Familie zusammenlebt, dass sie trotz Hormonkritik auf die Pille zurückgreift, weil alternative Methoden für junge Menschen ohne familiären Rückhalt schwer zugänglich oder finanziell nicht erschwinglich erscheinen. Sie hat ihre „Prinzipien so ein bisschen links liegenlassen" (I 06), da sie die Pille nimmt, obwohl sie sich selbst als hormonkritisch bezeichnet:

> Mir fällt halt auch keine bessere Methode ein. Oder eine, die irgendwie greifbarer ist für jüngere Menschen, erreichbar ist. Es gibt viele junge Frauen, die 16 Jahre alt sind und mit ihrer Familie nicht drüber reden können, die können sich dann die Teureren nicht leisten, und müssen auf die Pille zurückgreifen. *(I 06)*

Diese Aussage verdeutlicht, dass reproduktive Entscheidungen nicht ausschließlich individuell getroffen werden, sondern auch von sozialen Ungleichheiten geprägt sind. Die junge Frau hätte sich die Möglichkeit von Ratenzahlungen bei der Spirale gewünscht.

Die Gründe für die Nutzung von Hormonen trotz Unerwünschtheit sind vielfältig. Sie führen zu einer alltäglichen Diskrepanz zwischen der Einstellung zu hormonellen Kontrazeptiva einerseits und der Verhütungspraxis andererseits aufgrund diverser Aspekte. Zugleich wird anhand des Modells (Kapitel 4) ersichtlich, dass Hormone trotz Unerwünschtheit vor allem in der letzten Phase, der Resignations- und Lösungsphase, genutzt werden und die Entscheidung für Hormone dann meist reflexiv, informiert und abwägend getroffen wird im Gegensatz zur Nutzung hormoneller Verhütung zu Beginn der Verhütungsbiografie.

6.3 Zusammenfassung: Verhütungspraxis als Ergebnis von komplexen Abwägungsprozessen

Die Analyse zeigt, dass die Gestaltung der Verhütungspraxis bei Frauen mit kritischen Einstellungen gegenüber hormonellen Kontrazeptiva ein vielschichtiger und veränderlicher Prozess im Verlauf der Verhütungsbiografie ist. Hormonkritik führt nicht zwangsläufig zu einem vollständigen Verzicht auf hormonelle Verhütung. Vielmehr entstehen Entscheidungen für oder gegen hormonelle Methoden häufig aus komplexen Abwägungsprozessen, in denen verschiedene Faktoren und Aspekte miteinander verknüpft sind:

- gesundheitliche Faktoren
- Sicherheitsüberlegungen
- lebensphasenspezifische Aspekte
- intersektionale Aspekte
- strukturelle Rahmenbedingungen

Hormonelle Verhütung kann daher trotz kritischer Einstellungen weiterhin genutzt werden, insbesondere wenn sie als sichere, pragmatische oder medizinisch notwendige Lösung erscheint. Besonders in späteren Phasen der Verhütungsbiografie erscheint die Entscheidung für hormonelle Kontrazeptiva häufig als bewusste, informierte und situativ begründete Wahl.

Die empirische Auswertung belegt, dass ungeachtet hormonkritischer Einstellungen ein Teil der Frauen (16,5 %) weiterhin hormonelle Verhütung nutzt.

Die qualitativen Analysen zeigen, dass die Gründe für die Nutzung von Hormonen trotz Unerwünschtheit vielschichtig sind und sich besonders auf Schmerzregulation oder Anwendungssicherheit beziehen – wie schon Helfferich et al. feststellt: „Generell gilt, dass die Bedeutung sicherer Verhütung bekannt ist und ernst genommen wird" (Helfferich et al., 2016, S. 143).

Verhütungspraxis erscheint hier als veränderlicher Prozess im Verlauf der Verhütungsbiografie und als Ergebnis fortlaufender, reflexiver Aushandlungsprozesse zwischen individuellen Einstellungen, körperlichen Bedürfnissen und strukturellen Rahmenbedingungen. Gleichzeitig verweisen die Ergebnisse auf strukturelle Einschränkungen reproduktiver Selbstbestimmung. Der wahrgenommene Mangel an sicheren und praktikablen alternativen Verhütungsmethoden kann dazu führen, dass hormonelle Verhütung trotz Unerwünschtheit als einzige sichere Option erscheint. Dadurch entsteht eine alltägliche Diskrepanz zwischen kritischer Einstellung gegenüber Hormonen und tatsächlicher Verhütungspraxis.

7 Auseinandersetzung mit Informationsquellen

Der Zugang zu Informationen spielt eine zentrale Rolle im Prozess der Entwicklung von Hormonkritik und der Gestaltung der Verhütungsentscheidung. Das „Modell Hormonkritik in der Verhütungsbiografie“ verdeutlicht, dass unterschiedliche Informationsstadien, -formate und -quellen der Informationsaneignung entlang der Verhütungsbiografie wirksam werden. Dazu zählt insbesondere die gynäkologische Beratung als wichtige Informationsquelle für junge Frauen, aber auch die eigenen oder fremden Erfahrungen mit Nebenwirkungen sowie Diskurse in sozialen Medien, Fachliteratur und anderen Onlinequellen, die an unterschiedlichen Stellen im Verhütungsprozess zum Tragen kommen.

„Also habe mich im Endeffekt selbst informiert und **selbst beraten**“

„Meistens immer **eigene Erfahrungen** von, von TikTokern, zum Beispiel“

„Ich habe schon natürlich versucht, **seriöse Quellen** (…) mir rauszusuchen“

7.1 Informationslage zu Beginn der Verhütungsbiografie

Informationsbedarfe zu hormoneller Kontrazeption werden in der Beratung in gynäkologischen Praxen oft unzureichend gedeckt. Wie im „Modell zur Hormonkritik in der Verhütungsbiografie" gezeigt wurde, fühlen sich die befragten Frauen besonders zu Beginn der Verhütungsbiografie im ersten Beratungsgespräch in der gynäkologischen Praxis nicht ausreichend über Wirkungsweisen, Risiken und Alternativen zu hormoneller Verhütung informiert. Zu diesem Zeitpunkt verfügen viele Befragte nur über begrenztes Wissen zu Verhütungsmethoden und verlassen sich stark auf die Beratungskompetenz der gynäkologischen Praxis. Eigenständiges Informieren scheint für junge Frauen eine Hürde zu sein. Gemeinsam mit dem Postulat der Pille als Standardprogramm und dem Gewicht der Aussagen in der gynäkologischen Praxis kommt es häufig sehr früh zur Verschreibung der Pille. Es bedarf offenbar mehr niedrigschwelliger, zugänglicher Information und Beratung für diese Zielgruppe:

> Ja früher hab ich nich groß von den anderen Methoden mitbekommen. Für meinen Frauenarzt war schon damals klar, Pille (…) und dann hat man die halt genommen und nie weiter sich informiert. Ich selber hab' mich dann auch nich mehr drüber informiert. *(I 01)*

> Es war irgendwie total klar jetzt (…) werd' ich meine ersten sexuellen Erfahrungen sammeln und dann nehm' ich die Pille. *(I 09)*

Erst im weiteren Verlauf der Verhütungsbiografie erweitert sich ihr Wissen, häufig ausgelöst durch eigene Erfahrungen mit Nebenwirkungen oder durch Erfahrungsberichte aus dem sozialen Umfeld und aus (sozialen) Medien. Neue Informationen können dabei einen kritischen Reflexionsprozess gegenüber hormoneller Verhütung anstoßen. Fehlende Aufklärung wird von vielen Befragten thematisiert und der Wunsch nach umfassender Aufklärung erläutert:

> Was ich mir eher wünschen würde, ist eine bessere Aufklärung über alles. Also ohne, dass ich mich wirklich selbst darüber informieren muss, sondern dass es vielleicht normal ist, dass auch bei einer Frauenärztin oder es kann ja auch eine medizinische Fachkraft sein, das muss ja auch nicht die Ärztin sein. Dass sich da einfach mal irgendjemand mit einem hinsetzt und sagt: „Das gibt es alles. So funktioniert das. Das sind die Vor- und Nachteile, Risiken. (…) Weil ich da halt den Eindruck habe, man muss sich alles selbst suchen (…) für mich ist eher das Thema Aufklärung darüber. *(I 05)*

> … auch recht kurz nur drüber gesprochen und dann hatte ich eigentlich schon das Rezept in der Hand. *(I 10)*

> Es hieß einfach nur, weil ich unregelmäßig Blutungen habe soll ich die Pille nehmen (…) war jetzt keine klassische Arzt Patient – also gynäkologische BERAtung in Bezug auf, dass es halt ein Verhütungsmittel ist, wie man die nehmen sollte was passiert oder so da hab ich gar keine Info bekommen. *(I 08)*

Informationen sollen detailliert, differenziert und auf Augenhöhe vermittelt werden, um eine selbstbestimmte Entscheidung zu ermöglichen. Werden Informationsbedarfe nicht ausreichend gedeckt, kann dies zu Entwicklung von Hormonkritik, Vertrauensverlust in medizinische Fachberatung und zur Einschränkung reproduktiver Selbstbestimmung beitragen.

7.2 Umgang mit Onlinequellen

Vor dem Hintergrund wahrgenommener Informationsdefizite greifen viele Frauen auf eigenständige Onlinerecherchen zurück. Das Internet tritt dabei häufig als ergänzende oder alternative Informationsquelle zur ärztlichen Beratung auf. Dieser Schritt lässt sich vor allem in der Irritationsphase und der Aktionsphase (vgl. Kapitel 4) beobachten, wenn die Frauen bereits Divergenzen wahrnehmen zwischen der Erstberatung und negativen Selbst- oder Fremderfahrungen und dann gezielt Fachinformationen online suchen. Einige Befragte beschreiben diesen Schritt als notwendig, um eigenständig informierte Entscheidungen treffen zu können:

> Also weil da musste man sich wirklich selber schlaumachen. *(I 13)*

> Richtig aufgeklärt hat er mich jetzt nicht wirklich. Ich hab mich besser gesagt selber dann noch mal erkundigt, viel nachgegoogelt, mich informiert über die Pille. *(I 01)*

Niedrigschwellig, vielfältig, mit Mehrwert

Das Internet wird häufig als niedrigschwelliger Raum der Informationsbeschaffung wahrgenommen. Die Internetrecherche wird in der retrospektiven Betrachtung des Jugendalters, gerade im Vergleich zu schulischer Aufklärung, als weniger schambehaftet und differenzierter empfunden. Somit erscheint bei einer Aufklärung in Eigeninitiative das Internet oft die erste Wahl zu sein: „wir googeln einfach" (I 11). In manchen Interviews wird angegeben, sich „hauptsächlich [im] Internet" (I 11) zum Thema Verhütung informiert zu haben. In anderen Interviews wird die Onlinerecherche als ein Baustein der Informationsbeschaffung neben der ärztlichen Beratung, Erfahrungsaustausch und Literatur genannt.

Die genutzten Onlinequellen sind vielfältig. Einige Befragte berichten von gezielten Recherchen über Suchmaschinen und dem Lesen von Berichten oder Fachinformationen vor allem in der Aktionsphase. Über Social-Media-Plattformen wie TikTok, Blogs oder Streamingformate kommen die Befragten früher und nicht zwangsläufig aufgrund gezielter Suche mit dem Thema Verhütung in Kontakt. Während Suchmaschinenrecherchen eher auf fachliche Informationen ausgerichtet sind, spielen in sozialen Medien häufig persönliche Erfahrungsberichte eine wichtige Rolle:

> Meistens immer eigene Erfahrungen von, von TikTokern, zum Beispiel, also die darüber reden, über die Pille. Es waren jetzt nicht so wissenschaftliche Videos, sondern eher halt über die Erfahrungen von Frauen (…) irgendwann hat man ja einen Algorithmus, wenn man sich ein paar Videos darüber angeschaut hat, dann kommen ja immer mehrere. *(I 06)*

Algorithmen sozialer Medien können den weiteren Informationsfluss kanalisieren und thematische Inhalte verstärkt sichtbar machen. Einige Frauen nehmen wahr, dass sich in sozialen Medien zunehmend kritisch mit hormonellen Kontrazeptiva auseinandergesetzt wird.

> Genau ich glaub, dass so persönliches Interesse von mir grade was eben auch Frauengesundheit, ja eher feministische Themen, dass die mich auch interessieren und dadurch werde ich glaub ich auch eher von Social Media dadurch beSCHOSSEN. *(I 10)*

Der Einfluss der Online-Informationen zeigt sich bei den Befragten als sehr unterschiedlich. Im Kontext des eigenständigen (Online-)Informationsprozesses wird darauf hingewiesen, dass das Internet einen Mehrwert an Informationen biete, der bei der ärztlichen Beratung vermisst wurde. In einigen Interviews wird auf den direkten Einfluss von Social Media auf die eigene Verhütungsentscheidung hingewiesen:

> Ansonsten glaube ich auch tatsächlich viel, dass auch viel über Social Media und so weiterlief. (…) Also ich glaube, das hat sich eben zu dem Zeitpunkt so entwickelt, dass ich die Pille dann eben als sehr starken Eingriff in den Hormonhaushalt und den Zyklus und so weiter gesehen habe. Und eben dann auch mehr, die, ich sage mal, Risiken erkannt habe, die mir, meiner Meinung nach, eben wenig von Ärztinnen also auch erklärt wurden. *(I 03)*

Selbstermächtigung, aber auch Verunsicherung

In mehreren Interviews werden Onlineinformationen als Auslöser einer intensiveren kritischen Auseinandersetzung mit hormoneller Verhütung beschrieben. Besonders Social Media wird dabei als Ort wahrgenommen, an dem vermehrt kritische Inhalte zur Pille sichtbar werden:

> Ich meine, dass es da anfing, dass man das in den MEDIEN mitbekommen hat, dass die Pille so schlecht sein soll. (…) Also es gab dann eine richtige WELLE an Kritik zu der Pille, was ich bei Instagram, auch bei YouTube oder so wo auf einmal GANZ, ganz VIEL Infos zu gab. *(I 20)*

Solche Informationssituationen können sowohl zu einer stärkeren Selbstermächtigung in der Entscheidungsfindung als auch zu Verunsicherung führen. Die Frauen berichten wiederholt davon, dass diese negativen Informationen im Gegensatz zu den Informationen im gynäkologischen Beratungsgespräch stünden und ein zum Teil konträres Bild vermitteln würden. Es lassen sich Unsicherheiten aufgrund der einseitigen Informationsvermittlung beider Quellen herauslesen.

> Scheinbar ist alles schlecht was irgendwie mit Hormonen zu tun hat und man wird dadurch ein Monster gefühlt, weil so wurde das auch dargestellt. Und das hat aber einen großen Einfluss gehabt also für mich. *(I 20)*

Dadurch kann ein starker Handlungsdruck entstehen, hormonelle Verhütung möglichst schnell abzusetzen:

> Muss ich jetzt ja möglichst schnell gucken (…) was kann ich alternativ zur Verhütung verwenden. *(I 20)*

Suche nach Informationsqualität

Trotz intensiver Nutzung zeigen viele Befragte einen kritisch-reflektierten Umgang mit Onlineinformationen. Es zeigt sich eine Skepsis zu und ein bewusster Umgang mit Onlineinformationen. Häufig wird versucht, verschiedene Quellen zu vergleichen und bewusst nach seriösen Informationen zu suchen:

> Ich habe schon natürlich versucht, seriöse Quellen (…) mir rauszusuchen. *(I 03)*

Die Frauen bemühen sich um eine differenzierte und möglichst qualifizierte Information und hinterfragen kritisch die angebotenen Informationsquellen:

> Ich denk auch zumindest, dass ich das grob einschätzen kann und da zumindest bisschen ein Gefühl dafür hab (…) man kann ja auch sich auf mehreren Seiten belesen und nicht nur des erste was man liest für bare Münze nehmen. *(I 11)*

Nicht alle Befragten geben eine kritische Auseinandersetzung mit den Onlineinformationsquellen an. Dennoch erscheint eine dezidierte Auswahl der Onlineinformationsquellen für viele Befragte essenziell zu sein. So werden in der kritischen Auseinandersetzung von einem Teil der Befragten Informationen von Social Media abgelehnt. Stattdessen scheint die gezielte Recherche über Suchmaschinen, verbunden mit einer bewussten Auswahl der Ergebnisse, mit größerem Vertrauen in die Qualität der Informationen verbunden zu sein:

> Ich hab meistens direkt selber gegoogelt und Berichte rausgesucht und nachgeguckt genau, (…) nee Social Media würd ich – nee. *(I 16)*

Eine Befragte sieht gerade in der Frage zur Aufklärung ihrer Tochter in den Onlineinformationen eine Bereicherung, um eine differenzierte Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Verhütungsmethoden zu ermöglichen:

> Also MIR wär unglaublich wichtig, (…) dass man hinterfragt welche Methode man für sich wählt. *(I 20)*

Eine gezielte und umfassende Auseinandersetzung auch im Rahmen einer Internetrecherche erscheint für die Frauen notwendig, um umfassende Informationen zum Thema Verhütung zu bekommen. Gleichzeitig berichten einige Befragte, dass eigene Onlinerecherchen vom gynäkologischen Fachpersonal teilweise nicht ernst genommen werden. Dies kann das Vertrauen in ärztliche Beratung weiter schwächen und Hormonkritik verstärken.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die befragten Frauen in der Auseinandersetzung mit Verhütung ein starkes Bedürfnis nach umfassenden, verlässlichen Informationen haben. Werden Informationsbedarfe in medizinischen Beratungen nicht ausreichend erfüllt, greifen viele Frauen auf eigenständige Onlinerecherche zurück. Diese kann sowohl zur Stärkung der Handlungsmacht als auch zu Verunsicherung führen, insbesondere wenn unterschiedliche Informationsquellen widersprüchliche Darstellungen bieten.

Onlinequellen werden in unterschiedlichen Phasen der Verhütungsbiografie genutzt und können Hormonkritik auslösen, aber auch ein Instrument sein, um die eigene

Handlungsmacht zu stärken. Während soziale Medien eher als Räume genutzt werden, in denen Berichte über Erfahrungen mit hormoneller Verhütung geteilt werden, ist die Nutzung von Suchmaschinen häufig mit der gezielten Suche nach Fachinformationen verbunden. Die Informationen werden nicht unreflektiert konsumiert, sondern teils kritisch hinterfragt.

7.3 Wunsch nach Beratung und fundierten Fachinformationen

Viele Befragte äußern den Wunsch nach fundierten, wissenschaftlich basierten und zugleich verständlich aufbereiteten Informationen über Wirkungsweisen, Risiken und Alternativen hormoneller Verhütung. Dieser Beratungsbedarf wird offenbar in der gynäkologischen Praxis nicht gedeckt und Beratungsgespräche werden **als unzureichend** empfunden. Besonders Frauen mit ausgeprägter Hormonkritik beschäftigen sich teilweise intensiv mit Wirkstoffen und Präparaten und versuchen, eigenständig Risiko-Nutzen-Abwägungen vorzunehmen. Wie gezeigt, haben manche Frauen einen hohen Grad an Informiertheit erreicht, indem sie gezielt Wirkstoffe, Zusammensetzungen und Kombinationen von Präparaten recherchieren und differenziert auf Grundlage von detaillierten Fachinformationen, die sie sich meist online aneignen, abwägen.

> Ja schon viel gelesen hatte, mit den Hormonen, was die einfach im Körper mache. *(I 13)*

> Ich war dann bei der ersten Frauenärztin und habe ihr gesagt ich möchte NICHT die Pille nehmen. Ich wollte mich darüber informieren dann bei IHR noch mal gezielt bei 'ner Fachperson WAS es denn noch mal alles für Möglichkeiten für mich geben würde und sie hat mich krampfhaft auf die Pille verwiesen und danach war ich nie wieder bei ihr. *(I 18)*

> Und das hätte ich mir halt auch einfach gewünscht, dass man halt auf die Bedürfnisse eingeht. Ich bin ja selber beratend tätig. Dass man einfach eine Ist-Analyse aufnimmt, wie war es in der Vergangenheit und was würde man sich halt für die Zukunft einfach wünschen? Oder warum, wieso, weshalb verhüte ich eigentlich, ne? Oder gibt es da irgendwelche Beschwerden? Also das wurde nie nachgefragt. *(I 13)*

Gleichzeitig eröffnen einzelne Fälle die Perspektive, dass ausführliche Beratungsgespräche eine **positive Neubewertung** hormoneller Methoden ermöglichen können. Wenn in gynäkologischen Praxen verschiedene Optionen detailliert erklärt und auf individuelle Bedenken eingegangen wird, kann dies bestehende Vorbehalte relativieren und zur Zufriedenheit mit einer Methode beitragen. Eine Befragte beschreibt ein solches Gespräch als ausführlichen Informationsprozess, in dem unterschiedliche hormonelle Alternativen zur Pille einbezogen und wissenschaftliche Begründungen angeführt wurden:

> … hat mir dann auch gezeigt wie wo sitzt die Pille, wo ist meine aktuelle Pille, welche Hormonspiralen gibt. Die Spirale, womit er gute Ergebnisse erzielt hat wie viel Hormone die hat, diese Gelbkörpergeschichte wie die Werte der letzten Jahre sind. Hat dann irgend 'ne Studie ausgepackt. Hat noch mal über die ganzen anderen Hormonmöglichkeiten – weil ich erst mal gesagt hab eigentlich wollt ich ja WEG von Hormonen. *(I 16)*

Letztlich hat sich diese Befragte nach dem Aufklärungsgespräch für die Hormonspirale entschieden und ist zufrieden mit ihrer aufgrund von fundierten Informationen getroffenen Wahl. Dieser Fall verdeutlicht, dass transparente und differenzierte Beratung dazu beitragen kann, hormonelle Verhütung als eine von mehreren möglichen Optionen im Rahmen individueller Entscheidungsprozesse zu sehen. Für die Beratungspraxis unterstreicht dies die Bedeutung einer verständlichen, wissenschaftlich fundierten Kommunikation über Risiken sowie der Darlegung von alternativen Verhütungsoptionen.

7.4 Sexualpädagogische Beratungsstellen unbekannt für Kontrazeptionsberatung

In den Interviews zeigt sich, dass sexualpädagogische Beratungsstellen von den befragten Frauen nicht als Anlaufstelle für Verhütungsberatung wahrgenommen werden. Zu diesem Thema werden Beratungsstellen nicht aufgesucht, was vor allem auf mangelndes Wissen über entsprechende Angebote zurückgeführt werden kann. Auch nach gezielter Nachfrage berichtet keine der befragten Frauen von einem Kontakt mit einer Beratungsstelle zum Thema Verhütung. Ein deutliches Informationsdefizit hinsichtlich des Beratungsangebots der Beratungsstellen wird in den Interviews mehrfach thematisiert. Die Befragten geben an, nicht gewusst zu haben, dass Beratungsstellen speziell Angebote für Fragen der Verhütung anbieten:

> Ich wusste auch gar nicht, dass es andere Stellen gibt, das ist mir NIE mal in Sinn gekommen, dass es irgendwie Beratungsstellen gibt auch für Verhütung. *(I 08)*

> WUSST ich auch gar nicht, dass es sowas überhaupt GIBT? Und wo das bei uns gewesen wäre. Ich kann mir vorstellen, dass es daran liegt, dass wir so dörflich waren, dass man wahrscheinlich EWIG bis in die nächste Stadt hätte fahren MÜSSEN quasi, um dahinzukommen und ich kann mir auch vorstellen, dass auch das zu schambehaftet gewesen wäre? *(I 20)*

Neben dem Informationsdefizit werden weitere mögliche Zugangsbarrieren deutlich mit Verweis auf die Erreichbarkeit solcher Angebote in ländlichen Regionen. Diese Aussage deutet darauf hin, dass gerade bei Themen wie Sexualität und Verhütung eine niedrigschwellige und räumlich gut erreichbare Beratung von besonderer Bedeutung sein kann.

Auch Online-Beratungsstellen kennen die Frauen nicht. Stattdessen nutzen Frauen die Beratung durch ihr soziales Umfeld oder in einer gynäkologischen Praxis. Die Möglichkeit einer professionellen Verhütungsberatung durch Beratungsstellen wird nicht in den Entscheidungsprozess zur Verhütung einbezogen:

> Ich glaube so von einem normalen Lebensablauf kommt man gar nicht auf den Gedanken sich jetzt irgendwie – sich beraten zu lassen. Ich glaub man geht davon aus, man WEISS es gibt jetzt die Pille, es gibt des und des gibt es halt und man soll sich für eins entscheiden. Und denn hat man vielleicht en Arzt, der dann auf irgendwas speziell steht und der sagt denn „Hier des hier direkt nehmen Sie mal". *(I 08)*

Diese Aussagen deuten darauf hin, dass viele der befragten Frauen weder über die Existenz noch über die konkreten Zugangswege oder das Angebotsportfolio zu entsprechenden Beratungsangeboten informiert sind.

Während Beratungsstellen im Bereich der Verhütungsberatung nicht erwähnt werden, tauchen sie in den Interviews im Zusammenhang mit ungeplanten Schwangerschaften auf. Das Wissen um diese Beratungssettings scheint sich eher auf spezifische Problemlagen zu beziehen als auf allgemeine Fragen der Verhütung.

Die Befragte äußert einen gezielten Wunsch nach mehr Beratung:

> Mehr Unterstützung, also wirklich in EGAL welcher Hinsicht für uns Frauen, wäre mir sehr, sehr wichtig, weil ich wirklich auf sehr wenig Unterstützung gekommen bin. Da sind Sorgen, die entstehen. *(I 06)*

Diese Aussage verweist darauf, dass vorhandene Beratungsangebote teilweise als wenig unterstützend oder wenig dialogorientiert erlebt werden.

Das vorliegende Material vermittelt den Eindruck, dass die Frauen eine hohe Eigeninitiative aufbringen müssten, um Verhütungsberatung in Beratungsstellen überhaupt zu finden und in Anspruch zu nehmen. Diese Beratungsangebote erscheinen wenig sichtbar und werden im Alltag der Befragten nicht thematisiert. Entsprechend spielen sie im Entscheidungsprozess zur Verhütung bislang keine Rolle.

Gleichzeitig kann das geäußerte Bedürfnis nach mehr Unterstützung auf Folgendes hindeuten: Wenn mögliche Beratungsangebote besser bekannt und niedrigschwelliger zugänglich wären, zum Beispiel über gynäkologische Praxen, so könnte dies Frauen in ihrer eigenständigen Verhütungsentscheidung unterstützen. Niedrigschwellige, im öffentlichen Raum präsente Informationen über bestehende Angebote und das breite Portfolio der Beratungsstellen könnten dazu beitragen.

7.5 Zusammenfassung: Fundierte Informationen als Voraussetzung für selbstbestimmte Verhütungsentscheidungen

Ausgeprägte Informationsbedarfe zu (hormoneller) Verhütung bestehen über verschiedene Phasen der Verhütungsbiografie hinweg. Besonders zu Beginn der Verhütungsbiografie beschreiben viele Frauen ein großes Informationsdefizit. Gerade junge Frauen verlassen sich dabei stark auf die Beratung durch medizinisches Fachpersonal, verfügen zugleich häufig kaum über Wissen zu Wirkungsweisen, Risiken und Nebenwirkungen hormoneller Kontrazeptiva. Der Beratungsbedarf in der gynäkologischen Praxis erscheint als Herausforderung.

Der Zugang zu Informationen spielt eine zentrale Rolle sowohl für die Entwicklung von kritischen Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva als auch für die Ermöglichung von selbstbestimmten Verhütungsentscheidungen. Die Frauen äußern den Wunsch nach umfassenden, differenzierten Informationen und Beratung, um selbstbestimmt Risiko und Nutzen hormoneller Verhütung abwägen zu können. Bestehende Vorbehalte gegenüber hormonellen Methoden können durch ausführliche Beratung auch relativiert werden und eine informierte, selbstbestimmte Wahl kann die Zufriedenheit mit der Methode erhöhen.

Die eigenständige Recherche im Internet ist in der Alltagspraxis ein wichtiger Baustein bei der Informationsbeschaffung. Viele Frauen greifen auf Onlinequellen zurück, um Informationslücken aus der ärztlichen Beratung zu schließen. Dabei werden unterschiedliche Formen der Onlinerecherche genutzt. Die Frauen berichten von einem reflektierten Umgang mit Onlineinformationen. Auffällig ist, dass institutionelle Beratungsangebote außerhalb der gynäkologischen Praxis nicht bekannt sind. Beratungsstellen werden von den befragten Frauen nicht für Fragen zur Verhütung aufgesucht, da kein Wissen über entsprechende Angebote besteht. Beratungsangebote werden ausschließlich im Kontext ungeplanter Schwangerschaften erwähnt.

Vor diesem Hintergrund erscheint eine stärkere Sichtbarkeit von (Online-)Beratungsangeboten sowie eine bedarfsorientierte, differenzierte Informationsvermittlung als wichtige Voraussetzung, um Frauen in ihrer selbstbestimmten Verhütungsentscheidung zu unterstützen. Frauen müssen häufig viel eigene Initiative aufbringen, um sich umfassend über Verhütungsmethoden zu informieren. Die Untersuchungsergebnisse unterstreichen die Bedeutung von bedarfsorientierter Aufklärung und Beratung zur Förderung selbstbestimmter Verhütung. Denn wie Cornelia Helfferich postuliert:

> Wer Selbstbestimmung fördern will, muss sowohl diesen Bedarfen gerechte Angebote schaffen, als auch die Verbreitung von notwendigem Wissen absichern. *(Helfferich, 2012b, S. 35)*

8 Weitere Aspekte reproduktiven Handelns

Die Interviews eröffnen eine breite Perspektive auf die Lebensrealität der Frauen und ihre reproduktiven Biografien, ergänzend zu der bisher dargestellten Entwicklung und Gestaltung hormonkritischer Einstellungen. Weitere zentrale Themen sind die Verantwortung für Verhütung und der Umgang mit Kosten in der Paarbeziehung, der Vergleich zwischen Kupfer- und Hormonspirale sowie die Fragen nach dem Einfluss von Krisenwahrnehmungen auf die Familienplanung.

„dass nicht immer **alles** auf der Frau lastet“

„mit meinem Ausbildungsgehalt war das für mich auch irgendwie **nicht tragbar**“

„Also man hat schon ein bisschen mehr **Sorgen**, aber, also der **Kinderwunsch** ist halt trotzdem da“

8.1 Vergeschlechtlichte Verhütungsverantwortung

Frauen übernehmen mit Verhütungsarbeit eine Form der Sorgetätigkeit für die Familie, sowohl für den Partner als auch für sich selbst (Glaser, 2025; Glaser & Mannebach, 2027, i. E.). Verhütung als Sorgearbeit ist weit mehr als das reine Einnehmen hormoneller Kontrazeptiva oder der Einsatz einer interuterinen Barrieremethode. Stattdessen handelt es sich um ein Zusammenspiel verschiedener gedanklicher und physischer Aufgaben für die materielle, zeitliche, mentale und teils auch gesundheitliche Ressourcen aufgewendet werden müssen.

Verhütung wird als Teil des Privaten und der Familie(nplanung) den Frauen zugeschrieben und feminisiert (vgl. Kapitel 2.4). Die Verantwortung für Verhütung wird entsprechend vergeschlechtlicht. Von der Informationsbeschaffung zum Thema Verhütung über die alltägliche Verhütungspraxis sowie die entstehenden Kosten für Verhütung bis zur Verantwortungsübernahme eines (möglichen) Misslingens der Verhütung ist **Verhütungsarbeit weiblich konnotiert**, wie auch die Interviews belegen:

> … geben schon mal gerne die Männer ab, das Thema. Oder sind dann immer so ein bisschen ja, ja, hm, wird schon gut gehen. *(I 13)*

> … wird schon so arg auf die Frauen abgewälzt und für selbstverständlich genommen, dass die jetzt irgendwelche Sachen einnehmen oder irgendwelche Eingriffe sich unterziehen lassen, damit man dann eben kein unerwünschtes Baby bekommt. Das finde ich ein bisschen traurig. Hat wenig mit Gleichberechtigung zu tun. *(I 03)*

Die meisten interviewten Frauen haben den Wunsch geäußert, dass die Verhütungsverantwortung egalitärer aufgeteilt wird:

> Warum ist das eigentlich immer bei uns Frauen, dass wir sozusagen IN und mit unserem Körper etwas verhindern müssen. *(I 02)*

> … dass nicht immer alles auf der Frau lastet. WEIL aus meinem Erfahrungsschatz und auch aus dem was ich von den Frauen in meinem Umfeld weiß, dass Männer sich's da einfach viel zu häufig viel zu einfach machen KÖNNEN? (…) das würd ich mir wünschen, dass halt nicht immer alles die Frau tragen muss. *(I 07)*

> Ich würde halt schon wünschen, dass es vielleicht mal mehr auch Verhütungsmittel für den Mann gibt beziehungsweise da mehr dran geforscht wird. *(I 11)*

Dieses Bestreben kann auch zu weiteren feminisierten Verantwortlichkeiten führen. Zu nennen sind hier das Aushalten von Nebenwirkungen oder die vergeschlechtlichte Verantwortungszuschreibung beim Misslingen von Verhütung. Auch dass sich der Partner in das Thema Verhütung involviert, muss aktiv von den Frauen hergestellt werden. Der Anspruch an eine egalitärere Verhütungsentscheidung „muss und sollte viel im Dialog passieren" (I 05), muss von vielen Befragten aber letztlich selbst initiiert und sichergestellt werden:

> Dass ich dann, glaub ich, ihm auch geschrieben hatte, dass ich das super unfair finde, dass das irgendwie so 'n Thema ist was dann nur bei der Frau liegt, obwohl es ja ein gemeinsames Thema IS eigentlich und (…) ich weiß gar nicht, ich glaub er hat dann nur einfach gesagt ja okay. *(I 20)*

> Ich habe gesagt, dass ich mir das überlegt habe und habe dann auch gesagt, was natürlich passieren kann, ja, wenn wir irgendwie jetzt halt dann UNGESCHÜTZTEN Sex haben. *(I 03)*

Es können unterschiedliche Verantwortungsarrangements festgestellt und analysiert werden, die von normativen Geschlechterrollen geprägt sind und in Wechselwirkung mit der sozialen Umwelt zu sehen sind. Sie bewegen sich von

- einer alleinigen feminisierten Verantwortung
- über eine unterstützende bzw. involvierte Partnerschaft mit feminisierter Hauptverantwortung
- bis hin zu einer aktiven Arbeit beider an einer egalitären Verantwortungsteilung.

Bestrebungen von Egalität in den Paardynamiken stoßen im Alltag durch strukturelle und gesellschaftliche Rahmenbedingungen an Grenzen:

> Er ist da sehr, sehr offen und sucht da auch, suchte da auch viel stärker als ich des Gespräch also sehr reflektiert (…) Natürlich aus so 'nem Bewusstsein heraus, dass ICH etwas nehme, dass ich eine Veränderung an meinem Körper VORnehme für uns beide. *(I 02)*

Durch die einseitige Verfügbarkeit von Kontrazeptiva, die fast alle am weiblichen Körper angewendet werden, wird egalitäre Verhütungsverantwortung zu einem mehrdimensionalen Balanceakt zwischen Agency und körperlicher Selbstbestimmung. In dem Bemühen um Egalität der Verhütungsverantwortung innerhalb der Paarbeziehung werden **Paradoxien der Gleichheit** (Speck, 2020) ersichtlich, die in individuellen Herstellungs- und Aushandlungsprozessen ausbalanciert werden müssen. Dies kann sowohl zu einer Feminisierung der Verhütungsverantwortung als auch zu einer möglichen Einschränkung der körperlichen Selbstbestimmung der Frau bei gleichberechtigter Wahl des Verhütungsmittels führen:

> Also ich hab ihm auf jeden Fall gesagt, dass ich dazu überlege was anderes zu benutzen und er hat mir die Entscheidung glaub ich gelassen hat mir da irgendwie nicht reingeredet? *(I 20)*

> Solche Entscheidungen entscheide ich immer für mich. *(I 13)*

> Und dann habe ich gesagt, ne, wir müssen hier was anders machen. Ich würde das jetzt mit der Temperatur versuchen. Das fand er jetzt nicht so gut, hat er gesagt, (…) er hat der Sache nicht so richtig vertraut oder MIR nicht vertraut. *(I 15)*

Frauen nehmen sich in der Herstellung einer Verhütungsegalität als nur begrenzt handlungsmächtig wahr. Es lässt sich ableiten, dass Verhütungsegalität strukturell verhindert und erschwert wird, da die Verhütungsmittel überwiegend einseitig nur für die Nutzung durch Frauen verfügbar sind. Es bedarf zudem eines Bewusstseins beider in der Partnerschaft, um eine reflektierte und selbstbestimmte Aushandlung der Verhütungsarbeit zu ermöglichen. Egalität in der Verhütungsverantwortung bedeutet aktuell, dass Verhütungsentscheidungen zumindest teilweise Frauen überlassen bleiben müssen, um gleichberechtigte Entscheidungen zu ermöglichen:

> Wenn du das nicht möchtest, dann finden wir ne andere Lösung. *(I 02)*

VERHÜTUNG ALS CARE

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen: Verhütung ist in der gesamten reproduktiven Biografie von Frauen als Sorgearbeit zu betrachten, die eng mit Geschlecht verknüpft ist (Glaser & Mannebach, 2027 i. E.).

8.2 Kostenaufteilung als seltene Praxis

Eine finanziell paritätische Aufteilung der Kosten für Verhütungsmittel innerhalb von Paarbeziehungen findet sich nur selten in den Interviews. In den meisten Fällen tragen die Befragten die Kosten selbst, während eine Beteiligung des Partners eher als Ausnahme erscheint. Wenn eine solche Beteiligung stattfindet, wird sie von den Befragten häufig als besonders unterstützend und ungewöhnlich hervorgehoben. Eine Interviewte beschreibt etwa die unterstützende Haltung ihres Partners als positives Beispiel für eine gemeinsame Verantwortung:

> Er war schon von Anfang an auch viel involvierter eben in das Thema Verhütung. Hat zum Beispiel eben auch angeboten, Kosten zu übernehmen, und solche Dinge. So was ist ja auch was, was einfach, ja, überlegt werden KANN in einer Partnerschaft und vielleicht auch sehr sinnvoll ist, so und war da auch immer sehr unterstützend. *(I 05)*

Die Formulierung deutet darauf hin, dass eine solche Beteiligung zwar als wünschenswert wahrgenommen wird, im Vergleich zu früheren Partnerschaften jedoch nicht als selbstverständlich gilt.

In mehreren Interviews wird berichtet, dass männliche Partner zwar eine Beteiligung an den Kosten in Aussicht stellen, diese jedoch nicht umgesetzt wird. Die tatsächliche finanzielle Verantwortung verbleibt in diesen Fällen weiterhin bei den Befragten:

> Mein Mann, der hat angeboten sich daran zu beteiligen, aber ich glaube er hat's nicht wirklich ernst gemeint (räuspert sich) deswegen bezahl ich die immer. *(I 12)*

Auch bei kostenintensiveren Methoden wie der Spirale zeigt sich eine ähnliche Konstellation. Obwohl eine gemeinsame Finanzierung zunächst diskutiert wird, erfolgt die Zahlung letztlich durch die Frau:

> Wir hatten überlegt, ob wir, weil das Einsetzen ja dann einmalig teuer war mit irgendwie – 300 oder 400 Euro mit der Spirale zusammen. Ich meine ich hatte dann gesagt, dass wir das vielleicht teilen, dass wir's aber im Endeffekt gar nicht gemacht haben. Ich glaube das hab dann ich bezahlt ja. *(I 20)*

Diese Aussagen deuten darauf hin, dass die Idee einer gemeinsamen finanziellen Verantwortung zwar vorhanden sein kann, sich jedoch nicht automatisch in der praktischen Umsetzung widerspiegelt.

Die Interviews lassen vermuten, dass Verhütung sowohl organisatorisch als auch finanziell weiterhin überwiegend als Aufgabe von Frauen verstanden wird. Selbst in Partnerschaften, in denen eine Beteiligung des Partners thematisiert wird, bleibt die tatsächliche Verantwortung häufig bei den Frauen. Diese Dynamiken lassen sich mit den gesellschaftlich festgeschriebenen Geschlechterrollen und einer damit einhergehenden Feminisierung von Verhütung begründen (vgl. Kapitel 2.4). Etablierte Verantwortungszuschreibungen innerfamilialer Arbeitsteilung in den Paarbeziehungen tragen dann zur Reproduktion der Geschlechterverhältnisse bei und Verhütung wird weiterhin primär als weibliche Aufgabe organisiert.

8.3 Kupferspirale versus Hormonspirale

In den Interviews werden Kupferspirale und Hormonspirale häufig miteinander verglichen als alternative langfristige Verhütungsmethoden zur Pille. Beide Methoden gelten als anwendungsfreundliche Optionen, da sie nach dem Einsetzen über mehrere Jahre hinweg eine zuverlässige Verhütung ermöglichen, ohne dass täglich an eine Einnahme gedacht werden muss. Dies wird im Vergleich zur Pille als Vorteil wahrgenommen.

Vorbehalte

Gleichzeitig bestehen bei beiden Methoden Vorbehalte gegenüber dem Einsetzen. Mehrere Befragte berichten von der Angst vor Schmerzen während des Einsetzens. Das **soziale Umfeld** spielt dabei eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess. Teilweise wird die Spirale wegen negativer Berichte aus dem sozialen Umfeld abgelehnt:

> Ich weiß von meinen Freundinnen, dass das wahnsinnig weh tat beim Einsetzen und wenn das 'n Schmerz is den ich mir ersparen kann dann würd' ich das auch nicht freiwillig machen. *(I 07)*

Positive Berichte von Erfahrungen der Freundinnen oder in der Familie hingegen können die Entscheidung auch bestärken. Eine Befragte beschreibt, dass die Nutzung der Hormonspirale in ihrem Umfeld einen großen Einfluss auf ihre eigene Entscheidung hatte:

> Hab mich dann aber ja trotzdem wieder für die Hormonspirale entschieden, weil (…) meine beste Freundin irgendwie ein, zwei Monate vorher sich die hat einsetzen lassen und damit so glücklich war und ich wusste meine Mama hat die auch und dann dacht ich so ja okay. *(I 20)*

Auch der **Kostenfaktor** wird angesprochen, der teils aus heutiger Perspektive eine geringere Rolle spielt als früher:

> Ich habe wirklich bei vielen, die gesagt haben, die haben die einfach nicht vertragen. Und wie gesagt, der Kostenfaktor. *(I 13)*

> Es war ja auch teilweise mit der Spirale, stimmt, der Kostenfaktor. *(I 02)*

Aufgrund unterschiedlicher sozialer Positionierungen und intersektionaler Ungleichheitsmerkmale können die Kosten für die Spirale aber ein Hindernis sein, diese zu nutzen, obwohl sie die präferierte Methode ist (vgl. Kapitel 6.2).

Gründe für die Wahl

Die Kupferspirale wird in den Interviews vor allem als Alternative zur hormonellen Verhütung erwähnt. Besonders Frauen, die negative Erfahrungen mit hormonellen Methoden gemacht haben, bevorzugen die Kupferspirale:

> Des war mir dann aber wegen der Psyche einfach zu riskant. Deswegen bin ich bis heute bei ner Kupferspirale geblieben. *(I 18)*

Mit der Entscheidung für die Kupferspirale wird häufig der Wunsch verbunden, hormonelle Eingriffe in den Körper zu vermeiden. Gleichzeitig werden auch Einschränkungen der Methode beschrieben. Insbesondere starke Regelblutungen gelten als Nachteil der Kupferspirale, weil diese durch das Einsetzen verstärkt werden können. Darum wird sie teils als ungeeignet wahrgenommen, etwa bei bereits starker Menstruation oder bei Erkrankungen wie Endometriose.

Die Hormonspirale wird vor allem mit dem Argument eines „lokal begrenzten" Hormoneinsatzes beschrieben. Im Vergleich zur Pille wird die vermutete geringere Hormonmenge als Vorteil gegenüber der Pille hervorgehoben, ebenso wie das mögliche Ausbleiben der Periode. Diese Aspekte können dazu beitragen, dass Frauen trotz einer grundsätzlichen Skepsis gegenüber hormoneller Verhütung eine Nutzung der Hormonspirale in Erwägung ziehen (vgl. Kapitel 6.1).

Beratung zur Spirale

Eine wichtige Rolle im Entscheidungsprozess spielt zudem die gynäkologische Beratung. So berichtet eine Befragte, dass ihr ursprünglicher Wunsch nach einer Kupferspirale aufgrund ihrer starken Regelblutung von der gynäkologischen Praxis hinterfragt wurde:

> Wollte zuerst diese Kupferspirale haben, aber der damalige Frauenarzt (…) zu dem ich dann gegangen bin, hat dann tatsächlich ne richtige Aufklärung gemacht. Der hat gesagt nee, das macht auf ihren Körper gesehen keinen Sinn. Musste man auch so richtigen Fragebogen ausfüllen, weil meine Regelblutung recht STARK is, hat er gesagt die wird damit eher stärker, er würde auf ne Hormonspirale gehen. *(I 16)*

An anderer Stelle wurde zugleich ersichtlich, dass es teils Informationsdefizite zur Spirale bezüglich unzureichender Vorbereitung auf das Einsetzen gibt.

> Da habe ich auch keine Beratung bekommen. Das Einlegen der Hormonspirale war auch total traumatisch. Also es war nicht einfach, es war SEHR sehr schwere Geburt. Eigentlich hatte der Arzt gesagt das ist ganz einfach raus und rein. *(I 08)*

Hier wird deutlich, dass es auch im Bereich der Verhütungsberatung zur Spirale einer ausführlichen Darlegung von Risiken und Nebenwirkungen bedarf, um eine Risikoabwägung und selbstbestimmte Verhütungsentscheidung zu ermöglichen.

In den Interviews wird auch angedeutet, dass die Kupferspirale in der gynäkologischen Beratung seltener empfohlen wird.

> Und da hatte ich auch mal gefragt nach Alternativen. Und da war sie wirklich so: „Nee, also Spirale, das ist GAR nichts für so junge Frauen." Und also, wenn, dann würde sie da die Pille weiternehmen. *(I 05)*

> Also es war halt Thema, dass ich die Pille absetzen will (…) ich würde gern zur Kupferkette wechseln. Aber also Kupferkette macht glaub ich auch nich jeder Frauenarzt? Zumindest war's bei meiner Frauenärztin damals so, ich hätte dafür auch dann in ne andere Praxis sei – gehen müssen also sie hat mich dann halt ja eher abgeschüttelt was das angeht. *(I 19)*

Eine Befragte beschreibt einen Arzt, der die Kupferspirale aktiv anspricht und bewirbt, was sie als eher ungewöhnlich wahrnimmt:

> Einer der wenigen Ärzte, eigentlich Gynäkologen, der halt überhaupt für die Kupferspirale auch wirbt. Weil eigentlich hört man immer nur von der Hormonspirale. *(I 08)*

Die Entscheidung zwischen Kupferspirale und Hormonspirale erscheint in den Interviews als komplexer Abwägungsprozess. Dabei werden individuelle Erfahrungen mit hormoneller Verhütung, gesundheitliche Voraussetzungen, Empfehlungen aus der gynäkologischen Beratung sowie Erfahrungen aus dem sozialen Umfeld miteinander verbunden. Während die Kupferspirale insbesondere aufgrund ihrer Hormonfreiheit attraktiv erscheint, sprechen medizinische Faktoren wie starke Blutungen oder Endometriose in einigen Fällen eher für die Hormonspirale.

Beide Methoden werden zugleich als langfristige und praktische Verhütungsoptionen wahrgenommen. Allerdings können Ängste vor Schmerzen beim Einsetzen sowie frühere Erfahrungen mit hormonellen Präparaten den Entscheidungsprozess maßgeblich beeinflussen.

8.4 Krisenhafte Gegenwart als Einflussfaktor auf Familienplanung?

In den Interviews zeigt sich, dass globale Krisen zwar häufig reflektiert werden, jedoch nur selten einen direkten Einfluss auf die konkrete Familienplanung der Befragten haben.

Krisenbewusstsein und Kinderwunsch

Viele Interviewpartnerinnen berichten, dass Themen wie Klimawandel, Krieg oder wirtschaftliche Unsicherheiten zwar gesellschaftlich präsent, der eigene Kinderwunsch dadurch jedoch meist nicht grundlegend verändert werde. Vor allem persönliche Lebensziele, Partnerschaft und individuelle Erfahrungen haben Einfluss auf die Familienplanung. Es scheint eher ein Krisenbewusstsein ohne direkten Einfluss auf das reproduktive Handeln vorzuliegen.

> Das wirkt sich darauf nicht aus. *(I 03)*

> Also man hat schon ein bisschen mehr Sorgen, aber, also der Kinderwunsch ist halt trotzdem da. *(I 06)*

> Wenngleich wir TOTAL nachrichtenaffine, zeitungslesende Menschen sind, aber (…) es besteht kein Zusammenhang so von wegen die Welt is so schlecht, ich möchte keine Kinder in diese Welt setzen. *(I 02)*

In diesem Sinne werden Krisen zwar wahrgenommen, aber nicht als ausschlaggebendes Argument gegen Kinder interpretiert. Andere Ziele wie berufliche Entwicklung oder persönliche Erfahrungen, etwa Reisen, stehen eher im Vordergrund.

> Eigentlich nicht, weil wirklich bei mir is es eher, dass ich denke, ich würde halt gerne nich nur beruflich so viele Dinge – ich hab so viele Sachen auf dieser Welt noch gar nich gesehen? *(I 07)*

Es wird betont, dass Krisen historisch gesehen immer **Teil gesellschaftlicher Realität** waren. Der Kinderwunsch wird daher nicht grundsätzlich infrage gestellt, sondern vielmehr als individuelle Entscheidung

verstanden, die unabhängig von globalen Entwicklungen getroffen werden kann. Krieg und politische Krisen werden teilweise als dauerhafte Realität wahrgenommen, mit der Menschen umgehen müssen. Strategien wie der Vergleich mit früheren Generationen dienen zur Einordnung:

> Ja Krieg gibt's überall, es wird auch immer Krieg geben, deswegen kann ich dazu nich viel sagen. Aber Krieg is was Normales (…) Überall, egal wo Zeitung, Internet man hört immer überall Krieg und ich glaub des wird sich auch so nie ändern deswegen und wenn's kommt dann is es halt so. Ich leb jeden Tag so als wär's der Letzte, deswegen mach ich mir da nich so große Gedanken drüber. *(I 01)*

> Dann denke ich so an die Uromas und denke: „Okay, die haben ihre Kinder im Krieg bekommen." Die anderen haben ihre Kinder zu der und der Krise, Finanzkrise oder so. Es gibt immer irgendwelche Krisen. Also man kann einfach dann nur versuchen, für sich das Beste rauszuholen. *(I 13)*

Politik, Umwelt und Wirtschaft

Gleichzeitig werden globale Krisen in einigen Interviews als zusätzliche Belastung wahrgenommen, die Zweifel oder Sorgen im Hinblick auf die Familienplanung auslösen können. **Politische Entwicklungen** werden als ein Faktor genannt, der Unsicherheiten über die Zukunft kommender Generationen hervorrufen kann:

> … eben die ganzen Kriege, Konflikte, die wir haben (…) Wenn ich dran denke, dass Trump wiedergewählt wird und auch hier die CDU und AfD hier in Deutschland sehr weit vorne sind, da möcht ich lieber nicht dran denken was da passieren könnte wie dann Deutschland aussehen würde, wenn solche Mächte an der Macht sind und in so ner Welt, wie würde mein Kind aufwachsen? Das würde ich auf jeden Fall nicht wollen. *(I 04)*

Insbesondere die Klimakrise wird von vielen Befragten als Herausforderung für künftige Generationen gesehen und regt zu intensiveren Reflexionen über die Zukunft an.

> Also für mich ist es eher eben die Frage, will ICH trotzdem in dieser Welt und in den Verhältnissen, in denen wir im Leben, Kinder haben, eine Familie haben. (…) Also ich meine, natürlich macht man sich Sorgen, aber ich glaube, dass das machen Menschen sowieso, wenn sie Kinder haben. (…). Ich meine klar, mit Klimawandel und so weiter, man weiß nicht, wie es sich konkret entwickelt. Aber es ist für mich jetzt, wie gesagt, gerade kein Punkt, wo ich sagen würde, ich möchte deswegen KEINE Kinder in die Welt setzen. *(I 05)*

> Wie geht das – was is mit der Klimakrise? Wie wird das für sie sein, wenn sie irgendwann 50 60 sind? *(I 09)*

> Klimakrise, Faschismus. Mein Mann kommt aus Pakistan, das Kind wär auf jeden Fall irgendwie betroffen (…) Die Kindheit, die ich hatte oder das Leben was ich hab (…) könnten wir dem (.) glaub ich auch gar nich so bieten also so dieses behütete es geht einfach nich. *(I 12)*

> Ja die Umweltkrise auf jeden Fall. (…) Mein Kind kommt in eine ganz andere Welt, (…) die wärmer is, die mehr Katastrophen hat, also Umweltkatastrophen. *(I 04)*

Auch im Rückblick auf die Pandemie wird deutlich, dass globale Krisen zeitweise zu einem intensiveren Nachdenken über die eigene Entscheidung für Kinder führen können.

> Kurz nach der Pandemie, so oh, wenn des damals gewesen wäre, hätt ich dann überhaupt noch Kinder bekommen? (…) war's so schon, in welche Welt setzt man sie grade? *(I 09)*

> … seit der Pandemie und dann kam Krieg dazu (…) und das hat auf jeden Fall viel (…) angeregt, okay es ist vielleicht irgendwie egoistisch, wenn man nur Kinder hat, weil man Kinder haben will. *(I 20)*

Diese Unsicherheiten betreffen auch **wirtschaftliche Faktoren** wie steigende Lebenshaltungskosten oder Inflation. Diese werden zwar im Alltag wahrgenommen, führen jedoch in den meisten Fällen nicht zu einer grundsätzlichen Veränderung der Familienplanung. In diesem Zusammenhang erscheint Kinderlosigkeit für einige Befragte als nachvollziehbare Option. Einzelne Interviewpartnerinnen äußern Sorgen über gesellschaftliche Veränderungen und den Einfluss **sozialer Medien** auf jüngere Generationen.

Reflexion zu Auswirkungen auf Elternschaft und Familienplanung

Globale Krisen führen in vielen Fällen nicht zu einer direkten Ablehnung von Elternschaft, sondern vielmehr zu einem **intensiveren Nachdenken über Elternschaft** und über die Verantwortung, ein Kind in die Welt zu setzen. In einigen Fällen führt diese Reflexion zu Unsicherheiten oder ggf. zu einer **Verschiebung des Kinderwunsches**. Fragen nach der zukünftigen Lebenswelt von Kindern und gesellschaftlichen Entwicklungen werden dabei stärker reflektiert. Schließlich zeigt sich, dass globale Krisen und gesellschaftliche Unsicherheiten in einigen Fällen dazu führen, dass Kinderlosigkeit als mögliche Option reflektiert wird.

> … ob man das verantworten kann (…) ein Kind in diese Welt zu setzen. *(I 18)*

> Will ich Kinder in diese Welt setzen? *(I 05)*

Teilweise werden **alternative Formen von Elternschaft** in Betracht gezogen, etwa die Aufnahme eines Pflegekindes. Dies wird als Möglichkeit gesehen, Verantwortung für ein Kind zu übernehmen, ohne selbst ein Kind in eine als unsicher wahrgenommene Welt zu setzen.

Zugleich wird darauf verwiesen, dass sich **Einstellungen zur Familienplanung** im Lebensverlauf verändern können. Besonders in jüngeren Jahren werden Krisen teilweise stärker problematisiert, während sich diese Perspektiven im Laufe der Zeit relativieren können.

> Also mit 17 hab ich dieselben Gedanken gehabt und wollte des auch noch nich. Man muss erst den richtigen Mann kennenlernen oder den richtigen Partner dann kann sich das alles noch ändern. *(I 17)*

Die Bedeutung der Partnerschaft für reproduktive Entscheidungen wird in mehreren Interviews hervorgehoben. Eine **stabile Partnerschaft** erscheint für viele Befragte als zentrale Voraussetzung dafür, den Kinderwunsch trotz gesellschaftlicher Unsicherheiten zu realisieren.

> Ich glaube, sobald man den richtigen Partner hat, sollten die Sorgen auch weniger werden. Weil, ja, Kinder wünsche ich mir nämlich auf jeden Fall, auch nicht nur eins eigentlich. *(I 06)*

Damit wird deutlich, dass reproduktive Entscheidungen nicht allein durch globale Entwicklungen bestimmt werden, sondern stark im Kontext individueller Lebenssituationen und Partnerschaften verhandelt werden.

Die Interviews zeigen, dass globale Krisen vor allem in Form von Klimawandel, Krieg, wirtschaftlicher Unsicherheit, politischen und gesellschaftlichen Veränderungen thematisiert werden. Diese Krisen lösen häufig eine Reflexion über die Zukunft der nächsten Generationen und moralische Fragen nach Verantwortung auf, führen jedoch nicht zwangsläufig zu einem Verzicht auf Kinder.

Krisen wirken also weniger als direkter Entscheidungsfaktor, sondern mehr als Kontext und Rahmung innerhalb derer Überlegungen zur Familienplanung stattfinden. Die Wahrnehmung globaler Krisen intensiviert die Reflexion über Familienplanung. Zugleich haben diese Überlegungen keinen entscheidenden Einfluss auf die konkrete Familienplanung. Während einige Befragte Krisen als Teil einer dauerhaften gesellschaftlichen Realität betrachten und ihren Kinderwunsch davon unabhängig formulieren, führen sie bei anderen zu Unsicherheiten oder zu einer vertieften Auseinandersetzung mit der Verantwortung von Elternschaft und einem möglichen Aufschub des Kinderwunsches. Reproduktive Entscheidungen entstehen somit im Zusammenspiel globaler Entwicklungen, persönlicher Lebensziele, partnerschaftlicher Beziehungen und individueller biografischer Erfahrungen.

8.5 Zusammenfassung: Weitere Aspekte reproduktiven Handelns

Die ergänzenden Analysen zu weiteren Aspekten reproduktiven Handelns verdeutlichen, dass reproduktive Entscheidungen wie Verhütungs- und Familienplanung in unterschiedliche soziale, geschlechtsspezifische, gesundheitliche und gesellschaftliche Kontexte eingebettet sind. Die Interviews lassen erkennen, wie Frauen diese Rahmenbedingungen wahrnehmen und in ihren biografischen Entscheidungsprozessen verarbeiten.

Vergeschlechtlichung der Verhütungsverantwortung

Ein wichtiges Ergebnis betrifft die Vergeschlechtlichung der Verhütungsverantwortung. Verhütung wird in den untersuchten Interviews überwiegend als Sorgearbeit (Care) der Frauen organisiert. Dies umfasst nicht nur die Anwendung eines Verhütungsmittels, sondern auch Informationssuche, Terminorganisation, Kostenübernahme, die Auseinandersetzung mit Nebenwirkungen und die Verantwortung für das Vermeiden einer ungewollten Schwangerschaft. Auch wenn die Befragten vielfach eine egalitärere Verteilung anstreben, erweist sich deren Umsetzung als komplex. Es zeigt sich ein Spannungsverhältnis zwischen dem Wunsch nach gemeinsamer Verantwortung und der körperlichen Selbstbestimmung der Frauen. Denn eine gleichberechtigte Entscheidung bedeutet, dass die Frau die Entscheidung über ihren eigenen Körper nicht partnerschaftlich verhandeln muss. Die strukturell überwiegend auf den weiblichen Körper ausgerichtete Verfügbarkeit von Verhütungsmethoden begrenzt die Möglichkeiten einer tatsächlich paritätischen Verteilung der Verhütungsarbeit und spiegelt die Wirkmächtigkeit der Geschlechterordnung im Feld reproduktiver Gesundheit wider. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass Verhütung feminisiert ist und in der gesamten reproduktiven Biografie von Frauen als Sorgearbeit zu betrachten ist, die eng mit Geschlecht verknüpft ist (Glaser & Mannebach, 2027 i. E.).

Finanzielle Verantwortung für Verhütung

Blickt man auf die finanzielle Verantwortung für Verhütung, so wird eine geteilte Kostenübernahme durch den Partner in den Interviews als besondere, nicht selbstverständliche Praxis beschrieben. Selbst wenn eine gemeinsame Finanzierung verhandelt wurde, verbleiben die tatsächlichen Kosten häufig bei den Frauen. Damit zeigt sich, dass die Feminisierung von Verhütung nicht nur körperliche und organisatorische, sondern auch finanzielle Dimensionen umfasst. Für die Beratungspraxis ist daher relevant, Verhütung nicht ausschließlich als individuelle Gesundheitsentscheidung zu betrachten, sondern auch die Bedingungen ihrer Umsetzung in Partnerschaften und unterschiedlichen sozialen Lebenslagen mitzudenken.

Kupfer- versus Hormonspirale

Die Gegenüberstellung von Kupfer- und Hormonspirale macht zugleich die Komplexität individueller Verhütungsentscheidungen sichtbar. Die Wahl zwischen beiden Methoden entsteht aus dem Zusammenspiel von Erfahrungen mit hormoneller Verhütung, gesundheitlichen Voraussetzungen, erwarteten Nebenwirkungen, Informationen aus dem sozialen Umfeld, Kosten und gynäkologischer Beratung. Während die Kupferspirale insbesondere aufgrund des Verzichts auf Hormone attraktiv erscheint, können beispielsweise starke Blutungen gegen ihre Anwendung sprechen. Die Hormonspirale wird demgegenüber teils als Möglichkeit thematisiert, die Vorteile einer langfristigen Verhütung mit einer als geringer wahrgenommenen hormonellen Belastung zu verbinden. Die Interviews verdeutlichen dabei die besondere Bedeutung einer differenzierten und individuellen Beratung, die sowohl Nutzen als auch mögliche Risiken und Nebenwirkungen aller verfügbaren Verhütungsoptionen verständlich vermittelt. Unzureichende Information, zum Beispiel hinsichtlich des Einsetzens der Spirale, können negativen Erfahrungen verstärken. Zudem machen die Analysen sichtbar, dass nicht alle Methoden in der gynäkologischen Beratung gleichermaßen thematisiert oder angeboten werden. Für eine informierte Entscheidung ist daher eine ergebnisoffene Beratung über unterschiedliche Methoden von besonderer Bedeutung.

Krisenwahrnehmung und Familienplanung

In reproduktive Entscheidungen zur Familienplanung werden auch gesellschaftliche Krisen und Zukunftsunsicherheiten von den Befragten einbezogen. Klimakrise, Kriege, politische Entwicklungen, wirtschaftliche Unsicherheiten und die Erfahrungen der Corona-Pandemie

bilden für viele einen relevanten gesellschaftlichen Deutungsrahmen. Dabei zeigt sich jedoch kein einfacher Zusammenhang zwischen Krisenwahrnehmung und Kinderwunsch. Für die meisten Befragten führen Krisen nicht unmittelbar zu einer Entscheidung gegen Kinder. Vielmehr können sie die Auseinandersetzung mit Elternschaft intensivieren und Fragen nach der Verantwortung gegenüber einer zukünftigen Generation aufwerfen. In einzelnen Fällen werden dadurch Unsicherheiten oder ein Aufschub des Kinderwunsches verstärkt. In manchen Interviews wird die Bedeutung gegenwärtiger Krisen relativiert, indem sie diese als dauerhaften Bestandteil gesellschaftlicher Realität einordnen. Die konkrete Familienplanung bleibt damit in hohem Maße in individuelle Lebensentwürfe und biografische Erfahrungen eingebettet.

Einflussfaktoren reproduktiven Handelns

Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung eines erweiterten Verständnisses reproduktiven Handelns. Verhütungs- und Familienplanung entstehen im Zusammenspiel mit partnerschaftlichen Aushandlungen, gesundheitlichen Voraussetzungen, verfügbaren Informationen, finanziellen Ressourcen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. Für die Praxis folgt daraus, dass reproduktive Entscheidungen weder als rein individuelle Entscheidungen noch als unmittelbare Reaktionen auf einzelne Einflussfaktoren verstanden werden sollten. Vielmehr benötigen Frauen Möglichkeiten, reproduktive Entscheidungen informiert, ergebnisoffen und unter Berücksichtigung ihrer jeweiligen Lebenssituation abzuwägen. Eine solche Perspektive kann dazu beitragen, individuelle Handlungsspielräume zu stärken und zugleich die sozialen und strukturellen Bedingungen sichtbar zu machen, unter denen reproduktive Entscheidungen getroffen werden.

Ausblick: Ansatzpunkte für Beratungspraxis, gesundheitliche Aufklärung und Sexuelle Bildung

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass eine bedarfsgerechte Beratung und Information eine wesentliche Voraussetzung zur Ermöglichung einer selbstbestimmten Wahl der Verhütungsmethode darstellen. Die Beratungs- und Informationsbedarfe werden bislang nicht in ausreichendem Maß gedeckt. In der Analyse wurden verschiedene Anforderungen an eine bedarfsgerechte Verhütungsberatung deutlich. Um Frauen über die gesamte reproduktive Biografie hinweg bei selbstbestimmten Verhütungsentscheidungen zu unterstützen, ist nicht nur eine umfassende Vermittlung wissenschaftlich fundierter Informationen notwendig. Die Beratung sollte auch ergebnisoffen sein, auf Augenhöhe erfolgen und Erfahrungen der Frauen berücksichtigen. Im Folgenden sind Ansatzpunkte zur Verbesserung des Beratungsangebots ausgeführt.

Besondere Anforderung an die Beratung zu Beginn der Verhütungsbiografie bedenken

Gerade zu Beginn der Verhütungsbiografie ist nicht nur der Informationsbedarf bei den Frauen besonders hoch, sondern auch die Gefahr einer asymmetrisch und hierarchisch geprägten Gesprächssituation aufgrund der Altersunterschiede und der Profession. Um Frauen von Beginn ihrer Verhütungsbiografie an bei selbstbestimmten Entscheidungen zu unterstützen, benötigen sie Zugang zu fundierten Fachinformationen über unterschiedliche Verhütungsmethoden. Besonders für junge Frauen besteht Bedarf an frühzeitig zugänglichen und verständlichen Informationen, vor allem über mögliche Nebenwirkungen und Risiken der Pille sowie über sichere und praktikable (auch hormonfreie) Alternativen. Diese Informationen sollten ergebnisoffen vermittelt werden. Voraussetzung dafür ist eine bewusste Gestaltung der Beratung. Die Befragten berichten rückblickend, in der gynäkologischen Versorgung zu Beginn ihrer Verhütungsbiografie nicht ausreichend Informationen erhalten zu haben. Als unzureichend wahrgenommene Informationen können dazu beitragen, dass sich Unsicherheiten und kritische Einstellungen gegenüber hormoneller Verhütung im weiteren Verlauf der Verhütungsbiografie verstärken.

» Kapitel 4
» Kapitel 7.1

Erfahrungen, Präferenzen und Befürchtungen der Frauen konsequent berücksichtigen

Verhütungsentscheidungen werden im Verlauf der Biografie wiederholt überprüft und neu bewertet. Daher sollten individuelle Erfahrungen mit Nebenwirkungen, körperlichen Veränderungen, Sorgen und kritischen Einstellungen in der Beratungssituation berücksichtigt werden. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen

Präferenzen und der gesundheitlichen Voraussetzungen sollte umfassend über verschiedene Verhütungsmethoden einschließlich hormonfreier Alternativen sowie mögliche Risiken informiert werden. Ausreichend Zeit für Fragen, eine offene Gesprächsatmosphäre und ein dialogischer Beratungsansatz sind geeignet, Frauen bei einer selbstbestimmten Entscheidung zu unterstützen.

» Kapitel 4
» Kapitel 6
» Kapitel 7

Ergänzende Beratungsstrukturen neben der Gynäkologie stärken

Die gynäkologische Praxis ist eine zentrale Anlaufstelle für Informationen und Beratung zu Verhütung, vor allem zu Beginn der Verhütungsbiografie. Zugleich stellen die umfassenden Informations- und Beratungsbedarfe eine Herausforderung in diesem ärztlichen Setting dar. Es besteht Bedarf an ergänzenden, niedrigschwelligen und möglichst unabhängigen Beratungsangeboten an unterschiedlichen Orten und in unterschiedlichen Formaten, die über die gynäkologische Versorgung hinausgehen.

Darüber hinaus kann von zielgruppengerecht gestalteten, wissenschaftlich fundierten und qualitätsgesicherten Angeboten der Onlineberatung ein entscheidender Beitrag zur Deckung von Informationsbedarfen erwartet werden. Erforderlich erscheint hierbei, die Sichtbarkeit sowohl von Online- als auch persönlichen Vor-Ort-Beratungsangeboten durch gezielte Strategien systematisch zu stärken.

» Kapitel 4
» Kapitel 7

Differenzierte Informationen zu hormoneller Verhütung vermitteln

Es besteht Bedarf an detaillierten, wissenschaftlich fundierten und verständlich aufbereiteten Fachinformationen zur Wirkung hormoneller Verhütung im Körper sowie zu möglichen Nebenwirkungen und Risiken. Diese Informationen sollten leicht zugänglich sein, ohne zugleich durch Komplexität zu überfordern. Die Studie zeigt, dass hormonelle Verhütung auch bei kritischen Einstellungen gegenüber Hormonen genutzt wird, unter anderem aufgrund ihrer Sicherheit oder weil keine als gleichwertig empfundene hormonfreie Alternative zur Verfügung steht. Insbesondere in Übergangsphasen der Verhütungsbiografie besteht daher Bedarf an einer Beratung, die unterschiedliche Entscheidungspositionen berücksichtigt und eine informierte Abwägung ermöglicht.

» Kapitel 7.3

Wissen zu hormonfreier Verhütung stärken

Gerade zu Beginn der Verhütungsbiografie wissen junge Frauen typischerweise wenig über hormonfreie Verhütungsmittel. Daher besteht Bedarf, Wissen über hormonfreie Verhütungsmethoden, ihre Anwendung und ihre jeweilige Sicherheit auszubauen sowie den Zugang zu hormonfreier Verhütung zu erleichtern. Dazu gehören auch Informationen und Beratung über die Kupferspirale bereits vor der ersten Geburt sowie die damit verbundenen Wirkungen, Risiken und möglichen Schmerzen beim Einsetzen.

» Kapitel 6
» Kapitel 7.1
» Kapitel 8.3

Zugang zu alternativen Verhütungsmethoden zur Pille erleichtern

Eine selbstbestimmte Verhütungsentscheidung setzt voraus, dass verschiedene Methoden nicht nur bekannt, sondern auch tatsächlich zugänglich sind. Neben der Verfügbarkeit von Informationen sind auch finanzielle und strukturelle Zugangsbarrieren zu berücksichtigen. Dies betrifft insbesondere Methoden mit hohen Einmalkosten, wie die Spirale. Maßnahmen zur finanziellen Entlastung, etwa durch die Option auf Ratenzahlung, bis hin zur Kostenfreiheit, könnten dazu beitragen, die Wahlmöglichkeiten unabhängig von der finanziellen Situation und sozialen Lage zu erweitern.

» Kapitel 6.2
» Kapitel 8.3

Mögliche Folgen hormoneller Langzeitanwendung thematisieren

Die Pille wird häufig über viele Jahre hinweg kontinuierlich als dauerhafte Verhütungsmethode angewendet. Daher ist es wichtig, junge Frauen bereits zu Beginn ihrer Verhütungsbiografie darüber aufzuklären, dass mit der Entscheidung für die Pille möglicherweise eine langfristige Hormonanwendung verbunden ist. Dazu gehört, mögliche Risiken und Nebenwirkungen sowie deren Zusammenhang mit der Anwendungsdauer verständlich zu thematisieren. Mangelnde Informationen zur Wirkung der Pille und ein fehlendes Bewusstsein für Langzeitanwendungen hormoneller Verhütung werden als Argument für eine kritische Haltung angeführt. Die Interviews zeigen zudem, dass die Pille teilweise bereits Jahre vor dem ersten Geschlechtsverkehr zur Zyklusregulation, zum Schmerzmanagement oder aus Schönheitsaspekten verordnet wird. Auch in diesen Fällen sollten die längerfristige Anwendung und mögliche gesundheitliche Folgen frühzeitig angesprochen und alternative Behandlungsoptionen berücksichtigt werden.

» Kapitel 4.1
» Kapitel 6.2
» Kapitel 7

Unterschiedliche Zielgruppen und Lebenslagen bedenken

Das Alter, die Religion, der Wohnort, die Bildung und viele weitere Determinanten sozialer Lagen können den Zugang zu bestimmten Verhütungsmitteln beeinflussen. Die Verschränkung mehrerer Determinanten verstärkt soziale Marginalisierung und kann die Zugänglichkeit zu Verhütung weiter erschweren. Informations- und Beratungsangebote sollten daher intersektional sensibel unterschiedliche Lebenslagen, Hintergründe und Wissensstände berücksichtigen.

» Kapitel 6.2
» Kapitel 8.1

Verhütung als Verantwortung aller Geschlechter stärken

Um geschlechtsspezifische Verhütungsverantwortung aufzubrechen, sollten alle Geschlechter gleichermaßen in Informationen und Beratung zu Verhütung einbezogen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die körperliche, organisatorische, mentale und finanzielle Verantwortung für Verhütung vielfach bei Frauen verbleibt. Die gesellschaftliche Organisation des Übergangs in die Verhütungsbiografie, bei der der gynäkologischen Praxis in der Verhütungsberatung eine zentrale Rolle zukommt, kann diese geschlechtsspezifische Zuordnung zusätzlich stabilisieren. Daraus ergibt sich der Bedarf, Verhütung stärker als gemeinsame Verantwortung in Partnerschaften bei der Sexualaufklärung und in der öffentlichen Gesundheitskommunikation zu adressieren. Informations- und Aufklärungsangebote sollten alle Geschlechter gleichermaßen einbeziehen und junge Männer frühzeitig als Adressaten von Verhütungsinformationen ansprechen. Dabei muss die gemeinsame Verantwortung mit der körperlichen Selbstbestimmung der Person vereinbar bleiben, die die jeweilige Verhütungsmethode anwendet.

» Kapitel 8.1
» Kapitel 8.2

Mehr Verhütungsoptionen für Männer bereitstellen

Die weiterhin stark auf den weiblichen Körper ausgerichtete Verfügbarkeit von Verhütungsmethoden begrenzt Möglichkeiten einer fairen Aufteilung von Verhütungsverantwortung. Auch wenn aktuelle Forschungen an der Erweiterung des Verhütungsangebotes für Männer arbeiten, besteht zur Unterstützung selbstbestimmter Verhütung Bedarf an einem breiten Spektrum sicherer Verhütungsmöglichkeiten für Männer sowie an verständlichen Informationen über entsprechende Optionen, die frühzeitig allen Geschlechtern zugänglich sind. In längerfristiger Perspektive ist eine Intensivierung von Forschung und Entwicklung zu Verhütungsmitteln für Männer als Beitrag zur geschlechtergerechteren Verteilung von Verhütungsverantwortung zu bewerten.

» Kapitel 2.4
» Kapitel 8.1

Anhang

Literatur 79

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 82

Literatur

ABDA – Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (2021, 26. Oktober). *Immer weniger junge Frauen verhüten mit der Pille.* Pharmazeutische Zeitung. https://www.pharmazeutische-zeitung.de/immer-weniger-junge-frauen-verhueten-mit-der-pille-128831/ [abgerufen am 20.11.2026].

AOK-Bundesverband. (2024, 15. August). *AOK-Analyse: Nur noch 25 Prozent der unter 22-jährigen Frauen und Mädchen lassen sich die Pille verschreiben.* AOK. https://www.aok.de/pp/fileadmin/bereiche/unternehmens-kommunikation/AOKs_und_ihr_Verband/AOK_Bundesverband/Pressemitteilungen/2024/20240815_Pressemit-teilung_Update_Pillenverordnungen.pdf [abgerufen am 20.11.2026].

Brunner, F. (2024, 22. August). *Trend zur hormonfreien Verhütung.* Ärzte Zeitung. https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Trend-zur-hormonfreien-Verhuetung-452121.html

Brückner, M. (2010). Entwicklungen der Care-Debatte: Wurzeln und Begrifflichkeiten. In U. Apitzsch & M. Schmidbaur (Hrsg.), *Care und Migration: Die Ent-Sorgung menschlicher Reproduktionsarbeit in der globalen Peripherie* (S. 43–58). Verlag Barbara Budrich.

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). (o. J.-a). *Familienplanung im Lebenslauf.* BIÖG. https://www.sexualaufklaerung.de/familienplanung-im-lebenslauf/ [abgerufen am 20.11.2026].

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG). (o. J.-b). *Gesetzlicher Auftrag: Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung.* BIÖG. https://www.sexualaufklaerung.de/ueber-das-portal/gesetzlicher-auftrag/ [abgerufen am 26.10.2026]

Bundesinstitut für öffentliche Gesundheit (BIÖG). (o. J.-c). *Pearl-Index.* Familienplanung.de – Lexikon. https://www.familienplanung.de/service/lexikon/pearl-index/ (abgerufen am 20.11.2026]

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (1995). *Die aktuelle Diskussion um Nebenwirkungen der Pille: Einstellungen und Verhalten der Frauen zwischen 16 und 49.* Dokumentation Nr. 090007. https://www.bioeg.de/fileadmin/user_upload/forschung/dokumentationen/090007_DieAktuelleDiskussionUmNebenwirkungenDerPille.PDF [abgerufen am 20.11.2026].

Döring, N. (2021). Mehr Frust als Lust? Die Antibabypille in sozialen Medien. *merz: medien + erziehung,* 65(3), 27–34.

Döring, N., Lehmann, S., & Schumann-Doermer, C. (2023). Verhütung auf YouTube, Instagram und TikTok. *Bundesgesundheitsblatt,* 66, 990–999. https://doi.org/10.1007/s00103-023-03698-0

Glaser, S. (2025). *Doing contraception – Verhütung als vergeschlechtlichte Care-Arbeit von Frauen: Eine qualitative Analyse* [Masterarbeit]. Evangelische Hochschule Freiburg.

Glaser, S., & Mannebach, S. (2027 i. E.). Beginnt die Care-Debatte „zu spät"? Verhütung und (Nicht-)Familien-planung als vergeschlechtlichte familiale Sorgearbeit. In A. Schierbaum, T. Franzheld, D. Krinninger, & M. Euteneuer (Hrsg.), *Familien und ihre Öffentlichkeit(en).* Springer VS.

Hartmann, K. V. (2021). *Pille Macht Diskurs: Hormonelle Kontrazeption im (post-)fordistischen Sexualitätsdispositiv.* Budrich Academic Press.

Helfferich, C. (1996). Mehr als nur eine Pille: Zur subjektiven Bedeutung der Pille für Mädchen und junge Frauen. In G. Staupe & L. Vieth (Hrsg.), *Die Pille – Von der Lust und von der Liebe* (S. 215–227). Rowohlt.

Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92076-4

Helfferich, C. (2012a). Von roten Heringen, Gräben und Brücken: Versuch einer Kartierung von Agency-Konzepten. In S. Bethmann, C. Helfferich, H. Hoffmann & D. Niermann (Hrsg.), *Agency: Qualitative Rekonstruktionen und gesellschaftstheoretische Bezüge von Handlungsmächtigkeit* (S. 9–39). Beltz Juventa.

Helfferich, C. (2012b). *Selbstbestimmung und Verhütung – Herausforderungen in Beratung und Versorgung*. Rundbrief Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen, (32).

Helfferich, C. (2017). *Familie und Geschlecht: Eine neue Grundlegung der Familiensoziologie*. Verlag Barbara Budrich.

Helfferich, C., & Kruse, J. (2007). Hermeneutisches Fremdverstehen als eine sensibilisierende Praxeologie für sozialarbeiterische Beratungskontexte. Oder: Vom „professionellen Blick" zum „hermeneutischen Ohr". In I. Miethe et al. (Hrsg.), *Rekonstruktion und Intervention: Interdisziplinäre Beiträge zur rekonstruktiven Sozialarbeits-forschung* (S. 175–187). Verlag Barbara Budrich.

Helfferich, C., Holz, J.-L., Knittel, T., Olejniczak, L., & Schmidt, F. (2021). „Risk it" – warum Frauen ohne Schwangerschaftsabsicht nicht verhüten. *Bundesgesundheitsblatt,* 64 (11), 1408–1415. https://doi.org/10.1007/s00103-021-03439-1

Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y., & Wlosnewski, I. (2016). *frauen leben 3: Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Eine Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesund-heitliche Aufklärung (BZgA).* (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Studie, Band 38). Köln: BZgA. https://www.sexualaufklaerung.de/publikation/frauen-leben-3/ [abgerufen am 20.11.2026].

Hombach, S. M. (2022, 18. Februar). Verhütung: *Die Pille ist in Verruf geraten – zu Recht?* Spektrum der Wissenschaft. https://www.spektrum.de/news/verhuetung-die-pille-ist-in-verruf-geraten-zurecht/1988419 [abgerufen am 20.11.2026].

Hüttemann, D. (2024, 15. Januar). Pillen-Verordnungen für junge Frauen weiter rückläufig. *Pharmazeutische Zeitung.* https://www.pharmazeutische-zeitung.de/pillen-verordnungen-fuer-junge-frauen-weiter-ruecklaeufig-149350/ [abgerufen am 20.11.2026]

Jurczyk, K., & Thiessen, B. (2020). Familie als Care – die Entzauberung der Normalfamilie. In K. Jurczyk (Hrsg.), *Doing und Undoing Family: Konzeptionelle und empirische Entwicklungen* (S. 116–140). Beltz Juventa.

Knittel, T., & Olejniczak, L. (2026). *Sachsen. Repräsentativbefragung frauen leben 4 – Familienplanung im Lebens-lauf* (Hrsg.: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, BIÖG) (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Länderbericht). Köln: BIÖG. https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:st_fl4_sn

Kidula, N., & Kiarie, J. N. (2025). The WHO Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 6th edition and the WHO Selected Practice Recommendations 4th edition: Update and future direction. *BMJ Sexual & Reproductive Health,* 51(Suppl. 1), S1–S3. https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2025-202836

Kramarz, S., Rath, J., Schwenkhagen, A., & Schaudig, K. (2022). Hormonmüdigkeit – gibt es sie? Was sind die Alternativen? In: *Frauengesundheit in der Praxis, 55,* S. 379–385. https://doi.org/10.1007/s00129-022-04938-1

Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Aufl.). Beltz Juventa.

Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2024). *Fokussierte Interviewanalyse mit MAXQDA: Schritt für Schritt* (2. Aufl.). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-40212-9

Lorenz, L. (2022). Der gute Wille allein reicht nicht. Aspekte vergeschlechtlichter Ungleichheit in der Schwangerschaftsverhütung. In M. Fröhlich, R. Schütz, & K. Wolf (Hrsg.), *Politiken der Reproduktion. Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder* (S. 291-304). transcipt Verlag.

Lucius-Hoene, G., & Deppermann, A. (2002). *Reduktion narrativer Identität. Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews*. Leske + Budrich.

Mannebach, S., Glaser, S., Olejniczak, L., & Knittel, T. (2026). Rückgang der Anwendung hormoneller Kontrazeptiva bei Frauen: Genese kritischer Einstellungen in reproduktiven Biografien. *Bundesgesundheitsblatt,* 69(4), 400-409. https://doi.org/10.1007/s00103-026-04211-z

Rauber, A. (2024). *Caring girlhood – Verhütung als Sorgearbeit von Mädchen.* Geschlecht und Gesellschaft (Bd. 85). Springer VS. https://doi.org/10.1007/978-3-658-46048-8

Roig, E. (2023). *Das Ende der Ehe: Für eine Revolution der Liebe.* Ullstein.

Scharmanski, S., & Dinger, L. (2026). Sexual- und Verhütungsverhalten Jugendlicher und junger Erwachsener in Deutschland: Aktuelle Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität". *Bundesgesundheitsblatt,* 69(4), 391–399. https://doi.org/10.1007/s00103-026-04203-z

Scharmanski, S., & Hessling, A. (2022). Sexualaufklärung junger Menschen in Deutschland: Ergebnisse der repräsentativen Wiederholungsbefragung „Jugendsexualität". *Journal of Health Monitoring,* 7(2), 23–41. https://doi.org/10.25646/9874

Scharmanski, S., & Hessling, A. (2024). *Verhütungsverhalten Erwachsener 2023: Forschungsbericht zur Repräsentativbefragung.* (Hrsg. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, BZgA) (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung). Köln. BZgA. https://doi.org/10.17623/BZgA_SRH:st_verhuetung2023

Scharmanski, S., & Hessling, A. (2025). *Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher 2024: Im Fokus: 18- bis 49-Jährige.* BIÖG-Faktenblatt (Hrsg. Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit). https://doi.org/10.17623/BIOEG_SRH:fb_verhuetung2024-trend

Schübel, T., & Friele, B. (2023). *Medikalisierung und Soziale Arbeit.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-40507-6

Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., & Lidegaard, Ø. (2016). Association of hormonal contraception with depression. *JAMA Psychiatry*, 73(11), 1154 –1162. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.2387

Skovlund, C. W., Mørch, L. S., Kessing, L. V., & Lidegaard, Ø. (2017). Increase in depression diagnoses and prescribed antidepressants among young girls: A national cohort study 2000 -2013. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(5), 378 –385. https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1305445

Speck, S. (2020). Paradoxe Modernisierung – Warum Gleichheit zu Ungleichheit wird. In K. Forster, K. Kuster, R. Rendtorff & S. Speck (Hrsg.), *Geschlecht-er denken: Theoretische Erkundungen* (S. 54–82). Verlag Barbara Budrich.

Speck, S. (2022). Vom Umschlag der Emanzipation: Wandel und Fortbestand der Geschlechter- und Reproduktionsverhältnisse. In K. Stögner & A. Colligs (Hrsg.), *Kritische Theorie und Feminismus* (S. 180–202). Suhrkamp.

Tschudin, S. (2021). Pillenmüdigkeit? Fakten und Auswirkungen. *Gynäkologische Endokrinologie,* 19, 280–285. https://doi.org/10.1007/s10304-021-00407-5

Zitzmann, M. (2026). Kontrazeption für den Mann – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Entwicklungen. *Bundesgesundheitsblatt,* 69(3), 410–416. https://doi.org/10.1007/s00103-026-04208-8

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 Angewendete Verhütungsmittel 17

Abbildung 2 Anwendung der Pille nach Altersgruppen 18

Abbildung 3 Modell der Genese kritischer Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva in der Verhütungsbiografie 34

Abbildung 4 Mögliche Ausprägungen von hormonkritischen Einstellungen 44

Tabelle 1 Soziodemografische Merkmale der quantitativen Stichprobe 25

Tabelle 2 Sample der qualitativen Teilstudie nach Alter 27

Familienplanung und Verhütung

» Forschung und Ergebnisse online

Familienplanung im Wandel

„frauen leben 4“ setzt eine Studienreihe fort, die bereits in drei großen Zyklen über mehrere Jahrzehnte in Deutschland durchgeführt wurde. Die Befragungsrunden ab 2024 liefern aktuelle Daten und Einblicke in die Familienplanung im Lebenslauf. Punktuell ermöglichen die repräsentativen Daten Zeitvergleiche mit den früheren Erhebungen. Die Lebenswelten von Frauen mit ihren Einstellungen und Haltungen zu Schwangerschaft, Verhütung und Familienplanung bilden die qualitativen Interviews ab.

Mehr zur Studienreihe „frauen leben“
www.sexualaufklaerung.de/familienplanung-im-lebenslauf

Wiederholungsbefragung

FAMILIENPLANUNG IM LEBENSLAUF

Blick in die Regionen

2024 wurden 7.111 Frauen im Alter von 20 bis 44 Jahren in Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen und Sachsen befragt. Die Erhebung knüpft in weiten Teilen an die Studie „frauen leben 3“ an, die 2012 in denselben Bundesländern durchgeführt wurde. Die vier Länderberichte geben Einblicke in die Themen Kinderwunsch, Schwangerschaften, Verhütung und die Lebensbedingungen von Frauen.

www.sexualaufklaerung.de/familienplanung-im-lebenslauf/laenderberichte-fl4

Fortsetzung der Studienreihe

Die zweite Befragungsrunde von „frauen leben 4“ umfasst Bremen, Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Die übrigen Länder folgen in den anschließenden Befragungsrunden.

Projektsteckbrief „frauen leben 4“ – zweite Befragungsrunde
www.sexualaufklaerung.de/forschungsprojekt/frauen-leben-4-2



Verhütungsverhalten gestern und heute

Die Studie Verhütungsverhalten Erwachsener und Jugendlicher gehört zu den großen bundesweiten Wiederholungsbefragungen zur Verhütung in Deutschland. Seit 2003 untersucht sie die Nutzung von Verhütungsmethoden sowie Einstellungen und Motive bei der Wahl der Verhütungsmethode. Ihre repräsentativen Ergebnisse zum Rückgang hormoneller Verhütung bilden einen Rahmen für die qualitative Untersuchung zur Hormonkritik aus „frauen leben 4".

Mehr Informationen
zur Wiederholungsbefragung
www.sexualaufklaerung.de/
verhuetungsverhalten

Wiederholungsbefragung
VERHÜTUNGS VERHALTEN

Verhütungsverhalten von Jugendlichen im Zeitverlauf

Die repräsentative Studie Jugendsexualität untersucht seit 1980 Einstellungen und Verhaltensweisen von 14- bis 25-Jährigen zu Sexualität, Verhütung und Sexualaufklärung in der Bundesrepublik Deutschland. Die Ergebnisse der 10. Welle ergänzen die qualitative Untersuchung aus „frauen leben 4" um die Perspektive jüngerer Altersgruppen und aktuelle Entwicklungen im Verhütungsverhalten.

Mehr Informationen
zur Wiederholungsbefragung
www.sexualaufklaerung.de/
jugendsexualitaet

Wiederholungsbefragung
JUGEND SEXUALITÄT



Impressum

Herausgeber
Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG)
Kommissarische Leitung: Dr. Johannes Nießen
Maarweg 149–161
50825 Köln
Tel.: 0221 8992-0
www.bioeg.de
www.sexualaufklaerung.de

Redaktion
Dr. Sara Scharmanski, BIÖG

Lektorat, Konzept und Gestaltung
Kühn Medienkonzept & Design GmbH
Ruppichteroth, Köln

Version
PDF-Version 1.0
online veröffentlicht November 2026

Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wird vom BIÖG kostenlos abgegeben.
Sie ist nicht zum Weiterverkauf durch die Empfängerin, den Empfänger oder Dritte bestimmt.

Zitierweise
Mannebach, S. (2026). *Kritische Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva. Entwicklung und Auswirkung auf reproduktive Biografien. frauen leben 4: Ergebnisbericht zur qualitativen Vertiefungsbefragung der ersten Erhebungsrunde* (Hrsg.: Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit, BIÖG) (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Studie). Köln: BIÖG. https://doi.org/10.17623/biog_srh_st_fl4-1_hormonkritik

frauen leben 4

FAMILIENPLANUNG IM LEBENSLAUF VON FRAUEN

Kritische Einstellungen zu hormonellen Kontrazeptiva in reproduktiven Biografien

Die Studienreihe „frauen leben" liefert seit Jahrzehnten verlässliche Daten zur Familienplanung von 20- bis 44-jährigen Frauen in Deutschland. Die qualitative Vertiefungsstudie gewährt umfassende Einblicke in die Entstehung und Entwicklung hormonkritischer Einstellungen in der Verhütungsbiografie von Frauen.

Die Interviewdaten ermöglichen die Rekonstruktion von Wissen zu hormoneller Verhütung und welche Strukturen die Lebenswelten von Frauen heute während der reproduktiven Phase prägen. Diese Erkenntnisse können in Politik, Fachpraxis und Öffentlichkeit genutzt werden und unterstützen eine evidenzbasierte Weiterentwicklung familien- und gesundheitspolitischer Maßnahmen.

Mehr Infos zur Wiederholungsbefragung
www.sexualaufklaerung.de/
familienplanung-im-lebenslauf



Informiert bleiben – Newsletter bestellen

Informationen zu Studien, Materialien und Fachinformationen rund um Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung

Abonnieren Sie den Newsletter
www.sexualaufklaerung.de/newsletter

BIÖG 2026 – Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung

Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit

SoFFI F

Wiederholungsbefragung
FAMILIENPLANUNG IM LEBENSLAUF