



pro-familia hintergrund

Schwangerschafts- abbruch

Fakten und Hintergründe



Impressum



pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2017

Der pro familia Bundesverband wird vom Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert.

Layout: Katharina Gandner

Titel-Foto: © Amgun – fotolia.com

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Der Schwangerschaftsabbruch als Recht der Frau	4
Rechtliche und politische Entwicklungen.	6
1. Ein Jahrhundert Kampf für sexuelle Selbstbestimmung und das Recht auf Abtreibung	6
2. Die aktuelle Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland	9
3. Rechtliche Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch in Europa	12
4. Kritik an der deutschen Rechtslage	14
Gründe, Motive und Verarbeitung	16
1. Die Sicht der Frauen – ein komplexes Gefüge von Motiven	16
2. Verhütung und ungewollte Schwangerschaft	18
3. Die Diskussion um die psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs.	19
Aspekte der medizinischen Versorgung	21
1. Zahlen zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland	21
2. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs.	24
3. Defizite in der medizinischen Versorgung in Deutschland	27
4. Die internationale Perspektive: Unsafe Abortion	30
Pflichtberatung zwischen Gesetzesauftrag und professionellem Anspruch	32
1. Beratungsverständnis versus gesetzliche Vorgaben.....	32
2. Die Realität: Ein gut funktionierendes Arrangement?	33
3. Einfluss der Beratung auf die Entscheidungsfindung.....	34
4. Eine Zukunft ohne Pflichtberatung?	34
Anhang	36
Das Recht der Frau auf selbstbestimmte Entscheidung. pro familia Position zum Schwangerschaftsabbruch (Mai 2012)	36
Literatur.....	40

Einleitung: Der Schwangerschaftsabbruch als Recht der Frau

pro familia setzt sich seit vielen Jahrzehnten dafür ein, dass Frauen, die eine Schwangerschaft nicht austragen möchten, legal und ohne dafür diskriminiert zu werden einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen können und ihnen dafür der höchste Versorgungsstandard zur Verfügung steht.

Als Gründungsmitglied der International Planned Parenthood Federation (IPPF), dem Dachverband von Familienplanungsorganisationen weltweit, ist pro familia der von der IPPF entwickelten *Charter on Sexual and Reproductive Rights* von 1996 und der überarbeiteten Fassung *Sexual Rights: An IPPF Declaration* von 2008 verpflichtet. Die sexuellen und reproduktiven Rechte basieren auf den allgemeinen Menschenrechten und halten explizit fest, dass jeder Mensch frei entscheiden kann, ob, wann und wie viele Kinder er/sie bekommen möchte (IPPF 2008, Artikel 9, 3, 5). Daraus ergibt sich das Recht der Frau auf einen Schwangerschaftsabbruch (pro familia 2012).

Eine ungewollte Schwangerschaft ist ein mögliches Ereignis im Leben einer Frau. Dass eine Frau in einem bestimmten Moment ihres Lebens eine Schwangerschaft nicht austragen möchte, ist eine sehr persönliche, von vielen unterschiedlichen Faktoren abhängige Entscheidung. Eine Beschränkung einer solchen Möglichkeit greift fundamental in das Leben der Frauen ein und hat gravierende Folgen für ihre reproduktive und sexuelle Gesundheit.

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein seit Langem und emotional debattiertes Thema. Heutige Debatten zum Schwangerschaftsabbruch sind nicht mehr Bestandteil einer großen gesellschaftlichen Diskussion, wie dies in den 1970er Jahren in der BRD noch der Fall war – damals eingebettet in die Artikulation von Forderungen nach Selbstbestimmung und Freiheit des Individuums in einer sich wandelnden Gesellschaft. Die aktuelle Diskussion in Deutschland hat sich angesichts neuer medizinischer und insbesondere reproduktionsmedizinischer Möglichkeiten vorrangig auf den Status und die Schutzwürdigkeit des Fetus/Embryos zentriert. Das Recht der Frau auf sexuelle Selbstbestimmung und das damit verbundene Recht auf den Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft wird häufig dem Lebensrecht des Embryos eindimensional gegenübergestellt oder diesem untergeordnet – eine Position, die auch das Bundesverfassungsgericht eingenommen hat und die insofern die deutsche Gesetzge-

bung bestimmt (BVerfGE 88, 203, Urteil vom 28.05.1993). Zudem machen Abbruchgegner in Medien und Politik auf sich aufmerksam, indem sie den Schwangerschaftsabbruch und reproduktionsmedizinische Fragestellungen miteinander verbinden.¹ Die aktiven Abbruchgegner sind mehrheitlich von einem konservativen christlich-fundamentalistischen Denken geprägt, verknüpft mit zum Teil restriktiven rechtspopulistischen Modellen von „natürlicher Familie“. Als Folge werden bereits realisierte liberale Regelungen zum Teil in Frage gestellt (wie Versuche in Frankreich und Spanien zeigten) oder anstehende Liberalisierungen verhindert (Polen, Irland).

pro familia setzt sich dafür ein, dass ein für eine Gesellschaft wichtiges Thema wie der Schwangerschaftsabbruch offen und wertschätzend debattiert und nicht von moralisierender Polemik überlagert wird. pro familia stellt sich klar auf die Seite der Frau. Dies bedeutet keineswegs, dass vorgeburtliches Leben schutzlos ist oder sein darf. pro familia wendet sich gegen Selektion und Ökonomisierung von Schwangerschaft und embryonalem Leben. Aus Sicht von pro familia genießt allerdings der Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte der Frau oberste Priorität.

In einer pluralen Gesellschaft gibt es auf eine ungewollte Schwangerschaft eine Vielzahl von Perspektiven. pro familia als Verband, der in der Beratung und Versorgung schwangerer Frauen tätig ist, akzeptiert die unterschiedlichen ethischen und moralischen Positionen, stellt sich aber vehement dagegen, einzelne Einstellungen anderen Menschen aufzuzwingen. Aus unserer Sicht ist es Aufgabe des Staates, das Recht der einzelnen Frau zu schützen. Dafür müssen Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt werden, die selbstbestimmte Familienplanung unter umfassender Achtung von Gesundheit und Menschenwürde ermöglichen.

pro familia fordert, die §§ 218 und 219 aus dem Strafgesetzbuch zu streichen und damit auch die verpflichtende Beratung und Wartezeit abzuschaffen. Die bestehende Gesetzgebung ist von Bevormundung und Doppelmoral geprägt. Ein Schwangerschaftsabbruch gilt prinzipiell als Straftat gegen das Leben und ist nur unter definierten Ausnahmen erlaubt. Frauen werden ebenso wie das beteiligte medizinische Personal im geltenden Recht kriminalisiert und moralisch diskreditiert.

¹ So setzt sich zum Beispiel die konservative europäische Bewegung „One of us“ sowohl gegen die Forschung an embryonalen Stammzellen und das Klonen als auch gegen den Schwangerschaftsabbruch ein.

Eine weitere wichtige Forderung von pro familia zielt auf die Verbesserung der Versorgungssituation in Deutschland, da ein Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch nur mit einer entsprechenden Infrastruktur auch realisierbar ist.

Zentral ist zudem der Ausbau hochqualifizierter Beratung als Angebot für Frauen, die sich mit ihrer Familien- und Lebensplanung auseinandersetzen und dafür auf professionelle Unterstützung zurückgreifen möchten. Damit vertreten wir keineswegs die Auffassung, dass Frauen ohne Unterstützung keine informierte und selbstbestimmte Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft treffen könnten. Im Gegenteil, pro familia setzt sich seit Langem für die Selbstbestimmungsrechte der Frau und gegen verpflichtende Beratung ein. Die Möglichkeit, freiwillig eine professionelle Beratung wahrnehmen zu können, wenn das Bedürfnis besteht, ist aber ein wichtiger Bestandteil einer guten Versorgung, auch und vor allem beim Schwangerschaftsabbruch.

Im Folgenden sollen Fakten, Argumente und Hintergründe dargestellt werden, die die Position von pro familia zum Schwangerschaftsabbruch verdeutlichen, wie sie auf Basis der sexuellen und reproduktiven Rechte bereits grundlegend charakterisiert wurde (pro familia 2012; siehe Anhang). Es sollen Bedarfe, Probleme und Herausforderungen identifiziert werden, um daraus Handlungsempfehlungen und Forderungen abzuleiten.²

pro familia Bundesverband
im Juni 2017

² Das vorliegende Hintergrundpapier ist eine Aktualisierung des Standpunktpapiers zum Schwangerschaftsabbruch von pro familia aus dem Jahr 2001.

Rechtliche und politische Entwicklungen

Versuche, ungewollte Schwangerschaften zu beenden, gibt es in allen Kulturen und wahrscheinlich seit Anbeginn der Menschheit. Ablehnende Positionen zum Schwangerschaftsabbruch sind insbesondere mit dem Entstehen patriarchaler und monotheistisch geprägter Kulturen und Religionen verknüpft. In Europa wird der Abbruch einer Schwangerschaft schon seit Jahrhunderten auch strafrechtlich sanktioniert. In das 1872 eingeführte deutsche Strafgesetzbuch wurde im Abschnitt 16 – damals mit „Verbrechen gegen das Leben“ überschrieben – der bis heute existierende § 218 verankert.³ Frauen, die eine Schwangerschaft aktiv beendeten, drohten damit bis zu fünf Jahre Zuchthaus. Schon bald erhob sich mit der beginnenden Frauenbewegung Widerstand gegen die Kriminalisierung von Frauen und medizinischem Personal im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch. Der Kampf um den § 218 begann.

1. Ein Jahrhundert Kampf für sexuelle Selbstbestimmung und das Recht auf Abtreibung

Die Teile der Frauenbewegung, die im beginnenden 20. Jahrhundert die Abschaffung des § 218 thematisierten, kamen zumeist aus der sozialistischen sowie aus dem progressiven Teil der bürgerlichen Frauenbewegung – so etwa Helene Stöcker mit dem von ihr mit initiierten Bund für Mutterschutz und Sexualreform. Soziale Notlagen breiter Bevölkerungsschichten und ein eingeschränkter Zugang zu Bildung und gesundheitlicher Versorgung prägten die gesellschaftliche Wirklichkeit des Kapitalismus dieser Zeit. Das Wissen über Sexualität und Verhütung in der breiten Bevölkerung war defizitär und der Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft war legal nicht möglich. Illegale Schwangerschaftsabbrüche kriminalisierten die Frauen, brachten sie aber gleichzeitig auch in höchste Gefahr für Leib und Leben – großes persönliches Leid war die Folge. In der Weimarer Republik fanden intensive öffentliche Debatten um den § 218 statt. Sozialdemokratische und kommunistische Positionen beurteilten diese Regelung als einen „Klassenparagrafen“, der vor allem Arbeiterfrauen gesundheitlich und strafrechtlich bedrohte. Schließlich wurde 1926 eine Abmilderung erreicht: Der Schwangerschaftsabbruch wurde nicht mehr mit Zuchthaus, sondern „nur“ noch mit Gefängnis bestraft (Diehnel 1993). Ein Gerichtsurteil von 1927 befand zudem, dass ein Schwangerschaftsabbruch

bruch bei Gefahr für das Leben der Mutter nicht mehr strafbar sein sollte.

Die auf das Wohl der Frauen und soziale Gerechtigkeit ausgerichteten Vorstöße gegen den § 218 aus dem ersten Drittel des 20. Jahrhunderts wurden in der Zeit des Nationalsozialismus durch eine pro-natalistische, auf den Erhalt des „deutschen Volkes“ ausgerichtete Zielsetzung ersetzt. Direkt nach der Machtergreifung verschärfte das Regime die Strafen für den Schwangerschaftsabbruch und stellte ihn 1943 in besonderen Fällen sogar unter Todesstrafe. Gleichzeitig wurde der Zugang zu Verhütungsmitteln erschwert. Andererseits legalisierte das nationalsozialistische Regime den Schwangerschaftsabbruch bei Personen, die als Träger bestimmter Erbkrankheiten identifiziert wurden. Von der 1943 eingeführten Todesstrafe blieben Frauen ausgenommen, deren Fortpflanzung in der NS-Ideologie unerwünscht war, da sie als minderwertig eingestuftes Bevölkerungsgruppen angehörten. Diese Frauen wurden sogar häufig zu Abtreibungen gezwungen. Innerhalb der brutal ausgrenzenden, biologistischen Ideologie des NS-Regimes ging es darum, menschenverachtende bevölkerungspolitische Ziele zu erreichen: die „arische Rasse“ als „Herrenrasse“ zu privilegieren und andere Menschen an der Fortpflanzung zu hindern.

Nach 1945 wurden die NS-Gesetze in den Besatzungszonen nach und nach außer Kraft gesetzt. In den sowjetisch besetzten Gebieten wurde der § 218 StGB gestrichen und in der Folge durch unterschiedliche rechtliche Regelungen abgelöst, die medizinische, kriminologische, aber auch eugenische Schwangerschaftsabbrüche erlaubten sowie in den meisten Bundesländern Abbrüche aus sozialen Gründen. 1950 wurde in der neu gegründeten DDR das „Gesetz über den Mütter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau“ erlassen, das neben durchaus sehr weitreichenden Rechten der Frau im § 11 auch den Schwangerschaftsabbruch regelte, allerdings nun auf klar restriktiver Grundlage: Ein Schwangerschaftsabbruch war nur bei medizinischer und embryopathischer Indikation erlaubt, die zudem durch eine Kommission zu stellen war. Diese Regelung wurde erst in den 1960er Jahren um den Schwangerschaftsabbruch aus sogenannten sozialmedizinischen Gründen erweitert (Hahn 2000; Hahn 2015). In den westlichen Besatzungsgebieten galt der § 218 StGB weiter und die rechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch aus der Zeit vor 1945 behielten ihre Gültigkeit. Damit waren medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche möglich. Mangels einer einheitlichen Bundesregelung blieb die Entscheidungsbefugnis über

³ Die inzwischen vorgenommenen Änderungen werden im historischen Abschnitt beschrieben.

den Schwangerschaftsabbruch in der BRD im Zuständigkeitsbereich der Länder, was zu einem unterschiedlichen Umgang führte.

Als pro familia 1952 in Kassel gegründet wurde, waren Verhütungsmittel und Wissen über Verhütung schwer zugänglich, und illegale Abtreibungen mit den entsprechenden Komplikationen kamen häufig vor. Die überwiegend aus dem medizinischen Bereich kommenden Gründungsmitglieder von pro familia bemühten sich in dieser Situation primär aufzuklären und Prävention zu leisten.

Aufbruch der 1960er und 1970er Jahre: „Mein Bauch gehört mir“

Neue Herausforderungen entstanden im Zuge der Auseinandersetzungen der 1960er Jahre. In vielen Bereichen ging es um das Aufbrechen verkrusteter gesellschaftlicher Strukturen, die Einforderung selbstbestimmten Lebens, die Überwindung patriarchaler Beziehungsweisen und die Veränderung der Rolle der Frau. Durch die restriktiven Zugänge zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption⁴ und die damit verbundenen Notlagen vieler Frauen war ein großer Druck entstanden. Im Zuge der Proteste der 1960er Jahre und befördert durch die Formierung einer neuen Frauenbewegung kam es in der BRD erneut zu heftigen Debatten um den § 218 StGB.

Das Recht der Frauen auf sexuelle Selbstbestimmung und damit auch auf den Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft wurde immer vehementer eingefordert („Mein Bauch gehört mir“). Eine Mehrheit von Frauen aus unterschiedlichen gesellschaftlichen Lagern setzte sich für eine selbstbestimmte Sexualität und Familienplanung ein. Dazu gehörte auch, die Sexualeaufklärung zu verbessern und Verhütungsmittel frei zugänglich zu machen sowie den § 218 ersatzlos zu streichen (Notz 2007). Einen Höhepunkt der westdeutschen Entwicklung stellte die berühmte Kampagne dar, bei der sich 364 Frauen (darunter zahlreiche prominente) in der Ausgabe des *Stern* vom 6. Juni 1971 unter der Überschrift „Ich habe abgetrieben“ dazu bekannten, einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen zu haben. Medial wirksam wurde deutlich, dass das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland keineswegs bedeutete, dass keine Schwangerschaften abgebrochen wurden. Abbrüche fanden entweder unter entwürdigenden Bedingungen illegal in der BRD selbst oder im Ausland statt – zumeist in europäischen Nachbarstaaten wie den Niederlanden und England. Der

Ruf „Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren“ war dann auch ein wichtiges Argument der Demonstrationen gegen den § 218 StGB.

pro familia nahm in dieser Debatte eine klare gesellschaftliche Position ein: der Verband setzte sich für die ungehinderte Entscheidungsmöglichkeit der Frau ein. Gleichzeitig engagierte sich pro familia für eine umfassende und qualitativ hochwertige Versorgung, für Sexualeaufklärung und eine sozial gerechte Lösung für Frauen, die eine Schwangerschaft nicht austragen wollen.

Sowohl in Reaktion auf die Debatte in der BRD aber auch aus inhärenten Gründen⁵ kam es in der DDR bereits 1972 zur Einführung eines modernen außerstrafrechtlichen Fristenmodells – der liberalsten Regelung zum Schwangerschaftsabbruch, die bisher in Deutschland realisiert wurde. Der Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft war damit als Recht der Frau bestätigt, die Kosten durch die Sozialversicherung getragen. Es gab ein Recht, aber keine Pflicht zur Beratung. Flankiert war das Gesetz vom unentgeltlichen Zugang zu Verhütungsmitteln. Zwar war die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in der DDR anfangs hoch, nahm jedoch schon bald stetig ab (Busch 2015a).

In der BRD wurde 1974 eine wenn auch nach wie vor strafrechtlich in den § 218 eingebundene Fristenlösung mit knapper Mehrheit im Bundestag verabschiedet. Sie musste allerdings wieder zurückgenommen werden, da das von CDU/CSU angerufene Bundesverfassungsgericht mehrheitlich der Auffassung war, die Fristenregelung sei mit dem Grundgesetz nicht vereinbar. Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 1975 besagt im Kern, dass das „sich im Mutterleib entwickelnde Leben [...] als selbstständiges Rechtsgut unter dem Schutz der Verfassung“ stehe und „Vorrang vor dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren“ genieße, allerdings könnten „Gefahr für Leib und Leben“ sowie weitere außergewöhnliche Belastungen als Ausnahmen geltend gemacht werden, worüber aber die Frau selbst nicht entscheiden dürfe (Berghahn 2015: Seite 167). Auf Basis dieses Urteils blieb der Schwangerschaftsabbruch in der BRD weiterhin grundsätzlich strafbar. Ab Juni 1976 galt ein reformierter § 218: eine Indikationenregelung, die den Schwangerschaftsabbruch prinzipiell unter Strafe stellte, allerdings vier Ausnahmen zuließ, nämlich aus medizinischen, kri-

⁴ Die Pille, die nunmehr grundsätzlich die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung ermöglichte, war in der BRD zwar seit 1962 zugelassen, wurde aber anfangs nur sehr zögerlich verordnet.

⁵ Illegale Schwangerschaftsabbrüche mit den entsprechenden negativen gesundheitlichen Folgen, aber auch die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen in den Nachbarländern Polen und CSSR sollten vermieden werden. Vor allem aber war das Recht auf eine selbstbestimmte Entscheidung in eine Programmatik eingebunden, die die Gleichberechtigung der Frau vertrat.

minologischen und eugenischen Gründen sowie in einer Notlage (i.e. soziale und persönliche Umstände). Die Indikationen mussten von Ärzt*innen festgestellt werden. Zudem wurde eine verpflichtende Beratung eingeführt.

Seitdem erfolgte die Mehrzahl der Schwangerschaftsabbrüche in der BRD auf Basis der sogenannten Notlagenindikation. Gleichzeitig entstand, wie im Gesetz vorgesehen, ein Netz von Schwangerschaftsberatungsstellen, die die Pflichtberatungen durchführten. Insbesondere pro familia engagierte sich hier, von Anbeginn von einer rechtbasierten Position zu Beratung und Entscheidung geleitet. Zudem war der Verband bemüht, Ärzt*innen einzustellen, die eine Indikation ausstellen konnten, um somit den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch für die Frauen zu verbessern.

Obgleich die Gesetzeslage von pro familia als Kompromiss respektiert wurde, erfüllten die Regelungen grundlegende Forderungen des Verbands nicht: Der Schwangerschaftsabbruch war weiterhin im Strafrecht verortet, durch die Indikationenregelung war das Selbstbestimmungsrecht der Frauen eingeschränkt und die Entscheidungsgewalt zu großen Teilen auf die Ärzteschaft verlagert. Zudem missachtete die Einführung einer Beratungspflicht den Grundsatz der Freiwilligkeit von Beratung.

Schwangerschaftsabbruch als Menschenrecht: pro familia, die IPPF und die UN-Agenda 2030

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde das Thema Schwangerschaftsabbruch mehr und mehr ein Thema internationaler Debatten, die auf der Grundlage von Menschenrechten argumentieren. Ausgangspunkt bildet die Betonung des Rechts auf Familienplanung in der Proklamation der Ersten Internationalen Konferenz für Menschenrechte in Teheran 1968. Dort wurde Familienplanung erstmals international als Menschenrecht erklärt (Artikel 16 der Proklamation). Eine wichtige Zäsur und den Endpunkt einer Jahrzehnte dauernden Entwicklung markiert die Weltbevölkerungskonferenz 1994 in Kairo, auf der das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung und Gesundheit auf internationaler Ebene bestätigt und eingefordert wurde. Zentrale Werte in diesem Diskurs sind Autonomie und Menschenwürde. Zwar wurde in Kairo das Recht auf Schwangerschaftsabbruch nicht explizit festgeschrieben, da an diesem brisanten Punkt keine Einigung zu erzielen war, aber die Konferenz forderte, dass in den Ländern, die Schwangerschaftsabbrüche erlauben, eine Gesundheitsversorgung unter adäquaten Standards gesichert werden muss.

Auf die Kairoer Konferenz bezugnehmend verabschiedete die Generalversammlung der Vereinten Nationen 2015 die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung, die in 17 Zielen, den „Sustainable Development Goals“, auch allgemeine Gesundheit (Ziel 3) sowie die Geschlechtergleichstellung (Ziel 5) fordert. Ziel 5 beinhaltet explizit den „allgemeinen Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und reproduktiven Rechten“ (UN 2015, S. 19). Der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, der die Umsetzung des UN-Sozialpakts als Teil der Menschenrechte überwacht, hat am 2. Mai 2016 unter Bezugnahme auf die Agenda 2030 festgestellt, dass das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit integraler Bestandteil des Rechts auf Gesundheit ist. Der Ausschuss fordert im Folgenden unter anderem die Entkriminalisierung und Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, die Garantie sicherer und guter Versorgung rund um den Schwangerschaftsabbruch, die Respektierung des Rechts der Frauen auf eine autonome Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft sowie die Abschaffung verpflichtender Wartezeiten und nicht ergebnisoffener Beratung beim Schwangerschaftsabbruch (UN 2016).

Als Gründungsmitglied der International Planned Parenthood Federation (IPPF), dem Dachverband von Familienplanungsorganisationen weltweit, nahm pro familia intensiv Anteil an der internationalen Debatte und den daran anknüpfenden Prozessen und engagierte sich insbesondere bei der Vermittlung der Diskussion nach Deutschland. Die von der IPPF entwickelte *Charter on Sexual and Reproductive Rights* von 1996 und die überarbeitete Fassung *Sexual Rights: An IPPF Declaration* von 2008 sind ebenso wie die Ziele der Agenda 2030 Grundlagen und Bezugspunkt für die Arbeit von pro familia (IPPF 2008).

Nach der deutschen Einigung: ein neuer Kompromiss

Mit der deutschen Einigung wurde die Vereinheitlichung zweier konträrer rechtlicher Regelungssysteme zum Schwangerschaftsabbruch erforderlich. In einer Phase intensiver gesellschaftlicher Debatten trat pro familia vehement für eine neue, liberale Regelung und die Streichung des § 218 aus dem Strafgesetzbuch ein (Notz 2007).

1992 beschloss der Bundestag in einer parteiübergreifenden Abstimmung eine Fristenregelung mit Pflichtberatung, die immer noch im Strafrecht verankert war. Dieses Modell scheiterte erneut am Bundesverfassungsgericht, das die Argumentation von 1975 noch

erweiterte (BVerfGE 88, 203, Urteil vom 28.05.1993). Es erklärte den „Embryo explizit zum individuellen Träger des Grundrechts auf Leben und der Menschenwürde“ (Berghahn 2015: Seite 174). Am 1. Oktober 1995 wurden daraufhin mit dem Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) die 1992 verabschiedeten Passagen im Strafgesetzbuch angepasst und das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)) verabschiedet. Dieser Kompromiss, eine Mischung aus Indikationen- und Fristenregelung mit Pflichtberatung, der den Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmen nicht als rechtswidrig einordnet (medizinische und kriminologische Indikation), allerdings bis zur zwölften Woche nach Beratung straffrei stellt, gilt bis heute (zur aktuellen Gesetzeslage siehe unten). Das Schwangerschaftskonfliktgesetz wurde mehrfach erweitert: 2010 traten Regelungen bezüglich Beratung und Wartezeit bei der medizinischen Indikation in Kraft, 2012 zu Mitwirkungspflichten der Schwangerschaftsberatungsstellen in den Netzwerken Früher Hilfen, 2012 wurden der Anspruch auf anonyme Beratung auf alle Schwangeren ausgedehnt und die Aufgaben der Schwangerschaftsberatung im Rahmen des Bundeskinderschutzgesetzes verankert und am 1. Mai 2014 sind Regelungen zum Ausbau der Hilfe für Schwangere und der vertraulichen Geburt in Kraft getreten.

2. Die aktuelle Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland

Die in Deutschland bestehende gesetzliche Regelung stellt im § 218 StGB den Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich unter Strafe und platziert ihn nach wie vor im Abschnitt 16, „Straftaten gegen das Leben“. Neben diversen anderen Tötungsdelikten nimmt der Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft mit seinen Unterparagraphen den größten Raum in diesem Abschnitt des Strafgesetzbuches ein. Der § 218a enthält Ausnahmen, bei denen der Abbruch einer Schwangerschaft straffrei ist. So ist auch der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der Frau innerhalb einer bestimmten Frist und nach verpflichtender Beratung straffrei (§ 218a Abs. 1), allerdings wird seine Rechtmäßigkeit im Gesetzestext nicht festgestellt.⁶ Bei Vorliegen einer sogenannten kriminologischen oder medizinischen Indikation ist der Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig (§ 218a Abs. 2 und 3).

⁶ Zu Bedeutung und Konsequenzen siehe unten.

Aus dieser Festschreibung im Kontext des Strafgesetzes ergeben sich eine Reihe von Pflichten für Ärzt*innen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen: Sie müssen prüfen, ob die Voraussetzungen für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch erfüllt sind, der Frau Gelegenheit geben, über ihre Gründe zum Schwangerschaftsabbruch zu sprechen, das Schwangerschaftsalter mit geeigneten Methoden überprüfen sowie die Frau über Ablauf, Folgen und Risiken des Schwangerschaftsabbruchs informieren (§ 218c). Zudem wird in § 219a die Werbung für den Schwangerschaftsabbruch unter Strafe gestellt.

Das 1995 in Kraft getretene und seitdem mehrfach erweiterte Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) regelt Details zur Aufklärung, Information und Beratung im Zusammenhang mit Fragen der Familienplanung, einschließlich der verpflichtenden § 219-Beratung, sowie Fragen in Zusammenhang mit der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, Pflichten der statistischen Aufzeichnung und die Möglichkeit der vertraulichen Geburt. Im Schwangerschaftskonfliktgesetz ist explizit festgelegt, dass niemand verpflichtet ist, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, es sei denn, es besteht Gefahr für Leben oder Gesundheit der Schwangeren (§ 12 SchKG).

Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregelung

Ein Schwangerschaftsabbruch kann in Deutschland auf Verlangen der Frau bis zur zwölften Schwangerschaftswoche nach Empfängnis (= p.c.)⁷ straffrei durchgeführt werden, wenn er von Ärzt*innen vorgenommen wird und vorher eine Beratung nach § 219 bei einer staatlich anerkannten Beratungseinrichtung stattgefunden hat (Nachweis per Beratungsschein) sowie eine dreitägige Wartezeit zwischen Beratung und Eingriff eingehalten wurde. Allerdings darf ein Schwangerschaftsabbruch, der auf Verlangen der Frau und ohne Vorliegen einer kriminologischen oder medizinischen Indikation vorgenommen wird, nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts

⁷ p.c. bedeutet post conceptionem, das heißt, es zählt der Tag der Empfängnis, nicht wie sonst bei der Bemessung von Schwangerschaften üblich p.m. (post menstruationem, das heißt nach dem ersten Tag der letzten Regel). Damit ergibt sich ein größerer zeitlicher Spielraum, der eher dem realen Eintreten der Schwangerschaft entspricht. Vor diesem Hintergrund ist auch die Nutzung von Verhütungsmitteln, die das Einnisten einer befruchteten Eizelle in die Gebärmutter verhindern sollen, kein Schwangerschaftsabbruch im Sinne des Gesetzes.

von 1993 nicht als rechtmäßig bezeichnet werden.⁸ Die juristischen und moralischen Konsequenzen einer solchen Einordnung sind evident.⁹

Das Bundesverfassungsgericht sieht es als verfassungsrechtlich zulässig, dass bei einem Schwangerschaftsabbruch in der frühen Schwangerschaft auch ohne Feststellung einer Indikation auf Strafandrohung verzichtet wird, wenn dem staatlichen Auftrag des Schutzes ungeborenen Lebens durch die verpflichtende Beratung entsprochen wird: „Ein solches Beratungskonzept erfordert Rahmenbedingungen, die positive Voraussetzungen für ein Handeln der Frau zugunsten des ungeborenen Lebens schaffen.“ (BVerfGE 88, 203 vom 28.05.1993). Dies ist im Gesetzestext explizit festgehalten (§ 219 Abs. 1 StGB). Grundsätzen professioneller Beratung folgend soll diese aber zugleich ergebnisoffen sein und nicht „belehren oder bevormunden“ (§ 5 Abs. 1 SchKG). Hier tritt die Widersprüchlichkeit der Regelung deutlich zutage (detaillierter dazu unten im Kapitel zur Pflichtberatung).

Die Beratung nach § 219 muss in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle stattfinden. Die Länder sind verpflichtet, ein ausreichendes und plurales Angebot wohnortnaher Beratungsstellen zu sichern (§ 8 SchKG). Außer Beratungsstellen können auch einzelne Ärzt*innen zur Beratung zugelassen werden, nachdem sie sich in einer entsprechenden Fortbildung dafür qualifiziert haben. Die Beratung ist unentgeltlich. Auf Wunsch der Frau kann sie der beratenden Person gegenüber anonym bleiben, sie muss allerdings für den Beratungsschein einer anderen Person ihren Namen offenbaren. Nach § 5 Abs. 2 Art. 1 SchKG werden das Nennen der Gründe sowie das Eintreten in eine Konfliktberatung erwartet. Die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft soll laut Gesetz aber nicht erzwungen werden.

In der Beratung soll den Frauen jede nach Sachlage erforderliche medizinische, soziale oder juristische Information gegeben werden. Die Frauen sollen zudem über Rechtsansprüche auf Hilfen, die ihr die Fortsetzung der Schwangerschaft ermöglichen, informiert werden und über Möglichkeiten der Unterstützung bei der Geltend-

machung von Ansprüchen, bei der Wohnungssuche, der Suche nach Betreuungsmöglichkeiten für das Kind und bei der Fortsetzung der Ausbildung.

Dritte sind nur im Einverständnis mit der Frau hinzuziehen, die Beratung muss unverzüglich erfolgen und der Beratungsschein, der für die Durchführung des Abbruchs nötig ist, darf nicht so lange verweigert werden, dass die Frist für den Schwangerschaftsabbruch nicht mehr eingehalten werden kann. Grundsätzlich stehen die Personen, die die Beratung durchführen, unter Schweigepflicht (§ 203 StGB) und haben gegebenenfalls auch gerichtlich ein Zeugnisverweigerungsrecht.

Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation

Ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinischen Indikation ist grundsätzlich rechtmäßig, denn der Schutz und die medizinische Hilfe für eine gefährdete Frau sollen gewährleistet sein. Eine medizinische Indikation kann von Ärzt*innen bescheinigt werden, wenn die Fortführung der Schwangerschaft, die Gesundheit oder das Leben der Schwangeren gefährden. Ein embryopathischer Befund an sich stellt keine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch dar.

Die Verfahrensschritte beim Zugang zur medizinischen Indikation wurden 2010 geändert. Seither muss vor dem Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation eine dreitägige Wartezeit eingehalten werden. Wenn ein pränataldiagnostisch auffälliger Befund beim Fetus Grundlage für die Ausstellung der medizinischen Indikation beziehungsweise für das gesundheitliche Risiko der Schwangeren ist, treten zusätzliche Informations- und Beratungspflichten für Ärzt*innen in Kraft. Für die Schwangere gibt es keine Pflicht zur Beratung. Besonders mit der 2010 neu eingeführten Wartezeit zwischen Diagnose und Indikationsstellung (SchKG § 2a Abs. 2) wurde der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch aufgrund einer medizinischen Indikation erschwert.

Für Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer medizinischen Indikation gibt es vom Gesetzgeber keine zeitlichen Begrenzungen, denn das Recht der Frau auf medizinische Behandlung, wenn ihr Leben und ihre Gesundheit gefährdet sind, muss immer sichergestellt sein. In der Praxis kann es jedoch schwierig sein, dieses Recht zu gewährleisten, wenn es nicht gelingt, eine Klinik zu finden, die einen Schwangerschaftsabbruch im zweiten oder dritten Trimenon durchführt.

⁸ Rechtmäßig sind nach dem Gesetz nur Schwangerschaftsabbrüche nach Indikation, da einem „Ausnahmetatbestand rechtfertigende Wirkung nur dann zukommen kann, wenn das Vorliegen seiner Voraussetzungen unter staatlicher Verantwortung festgestellt“ wurde (BVerfGE 88, 203 vom 28.05.1993).

⁹ So besteht kein Anspruch auf Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die verkürzte Formulierung „rechtswidrig, aber straffrei“ übersieht diese Hintergründe im Detail.

Schwangerschaftsabbruch mit kriminologischer Indikation

Eine kriminologische Indikation liegt vor, wenn die Schwangerschaft auf eine rechtswidrige Tat zurückgeht, also eine Vergewaltigung oder sexuelle Nötigung einer Frau oder sexuellen Missbrauch von Kindern und widerstandsunfähigen Personen. Eine Anzeige bei der Polizei ist nicht erforderlich, die indikationsstellenden Ärzt*innen brauchen auch keine Beweise für die Tat. Es genügt, dass die Angaben der Schwangeren glaubhaft sind und das Schwangerschaftsalter dem Zeitpunkt der Tat entspricht. Die Indikationsstellung verantworten allein die Ärzt*innen (aber nicht der-/diejenige, der/die den Schwangerschaftsabbruch vornimmt). Eine Beratungspflicht besteht nicht, ebenso wenig eine verpflichtende Bedenkzeit. Schwangerschaftsabbrüche nach kriminologischer Indikation dürfen nur bis zur zwölften Woche nach Empfängnis durchgeführt werden.

Nach § 176 StGB besteht sexueller Missbrauch von Kindern bei jeglichen sexuellen Handlungen mit unter 14-Jährigen, das heißt, bei Schwangeren unter 14 Jahren liegt in der Regel eine kriminologische Indikation vor.

Besondere Regelungen bei Minderjährigen

Vor der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs müssen die Ärzt*innen eine wirksame Einwilligung einholen, die voraussetzt, dass die Person einwilligungsfähig ist. Diese Fähigkeit ist jedoch nicht an ein bestimmtes Alter gebunden, sondern an die individuelle Reife und Einsichtsfähigkeit der Person. Sie muss die Tragweite der Entscheidung übersehen und die Aufklärung über Risiken und Verhaltensmaßnahmen nach dem Eingriff verstehen können. In der Regel wird diese Reife ab 16 Jahren als gegeben angesehen, aber nicht bei unter 14-Jährigen. Im Alter von 14 bis 16 Jahren müssen die Ärzt*innen die individuelle Reife des Mädchens besonders sorgfältig prüfen und im Einzelfall beurteilen. Ist die Einwilligungsfähigkeit nicht gegeben, müssen die gesetzlichen Vertreter ebenfalls in den Eingriff einwilligen.¹⁰

Der Schwangerschaftsabbruch darf unabhängig vom Alter und der Einwilligungsfähigkeit nicht gegen den Wil-

len des Mädchens durchgeführt werden. Wenn die Eltern die Zustimmung zum Schwangerschaftsabbruch verweigern, kann in Einzelfällen, in denen durch die Verweigerung möglicherweise das Kindeswohl gefährdet wird, das Familiengericht eingeschaltet werden. Die Einwilligung der Eltern kann dann durch die eines hierfür bestellten Amtsvormunds ersetzt werden. In Ausnahmefällen ist die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs mit der oben genannten Begründung verweigert worden.

Auch minderjährige Mädchen haben das Recht auf eigenständige Beratung nach § 219 StGB ohne Einbeziehung und ohne Einwilligung der Eltern. Die Berater*innen unterliegen gegenüber den Eltern der Schweigepflicht. Die Feststellung einer medizinischen oder kriminologischen Indikation unterliegt ebenfalls keiner Altersgrenze.

Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen

Die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche nach Indikation werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der Frau sind von den Frauen selbst zu tragen, da die Rechtmäßigkeit der Schwangerschaftsabbrüche nicht festgestellt ist. Die von den Frauen zu tragenden Kosten belaufen sich aktuell auf ungefähr 300 bis 600 Euro, je nach Praxis und Methode. Allerdings übernimmt die Krankenkasse auch in diesen Fällen die Kosten im Vorfeld des Schwangerschaftsabbruchs (Beratung, Untersuchung etc.) und für die Nachbehandlung, wenn Komplikationen auftreten (§ 24b SGB V).

Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (§§ 19 bis 24 SchKG) kann eine Kostenübernahme auch bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung aus sozialen Gründen beantragt werden. Unterhalb einer bestimmten, jährlich neu festgesetzten Einkommensgrenze der Frau werden die Kosten von den Ländern übernommen (aktuelle Grenzen abzufragen auf www.profamilia.de). Die Kostenübernahme ist bei einer gesetzlichen Krankenkasse zu beantragen (auch für Privatversicherte) und muss vor dem Eingriff bewilligt werden. Der Verdienst von Ehepartnern und Eltern ist nicht relevant und darf von der Krankenkasse nicht erfragt werden. Bei Frauen, die Hilfen zum Lebensunterhalt, Arbeitslosengeld, Ausbildungsförderung oder Asylbewerberleistungen beziehen, wird ohne weiteren Nachweis von einer Bedürftigkeit ausgegangen (§ 19 SchKG). Die Krankenkasse wickelt den Antrag auf Kostenübernahme lediglich

¹⁰ Jeder Arzt kann/muss in jedem Einzelfall entscheiden, ob und zu welchen Bedingungen er bei einer Minderjährigen einen Abbruch durchführt. Es gibt keine gesetzliche Regelung, die die Altersstufung definiert. Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe hat 2011 eine Stellungnahme für die Behandlung Minderjähriger veröffentlicht, die auch explizit die vom Arzt vorzunehmende „Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit der minderjährigen Schwangeren“ aus juristischer Sicht behandelt (DGGG 2011, Seiten 10f.).

ab. Die Finanzierung erfolgt nicht aus Mitteln der Krankenkasse, sondern aus Mitteln des jeweiligen Bundeslandes. Der Kostenübernahmeschein muss vorliegen, bevor der Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird.

Auch bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der Beratungsregelung besteht der Anspruch auf Lohnfortzahlung weiter, aber für die Zeit der abbruchsbedingten Arbeitsunfähigkeit wird kein Krankengeld gezahlt.

3. Rechtliche Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch in Europa

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Europa sehr unterschiedlich gesetzlich gefasst. Auch für die EU-Mitgliedsstaaten gibt es keine einheitliche Regelung: Die Verantwortung liegt bei den Einzelstaaten. Die Vielzahl von Regelungen lässt sich auf drei Grundtypen zurückführen: die Indikationenlösung (nach der ein Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig ist, wenn bestimmte Bedingungen erfüllt sind), die Fristenlösung (die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch liegt bis zu einer bestimmten Schwangerschaftsdauer bei der Frau) und eine Mischform (die einen Schwangerschaftsabbruch in einer Notsituation bis zu einer bestimmten Schwangerschaftsdauer freistellt, zum Beispiel in Deutschland) (Obinger-Gindulis 2015). Die Regelungen können im Einzelnen sowohl im Sozialrecht als auch im Strafrecht verortet sein.¹¹

In den meisten europäischen Ländern ist der Schwangerschaftsabbruch heute in einem gewissen Rahmen erlaubt. Zuletzt haben Portugal 2007 und Spanien 2010 ihr Abbruchsrecht liberalisiert. In Frankreich, wo der Abbruch auf eigene Entscheidung bereits seit 1974 außerstrafrechtlich geregelt ist, wird seit 2014 auf die Begründung einer Notlage durch die Frau verzichtet. Einzig der Wunsch, die Schwangerschaft nicht fortzuführen, ist ausschlaggebend. Es besteht keine Beratungspflicht.

Es gibt allerdings auch noch europäische Staaten, vor allem mit starker katholischer Tradition, mit sehr restriktiver Gesetzeslage: In Andorra, Malta, San Marino, Irland, Liechtenstein, Monaco und Polen ist ein Schwangerschaftsabbruch nur bei Gefahr für das Leben (zum Teil

auch die Gesundheit) der Mutter erlaubt oder sogar gänzlich verboten (Center for Reproductive Rights 2014b).¹²

Im Vergleich mit anderen europäischen Staaten, die den Schwangerschaftsabbruch erlauben, ist das in Deutschland 1995 eingeführte Konstrukt insgesamt als sehr restriktiv zu bezeichnen: „The regulation of abortion via the instruments of criminal law and the imposition of directive counseling procedures highlight the restrictive attitude of the German legal system toward the voluntary termination of pregnancy.“¹³ (Fabbrini 2014: S. 205)

Auch im Europa des 21. Jahrhunderts ist eine liberale Regelung des Schwangerschaftsabbruchs keineswegs unumstritten. In Spanien hatte das Kabinett beispielsweise am 20. Dezember 2013 beschlossen, die erst 2010 verabschiedete liberale Fristenregelung durch ein sehr restriktives Indikationenmodell zu ersetzen (Obinger-Gindulis 2015). Dabei sollten insbesondere die Passagen im Gesetz von 2010, in denen das Recht der Frau auf ihre reproduktive Gesundheit betont wird, gestrichen werden (El País 2015). Dieser Vorstoß war ideologisch geprägt und widersprach allen Vorgaben für den Schutz der Gesundheit. Nach einer heftigen Diskussion nahm die konservative Regierung um Mariano Rajoy im September 2014 die Vorlage in Teilen zurück. Im September 2015 wurde dann letztlich doch eine Verschärfung des Abtreibungsgesetzes verabschiedet, die allerdings moderater ausfiel als ursprünglich vorgesehen. Minderjährigen ist der Schwangerschaftsabbruch in Spanien nun nur noch mit dem Einverständnis der Eltern erlaubt.

Diese und ähnliche Vorstöße konservativer Politik lassen sich immer wieder beobachten, obwohl nachweisbar ist, dass restriktive Gesetzgebungen nicht zu einem Rückgang der Abbruchquoten oder einem Anstieg der

¹¹ Als ein Beispiel für eine außergesetzliche Regelung sei Kanada angeführt, wo seit Jahren auf eine separate gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs verzichtet wurde, der dort wie alle ärztlichen Eingriffe in die Hoheit ärztlichen Handelns und der allgemein geltenden Standards gelegt wurde.

¹² In Malta ist der Abbruch verboten. In Andorra, San Marino und Irland ist der Abbruch nur erlaubt, um das Leben der Mutter zu retten. In Liechtenstein, Polen und Monaco ist neben der Gefahr für das Leben der Mutter auch ihre Gesundheit als Grund anerkannt. Monaco hat 2009 die Indikationen erweitert. Dort werden seitdem wie auch in Polen Schwangerschaftsabbrüche in Ausnahmesituationen zugelassen (bei Inzest, Vergewaltigung, fetaler Schädigung). Liechtenstein hat nach mehreren gescheiterten Liberalisierungsversuchen im März 2015 die Strafbarkeit für Frauen (nicht aber für die durchführenden Ärzt*innen) abgeschafft, sodass Frauen im Ausland einen Abbruch vornehmen lassen können, ohne strafrechtlich verfolgt zu werden.

¹³ Deutsche Übersetzung: „Die Regelung des Schwangerschaftsabbruchs über das Instrument des Strafrechts und die Auferlegung direkter Beratungsverfahren verdeutlichen die restriktive Haltung des deutschen Rechtssystems gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen.“

Geburtenraten führen, sondern vorrangig zu einem Anstieg illegaler und unsicherer Schwangerschaftsabbrüche (WHO 2012). Nach einer aktuellen Studie liegt die geschätzte Rate an Schwangerschaftsabbrüchen pro 1.000 Frauen (zwischen 15 und 44 Jahren) in Ländern mit überwiegend restriktiver Gesetzgebung bei 37 pro 1.000 Frauen und damit sogar etwas höher als in Ländern, in denen der Abbruch auf Verlangen legal ist (34 pro 1.000 Frauen) (Sedgh et al. 2016). Weltweit eine der niedrigsten Raten an Schwangerschaftsabbrüchen weist seit Langem Westeuropa auf, wo der Eingriff zumeist legal und gut zugänglich ist und wo zudem Verhütungsmethoden effektiv genutzt werden und breit zur Verfügung stehen (Singh et al. 2009; WHO 2012; Sedgh et al. 2016).¹⁴ In Spanien hatte die Einführung der liberalen Fristenregelung keinen Effekt auf die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche. Zwar stieg die Anzahl nach Einführung der neuen Gesetzgebung im Jahr 2011 leicht an, fiel aber seitdem kontinuierlich (El País 2014).

In den meisten europäischen Staaten gibt es über die ärztliche Beratung hinaus keine weitere verpflichtende Beratung (so zum Beispielnicht in Österreich, Großbritannien, Frankreich, Schweden, Schweiz, Ukraine). In Luxemburg wurde die obligatorische psychosoziale Beratung 2014 abgeschafft und durch eine freiwillige Konsultation ersetzt (SVSS). In einigen Ländern ist vorgeschrieben, dass in der ärztlichen Beratung die Alternativen zu einem Schwangerschaftsabbruch angesprochen werden (so zum Beispielin Belgien und den Niederlanden) oder dass bestimmte Informationen weitergegeben werden müssen (so in Portugal und Spanien). Außerdem ist zum Beispiel in Frankreich festgelegt, dass die Schwangere auf weitergehende Beratungsmöglichkeiten hingewiesen werden soll, wobei es ihre Entscheidung ist, ob sie Beratung wünscht oder nicht (The Law Library of Congress 2015; IPPF 2012; SVSS). Im europäischen Vergleich ist die auf den Schutz des ungeborenen Lebens ausgerichtete, strafrechtlich verankerte verpflichtende Beratung beim Abbruch auf Verlangen der Frau in Deutschland (die damit neben der ärztlichen Beratung einen weiteren Beratungstermin gesetzlich vorschreibt) eine ausgesprochen rigide Regelung (Fabbrini 2014).

Wartezeiten sind in einigen europäischen Staaten Vorschrift, allerdings differieren sowohl die Dauer als auch die Art der Berechnung stark. In vielen europäischen Ländern, so zum Beispiel in Dänemark, Österreich, der

Schweiz und Großbritannien, gibt es keine gesetzlich festgelegten Wartezeiten. Besonders lange Wartezeiten sind in Belgien vorgesehen (sechs Tage). Mit der dreitägigen Wartezeit steht Deutschland im Mittelfeld. Frankreich hat Anfang 2016 die Wartezeit von sieben Tagen abgeschafft – mit zwei Ausnahmen: Minderjährige müssen vor dem Eingriff eine Beratung wahrnehmen und anschließend, ebenso wie Frauen, die sich freiwillig für eine Beratung entscheiden, eine Bedenkzeit von zwei Tagen einhalten.

In einigen osteuropäischen Staaten wurden hingegen in den letzten Jahren Wartezeiten oder Beratungspflichten eingeführt, so etwa in Russland, der Slowakei und Mazedonien (Center for Reproductive Rights 2014a). Im April 2011 hat Ungarn eine neue Verfassung verabschiedet, in der der Schutz des Embryos ab der Empfängnis festgeschrieben wurde. Es ist zu befürchten, dass dies Verschärfungen im Abbruchsrecht nach sich ziehen wird.

Insgesamt spielten rechtbasierte Argumentationen seit den 1990er Jahren eine immer wichtigere Rolle in der politischen Landschaft Europas. Sowohl das EU-Parlament (2002, 2011) als auch der Europarat (2008) haben Resolutionen verabschiedet, in denen sie den Mitgliedsstaaten empfehlen, ein Recht auf einen legalen Schwangerschaftsabbruch einzuführen und die sichere Durchführung zu gewährleisten (SVSS). Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte hat in der Vergangenheit immer wieder Urteile aufgrund von Einzelklagen erlassen, die Mitgliedsstaaten unter Berufung auf die Menschenrechte dazu verpflichteten, den Schwangerschaftsabbruch, wo er erlaubt ist, auch gut zugänglich zu gestalten (Center for Reproductive Rights 2014a; Fabbrini 2014). Am 17. Juni 2015 bestätigte der Ministerrat des Europarates die Entscheidung des Europäischen Ausschusses für soziale Rechte, der hinsichtlich einer Beschwerde gegen Schweden entschieden hatte, dass die Europäische Sozialcharta Angehörigen der Gesundheitsberufe nicht das Recht gibt, persönliche oder moralische Bedenken als Entschuldigung anzuführen, um Frauen reproduktive Gesundheitsdienste (gemeint war hier der Schwangerschaftsabbruch) zu verweigern (Center for Reproductive Rights 2015).

Im Oktober 2013 scheiterte der Estrela-Bericht im EU-Parlament, der die Mitgliedsstaaten unter anderem dazu aufforderte, das Recht auf sichere und legale Schwangerschaftsunterbrechung zu gewähren und obligatorischen Sexualkundeunterricht an Schulen einzuführen, an der konservativen Mehrheit im Parlament (Estrela-Bericht 2013). Vorausgegangen war eine ausgesprochen

¹⁴ Westeuropa umfasst nach Definition der WHO folgende Staaten: Österreich, Belgien, Frankreich, Deutschland, Luxemburg, Niederlande, Schweiz.

intensive politische Kampagne der Abtreibungsgegner europaweit. Am 11. März 2015 wurde hingegen mit dem Tarabella-Bericht eine Entschließung verabschiedet, die explizit darauf verweist, „dass Frauen nicht zuletzt durch den einfachen Zugang zu Empfängnisverhütung und Abtreibung die Kontrolle über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und die damit verbundenen Rechte haben müssen“ (Tarabella-Bericht 2015). Dies traf auf lautstarke Kritik bei konservativen und christlichen Verbänden. Es zeigt sich, dass bis heute konservative Kräfte innerhalb Europas aktiv sind und dass der christlich-fundamentalistische Einfluss auch im 21. Jahrhundert noch eine wichtige Rolle in der Debatte zum Schwangerschaftsabbruch spielt.

4. Kritik an der deutschen Rechtslage

Die Verortung des Schwangerschaftsabbruchs im Strafbgesetzbuch schränkt das Recht von Frauen auf reproduktive Selbstbestimmung ein und trägt zur Stigmatisierung von Frauen und Ärzt*innen bei. Zwar ist durch die aktuelle Regelung der Schwangerschaftsabbruch auf der Grundlage der eigenen Entscheidung der Frau in Deutschland straffrei möglich, allerdings hat der Schutz des ungeborenen Lebens für den Gesetzgeber Priorität. Durch die Kontextualisierung der Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch im Strafbgesetzbuch und die Positionierung unter der Überschrift „Straftat gegen das Leben“ gerät der Schwangerschaftsabbruch in die Nähe von Mord und Totschlag. Damit wird die Lebensentscheidung einer großen Zahl von Frauen – im Schnitt entscheidet sich jede vierte Frau einmal in ihrem Leben gegen eine Schwangerschaft – moralisch und rechtlich stigmatisiert. Der UN-Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte hat 2016 eine solche Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs explizit abgelehnt (UN 2016). Aus den genannten Gründen und auf Basis der Menschenrechte fordert pro familia, die §§ 218 und 219 aus dem Strafbgesetzbuch zu streichen.

Darüber hinaus setzt sich pro familia für die Abschaffung einer verpflichtenden und zudem zielorientierten Beratung und von Wartezeiten beim Schwangerschaftsabbruch ein, auch dies wurde 2016 vom UN-Ausschuss gefordert (UN 2016). Es gibt keine Nachweise, dass Wartezeit und verpflichtende Beratung die Entscheidungsprozesse beim Abbruch erleichtern, die Erfahrung verbessern oder die möglichen Folgen beeinflussen. Beide Regelungen können im Gegenteil negative Folgen nach sich ziehen, da sie Zeit und Ressourcen kosten und den Stress für die Frauen vergrößern könnten (Brien/Hall-

garten 2014). Aus medizinischer Sicht ist jede Verzögerung abzulehnen, weil der Eingriff, wenn die Schwangere bereits eine Entscheidung getroffen hat, möglichst schnell vorgenommen werden sollte. Der Schwangerschaftsabbruch ist ein Eingriff mit einer sehr geringen Komplikationsrate, die aber mit zunehmendem Schwangerschaftsalter ansteigt (WHO 2012). Das Einhalten einer Wartezeit, wenn sich Patientin und die verantwortlichen Ärzt*innen über den Eingriff einig sind, ist in der Medizin vollkommen unüblich (Fiala 2007). Da ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nur bis zur neunten Schwangerschaftswoche vorgenommen wird, schränkt die Prozedur von Pflichtberatung und Wartezeit unter Umständen die Wahlmöglichkeit der Frauen ein.

Sowohl Wartezeit als auch Pflichtberatung sind aus der Vorstellung heraus konzipiert, dass nur durch diese Maßnahmen der Schutz des ungeborenen Lebens adäquat sichergestellt werden kann. Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 1993 ist es nur in Ausnahmefällen #möglich, dass die Grundrechte der Frau die „Rechtspflicht zum Austragen“ der Schwangerschaft aufheben; dabei ist es „Sache des Gesetzgebers, solche Ausnahmetatbestände im Einzelnen nach dem Kriterium der Unzumutbarkeit zu bestimmen“ (BVerfGE 88, 203 vom 28. Mai 1993). Diese Formulierung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahre 1993, die direkt auf dem Urteil von 1975 aufbaut, ist von diskriminierenden Vorstellungen geprägt, die historisch gewachsen und gesellschaftlich tief verankert sind. Diesem Denken liegt ein Frauenbild zugrunde, das von der Unselbstständigkeit der Frau ausgeht und davon, dass sie Unterstützung benötigt, um tragfähige und verantwortungsvolle Entscheidungen treffen zu können. Dieser gegenüber Frauen missachtenden und bevormundenden Position stellt sich pro familia entgegen. Im Sinne unseres rechtsbasierten Ansatzes setzen wir uns für die Eigenverantwortung von Frauen ein: Frauen sind in der Lage und haben das Recht, über ihr eigenes Leben selbst zu bestimmen und sind sich dabei der Verantwortung gegenüber dem werdenden Leben durchaus bewusst.

Die Realität des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland ist durch Widersprüchlichkeiten gekennzeichnet: Zwar hat sich auf Basis der bestehenden Gesetzgebung eine hoch professionelle und komplexe Beratungslandschaft herausgebildet, innerhalb derer pro familia ein wichtiger Akteur ist. Aber die vorgeschriebene zielorientierte Zwangsberatung widerspricht einem professionellen Beratungsverständnis. In der momentanen Situation stellt die § 219-Beratung für den Beratenden immer eine

Gratwanderung dar: zwischen Pflicht und Freiwilligkeit, zwischen Ergebnisoffenheit und gesetzlich festgelegten Zielen, zwischen Legalität und Illegalität. Und obgleich die Pflichtberatung von vielen Frauen im Nachhinein aufgrund der respektierenden und professionellen Haltung der Beratenden positiv bewertet wird, so trifft doch die große Mehrheit ihre Entscheidung unabhängig von der Beratung (BZgA 2016; siehe ausführlicher dazu weiter unten im Kapitel Pflichtberatung).

Die in Deutschland praktizierte Lösung für die Kostenübernahme beim Schwangerschaftsabbruch ist unbefriedigend. Für Frauen, die aufgrund ihrer finanziellen Situation nicht in der Lage sind, einen Schwangerschaftsabbruch zu bezahlen, ergeben sich zusätzliche administrative Hürden und eine Diskriminierung. Sie müssen in einer ohnehin schon belasteten Situation, in der sie zudem schnell eine Entscheidung treffen müssen, Anträge stellen und geraten möglicherweise sogar unter weiteren Rechtfertigungsdruck. Frauen, die nicht unter die Verdienstgrenze fallen, wird eine beachtliche finanzielle Belastung zugemutet. Möglicherweise entscheiden sie sich aus Kostengründen für die günstigere Abbruchmethode oder die günstigere Praxis und nehmen lange Wege auf sich.

Insgesamt erschwert die in Deutschland bestehende Kostenregelung den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch. Die WHO empfiehlt in ihren Standards zum sicheren Schwangerschaftsabbruch die Kostenübernahme durch die Krankenkassen: „As far as possible, abortion services should be mandated for coverage under insurance plans.“ (WHO 2012: S. 80)¹⁵ Ein modernes Gesundheitssystem, das Gesundheit als psychisches, physisches und soziales Wohlbefinden auch in sexuellen und reproduktiven Aspekten des Lebens definiert, sollte mithin auch die grundsätzliche Kostenübernahme in diesen für Frauenleben und -gesundheit so basalen reproduktiven Fragen einschließen. Aus diesen Gründen setzt sich pro familia dafür ein, den unentgeltlichen Zugang zum Schwangerschaftsabbruch für alle Frauen zu sichern.

Als problematisch sind auch zwei weitere gesetzliche Regelungen in Deutschland anzusehen. So kann das Werbeverbot für den Schwangerschaftsabbruch die Information über das lokale Angebot erschweren, da nicht veröffentlicht wird, welche Praxen welche Abbruchmethoden anbieten. Das Weigerungsrecht (§ 12 SchKG) für das medizinische Personal, an einem Schwangerschafts-

abbruch teilzunehmen, kann zu lokalen Versorgungslücken führen, die zudem sehr schwer zu quantifizieren sind, da sie zum Teil von der Gewissensentscheidung Einzelner abhängen.¹⁶ Das Weigerungsrecht selbst steht übrigens, wie der Ministerrat des Europarates 2015 bestätigte, nicht auf dem Boden der Europäischen Sozialcharta (Center for Reproductive Rights 2015). Solange Werbeverbot und Weigerungsrecht in Deutschland bestehen, ist es aus Sicht von pro familia dringend notwendig, Wege zu finden, wie die Informationen Frauen besser zugänglich gemacht werden können (etwa über offizielle Websites) und sicherzustellen, dass das Angebot flächendeckend vorgehalten wird.¹⁷

¹⁵ Deutsche Übersetzung: „Soweit wie möglich sollte der Schwangerschaftsabbruch von Versicherungsleistungen abgedeckt werden.“

¹⁶ Für Details sei auf das folgende Kapitel „Die Versorgungssituation in Deutschland“ verwiesen.

¹⁷ Beispielhaft die vom französischen Gesundheitsministerium betriebene Homepage zum Schwangerschaftsabbruch: www.ivg.social-sante.gouv.fr
In Frankreich gibt es auch eine mit öffentlichen Geldern finanzierte Internetseite, die Anbieter medikamentöser Abbrüche nach Regionen zugänglich macht: www.ivglesadresses.org

Gründe, Motive und Verarbeitung

Gründe und Motive für Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch sowie das Erleben und Verarbeiten dieser Erfahrung sind Gegenstand öffentlichen Interesses. Forschungen dazu stellen einen wichtigen Baustein für die Verbesserung von Versorgungs- und Betreuungsbedingungen dar und sollten deswegen in der fachlichen Diskussion verfolgt werden. Gleichzeitig sollten diese Erkenntnisse auch in die öffentliche Debatte eingespeist werden, denn diese ist nicht selten von tendenziösen Unterstellungen oder moralisierenden Inszenierungen geprägt: Man geht davon aus, dass sich Frauen leichtfertig für einen Abbruch entscheiden, oder behauptet dramatische psychische Folgen von Abbrüchen. Bis heute wird in unserer Gesellschaft in Hinsicht auf einen möglichen Schwangerschaftsabbruch das Recht der Frau, über den eigenen Körper und das eigene Leben zu entscheiden, offensichtlich noch immer bestritten oder nur unter bestimmten Bedingungen gewährt. Diese Stigmatisierung wird gespürt und kann bei Frauen, die ungewollt schwanger sind, eine erhebliche Verunsicherung bewirken und ihre Entscheidung erschweren.

1. Die Sicht der Frauen – ein komplexes Gefüge von Motiven

Weltweit sind nach Schätzungen ungefähr 41 Prozent der Schwangerschaften nicht beabsichtigt („unintended“) eingetreten (WHO 2012). Dabei ist in der Forschung der letzten Jahre herausgearbeitet worden, dass nicht beabsichtigte Schwangerschaften ebenso explizit ungewollte („unwanted“) Schwangerschaften sein können wie zwar gewollte, aber zu früh eingetretene („mistimed“) sowie Schwangerschaften, mit denen Frauen widersprüchliche Gefühle verbinden (Santenelli et al. 2003; Helfferich/Klindworth 2015; BZgA 2016). In der von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Auftrag gegebenen und zwischen 2011 und 2014 in Deutschland durchgeführten Studie *frauen leben 3* waren ein Drittel aller Schwangerschaften (33,7 Prozent), von denen die befragten Frauen berichteten, nicht beabsichtigt, allerdings nur knapp 18 Prozent explizit ungewollt. Mehr als die Hälfte der explizit ungewollten Schwangerschaften wurden ausgetragen (BZgA 2013; BZgA 2016). In einer Studie aus Österreich berichteten 20 Prozent der befragten Frauen davon, schon einmal oder mehrmals ungewollt schwanger gewesen zu sein. Die realen Anteile sind

sicherlich höher: In den Zahlen sind auch junge Frauen enthalten, die eine solche Erfahrung möglicherweise erst zu einem späteren Zeitpunkt in ihrem Leben machen werden. Zudem ist davon auszugehen, dass es eine Dunkelziffer gibt, da das Thema noch immer mit Tabus belegt ist (Schweiger 2015).

Entscheidungsprozesse und Motivlagen

Der Prozess, der zu einem Schwangerschaftsabbruch führt, ist komplex, langwierig und durch Einzelereignisse und wiederkehrende Entscheidungssituationen beeinflusst: Er beginnt mit dem Praktizieren von Sexualität und dem Verwenden oder Nicht-Verwenden von Verhütungsmitteln, führt über das Eintreten einer häufig nicht beabsichtigten Schwangerschaft zu der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch bis hin zum Aufsuchen einer entsprechenden Einrichtung (Rossier et al. 2006). Schwangerschaft wird in der heutigen Forschung als mehr oder weniger konflikthafte Entscheidung betrachtet – neben Freude kann auch bei einer gewollten Schwangerschaft Skepsis, Sorge oder Angst vorübergehend oder in größerem Ausmaß eine Rolle spielen. Eine Schwangerschaft verändert das ganze Leben. Vielschichtige Dimensionen der Lebensplanung wollen ausbalanciert ggf. Prioritäten anders gesetzt werden – Familienplanung ist Lebensplanung.

Individuelle Motive und Erwartungen, Ansprüche und Erfahrungen sind maßgeblich durch soziale Bedingungen und gesellschaftliche Normen und Werte beeinflusst. Dies trifft auch auf nicht beabsichtigte Schwangerschaften und die dann folgenden Entscheidungsverläufe zu. Unter anderem der soziale Status, geschlechtsspezifische Rollenverteilungen und Strukturen des Sozial- und Gesundheitssystems werden in diesem Zusammenhang als bedeutsam hervorgehoben (Santenelli et al. 2003). Es ist ein komplexes Gefüge von Motiven, das dazu führt, dass eine Frau in einem bestimmten Moment ihres Lebens (oder generell) kein Kind bekommen möchte. *Motive* sind durch die Wichtigkeit von Zielen und Werten im Leben geprägt und stellen eine stabile innere Verhaltenssteuerung dar, die eng mit den biografischen Erfahrungen verknüpft ist. Persönliche und berufliche Lebensvorstellungen, „richtige Zeitpunkte“, Ansprüche an partnerschaftliches Miteinander, weltanschaulich-kulturelle Bedeutungsgebungen in Bezug auf Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch und vieles mehr

machen es wahrscheinlicher oder nicht, dass eine nicht beabsichtigte Schwangerschaft als ungewollt erlebt wird und mit einem Abbruch endet. *Gründe* bezeichnen eher normative Rechtfertigungen für bestimmte Entscheidungen und verweisen auf die Ursachen, die ihnen zugrunde liegen: Die konkrete Situation in der Partnerschaft, die persönliche und berufliche Situation, der soziale Kontext, gesundheitliche Aspekte etc. können in die Motive für die dann getroffene Entscheidung Eingang finden (pro familia 2001; Singh et al. 2009).

Ältere sozialwissenschaftliche Forschung ging häufig davon aus, dass ein Schwangerschaftsabbruch ein normwidriges oder gar pathologisches individuelles Verhalten sei. Psychische, soziale und materielle Konflikt- und Notlagen wurden erforscht und waren legitimierend für eine Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch. Der nicht normative Blick auf die situativen und prozessualen Elemente der komplexen Motivlage geriet erst Ende der 1990er Jahre vermehrt in den Blick (Helfferich 2015a). Die Studie *frauen leben 3* bediente sich dieses erweiterten Blickes bei der Untersuchung ungewollter Schwangerschaften sowie der Motive und Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch beziehungsweise das Austragen der Schwangerschaft (BZgA 2016). Selbst bei ungewollten Schwangerschaften entscheiden sich 57 Prozent der Frauen für das Austragen der Schwangerschaft.

Ein wichtiges Ergebnis der BZgA-Studie ist, dass innerhalb der Lebenssituation vor allem die Partnerschaft ein wichtiger Faktor dafür ist, ob eine Schwangerschaft abgebrochen wird oder nicht: Über die Hälfte (53,7 Prozent) der ungewollten Schwangerschaften in schwierigen Partnerschaften wurden abgebrochen, in stabilen Partnerschaften hingegen nur ein Drittel (Helfferich/Klindworth 2015; BZgA 2016). Der Grund „schwierige Partnerschaftssituation“ wurde auch am häufigsten, nämlich von 34 Prozent der Befragten, auf die Frage nach dem Hauptgrund für den Schwangerschaftsabbruch angegeben, bei den Frauen, die das erste Mal schwanger waren, sogar von fast 40 Prozent. Danach folgten „berufliche und finanzielle Unsicherheit“ (20,3 Prozent), „gesundheitliche Bedenken“ (19,7 Prozent) und altersbezogene Gründe wie „in Ausbildung oder Studium“ (17,6 Prozent) oder „jung, unreif“ (16,4 Prozent). Hier, wie auch in anderen Studien, ließen sich je nach Altersgruppe deutliche Differenzen feststellen, so hat für unter 25-Jährige die Fortsetzung ihrer beruflichen Ausbildung ein deutlich höheres Gewicht als in anderen Altersgruppen (siehe auch Sihvo et al. 2003). Weiterhin spielt die Anzahl der bereits vorhandenen Kinder eine Rolle.

In einer US-amerikanischen Studie (ANSIRH-Forschungsgruppe), die 954 Frauen befragte, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollten, führten ebenfalls die meisten mehrere Gründe aus unterschiedlichen Themenbereichen als Motivation für den Abbruch an (64 Prozent). Im Einzelnen spielten finanzielle Gründe (40 Prozent), Timing (36 Prozent), Partnerbeziehungen (31 Prozent) sowie das Bedürfnis, für andere Kinder mehr Zeit zu haben (29 Prozent), die wichtigste Rolle (Biggs et al. 2013).

Die hier benannten Gründe entsprechen auch den Erfahrungen in der Schwangerschaftsberatung.¹⁸ Die Motivlagen, die hinter diesen Gründen stehen, sind verstehbar aus den veränderten Rollenkonzepten junger Frauen heute, der Bedeutung, die sie egalitären Beziehungen beimessen, der Vereinbarkeit von Beruf und Familie, der Lebbarkeit vielfältiger Bedürfnisse und der Einschätzung konkurrierender Interessen. Kinderwunschforschungen zeigen, dass jenseits einzelner familienpolitischer Maßnahmen vor allem eine generelle Kalkulierbarkeit von Zukunft und die konkreten Risikoabwägungen, die mit einem „Projekt Kind“ zusammenhängen, bedeutsam sind.

Reproduktive Selbstbestimmung als Ziel

Reproduktive Selbstbestimmung erfordert adäquate gesellschaftliche Rahmenbedingungen. Auf diesbezügliche Defizite hat pro familia immer wieder hingewiesen. So sollten zum Beispiel Familien mit Kindern unterstützt werden, etwa durch gut zugängliche Kinderbetreuungsmöglichkeiten und finanzielle (steuerliche) Entlastungen. Eine kinderfreundliche Grundhaltung und Offenheit gegenüber modernen pluralen Familienstrukturen können dazu beitragen, dass mehr Frauen sich ihren Kinderwunsch erfüllen möchten. Heute haben Alleinerziehende immer noch ein überdurchschnittliches Armutsrisiko. Einmalige finanzielle Hilfen ohne Rechtsanspruch, die eine Situation nicht nachhaltig verändern, sind keine Option. Dies kritisiert pro familia im Kontext der „Bundesstiftung Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“.

Dennoch können Schwangerschaften auch trotz guter sozialer Rahmenbedingungen und wirtschaftlicher

¹⁸ Die zu den § 219-Beratungen in vielen Bundesländern abgeforderten Statistiken können nicht zur Stützung empirischer Forschungen dienen, da ihnen keine unter definierten Erhebungskriterien stattgefundenen Befragungen zugrunde liegen, sondern Angaben der Beratungsstellen über wahrgenommene oder geäußerte (eventuell nur angegebene) Gründe, die mit situativen Gegebenheiten in der Beratung verknüpft sind.

Hilfen für Familien ungewollt sein: Weiterhin werden Frauen ihre Ausbildung zu Ende bringen wollen, sich zu jung (oder zu alt) für ein Kind fühlen, werden andere sich nicht auf ein (weiteres) Kind einlassen wollen, da sie es nicht mit ihren beruflichen Perspektiven oder ihrem persönlichen Leben vereinbaren können, und wieder andere werden kein Kind in einer unsicheren Partnerschaft oder ohne feste Beziehung wollen.

Die Entscheidung, ein Kind zu bekommen, ist ein sehr persönlicher Schritt, der eng an die Biografie jeder einzelnen Frau gebunden ist und diese massiv beeinflusst. Das Recht, die Entscheidung für oder gegen ein Kind frei treffen zu können, das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung, ist ein fundamentales Grundrecht jedes Einzelnen. pro familia setzt sich dafür ein, dass dieses Recht gewahrt bleibt, dass Frauen, wenn sie ungewollt schwanger sind, frei sind, die Schwangerschaft zu beenden, und dass der Staat und andere öffentliche Institutionen in diese persönliche Entscheidungsfreiheit der Frau möglichst wenig eingreifen können.

2. Verhütung und ungewollte Schwangerschaft

Ungewollte Schwangerschaften lassen sich auch durch Verhütung nicht immer vermeiden. Frauen werden trotz Verhütung ungewollt schwanger, zum Beispiel aufgrund von methoden- und anwendungsbasiertem Verhütungsversagen (der Pearl-Index nähert sich allenfalls bei der Sterilisation dem 0-Wert an) – in der Studie *frauen leben 3* gaben mehr als ein Drittel der unbeabsichtigt schwangeren Frauen (35,8 Prozent) an, sie seien trotz Verhütung schwanger geworden (BZgA 2016). Zudem ist eine ungewollte Schwangerschaft nicht einfach linear auf mangelnde Verhütung zurückzuführen: Nicht alle Paare, die kein Kind wollen, verhüten, Lebensumstände können sich ändern und mit ihnen der Kinderwunsch. Einige Frauen/Paare sind ambivalent in ihrem Kinderwunsch (BZgA 2013). Sexuelle Beziehungen sind von Emotionalität und Spontaneität gekennzeichnet.

pro familia wendet sich gegen ein realitätsfremdes Menschenbild, das auf Überkontrolle und Schuldzuweisung basiert. Dies ist sowohl für eine akzeptierende Beratungsarbeit als auch für die Sexualpädagogik jenseits moralischer Zurechtweisung bedeutsam. Zwar gaben in der Studie *frauen leben 3* mehr als die Hälfte der Frauen (57,1 Prozent), die explizit kein Kind wollten, an, sie seien schwanger geworden, ohne verhütet zu haben (BZgA 2016). Dennoch verhüten damit diese Frauen und Paare konsequenter als diejenigen, die ihre Schwangerschaft

als nicht beabsichtigt und zwiespältig oder als gewollt, aber später, erleben, von denen fast drei Viertel auf Verhütung verzichteten (71,6 beziehungsweise 73,6 Prozent) (BZgA 2016).

Jeder Frau und jedem Mann sollten die entsprechenden Informationen sowie ein guter Zugang zu Verhütungsmitteln zur Verfügung stehen, um sich bewusst für Verhütung entscheiden und diese konsistent anwenden zu können. Zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften ist es bedeutsam, Frauen und Männer in ihrem Verhütungsverhalten zu unterstützen. In diesem Sinne arbeitet pro familia in der Sexualaufklärung und Familienplanungsberatung und setzt sich schon lange für einen kostenfreien Zugang zu modernen Verhütungsmitteln ein.

Der Zugang zu Verhütungsmitteln in Deutschland hat sich mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 deutlich verschlechtert. Seit 2005 ist die Möglichkeit der Kostenübernahme für Verhütungsmittel für Menschen mit geringem Einkommen weggefallen und zudem durch die Hartz-IV-Reform die Zahl der Menschen, die mit extrem wenig Geld auskommen müssen, deutlich angestiegen. Es lassen sich seitdem zunehmend soziale Differenzen beim Umgang mit Verhütungsmitteln feststellen.

In der Studie *frauen leben 3* gaben insgesamt 4,2 Prozent aller befragten Frauen an, dass sie heterosexuell aktiv sind, kein Kind wollen, aber trotzdem nicht verhüten. Bei diesen Frauen kann davon ausgegangen werden, dass sie Verhütungsbedarf haben und dass bei ihnen eher eine ungewollte Schwangerschaft eintritt. Dabei gehören mehr Frauen mit niedriger Bildung zu dieser Gruppe als mit hoher Bildung (6,9 versus 2,7 Prozent) und auch mehr finanziell schlecht gestellte Frauen als finanziell besser gestellte (6,7 versus 3,9 Prozent) (BZgA 2016). Diese Frauen erleben eine ungewollte Schwangerschaft oft als „große Katastrophe“. Ein Schwangerschaftsabbruch wird nicht kalkuliert oder in Kauf genommen, wie dies zum Teil unterstellt wird.

Zudem geben Frauen aus sozial schwachem Umfeld seltener an, mit sicheren und zugleich teuren Verhütungsmitteln wie Spirale und Pille zu verhüten. Fast ein Viertel (22,4 Prozent) der Frauen aus der BZgA-Studie, die aktuell staatliche Unterstützung bezogen, berichteten, sie hätten aufgrund der Kosten schon auf Pille oder Spirale verzichtet. Demgegenüber schlossen sich nur knapp vier Prozent der finanziell besser gestellten Frauen dieser Aussage an (BZgA 2016).

Die Studie zeigt deutlich, dass die Kosten eine Barriere beim Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln für finanziell schlechter gestellte Frauen darstellen. Auch andere Studien sowie Befragungen unter pro familia Beratungsstellen bestätigen, dass Frauen zunehmend aus finanziellen Gründen zu billigeren und weniger sicheren Verhütungsmitteln greifen (pro familia 2010; Busch/Gäckle 2007; Gäckle 2009; Nitz/Busch 2014). Dies betrifft vor allem Frauen, die staatliche Unterstützungsleistungen erhalten.

Zwar lassen sich ungewollte Schwangerschaften nicht gänzlich verhindern, aber Frauen/Paare, die keinen aktuellen Kinderwunsch haben und deswegen auf sichere Verhütungsmittel zugreifen wollen, muss dies ermöglicht werden. Ein kostenfreier Zugang zu Verhütungsmitteln ist aus Sicht von pro familia ein wichtiger Baustein reproduktiver und sexueller Gesundheit und Selbstbestimmung.

3. Die Diskussion um die psychischen Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs

Seit den 1980er Jahren wird immer wieder behauptet, dass ein Schwangerschaftsabbruch negative psychische Auswirkungen habe. Als spezielle posttraumatische Belastungsstörung wurde das Post-Abortion-Syndrom benannt, das jedoch weder in den Diagnosemanuals ICD-10 der WHO noch im DSM-V der American Psychiatric Association (APA) als psychische Beeinträchtigung aufgeführt wird und nicht wissenschaftlich belegt ist. Die Behauptung negativer psychischer Folgen eines Schwangerschaftsabbruchs ordnet sich in der Regel in Strategien von Abtreibungsgegnern ein und hat hier ihren ideologischen Hintergrund. Diese Thesen, die zudem in den Medien teilweise auf Einzelfälle zugespitzt und emotional übersteigert dargestellt werden, verunsichern immer wieder Frauen, beeinflussen aber auch Ärzt*innen und Berater*innen. Im Folgenden soll kurz dargelegt werden, auf Basis welcher wissenschaftlichen Erkenntnisse die These vom Post-Abortion-Syndrom heute widerlegt ist (Schweiger 2015; Thonke 2012).

Die Forschungslage

Seit den 1990er Jahren entstanden zahlreiche Studien zu psychischen Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen, die in den letzten Jahren in mehreren Meta-Studien zusammenfassend ausgewertet wurden (Major et al. 2008; Charles et al. 2008; NCCMH 2011; Guttmacher Institute 2011). Die Meta-Analysen fanden insgesamt kein erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen bei Frauen, die eine Schwangerschaft frühzeitig abgebrochen haben, im Vergleich mit Frauen, die die Schwangerschaft austrugen. Eine dieser Analysen konzentrierte sich auf die Untersuchung der Häufigkeit psychischer Probleme nach einem Abbruch, insbesondere im Vergleich zum Austragen einer ungewollten Schwangerschaft, und betrachtete die Faktoren, die gegebenenfalls das Auftreten psychischer Probleme beeinflussen (NCCMH 2011). Die Analyse arbeitete methodische Mängel einer Vielzahl der bisherigen Untersuchungen aus diesem Themenfeld heraus. So wurden zum Beispiel vorherige Risikofaktoren für psychische Erkrankungen, Gewalterfahrungen oder andere belastende Umstände nicht berücksichtigt. Dies bestätigte auch eine US-amerikanische Untersuchung (Guttmacher Institute 2011). Kritisch gesehen wurde dabei, dass Studien, die von der Belastungshypothese durch einen Abbruch ausgingen, auf Frauen fokussierten, die sich wegen psychischer Probleme in Behandlung begeben hatten und rückblickend einen Zusammenhang zwischen einem früheren Schwangerschaftsabbruch und ihren Problemen herstellten. Eine weitere Quelle für Verfälschungen stellt die Vergleichsgruppe dar, so wurden teilweise Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, mit Frauen verglichen, die eine Schwangerschaft ausgetragen haben, ohne zu berücksichtigen, ob die ausgetragene Schwangerschaft gewollt oder ungewollt war.

Um Verzerrungen der Perspektive im Rückblick zu vermeiden, beobachteten mehrere neuere Studien eine repräsentative Zahl von ungewollt schwangeren Frauen kurz vor und über einen längeren Zeitraum nach dem Schwangerschaftsabbruch (Munk-Olsen et al. 2011; Rocca et al. 2015; Foster et al. 2015; Turnaway Studie der ANSIRH-Gruppe). Der Schwangerschaftsabbruch als Auslöser für psychische Krankheiten bestätigte sich in diesen Studien nicht (Munk-Olsen et al. 2011; Foster et al. 2015). Eine aktuelle Untersuchung aus den USA konzentrierte sich auf die psychische Verarbeitung eines Abbruchs und zeigte, dass die Zeit vor dem Schwangerschaftsabbruch

bruch häufig von Belastungen durch die Entscheidungsfindung und Angst vor dem Eingriff geprägt ist, dass die subjektive Belastung *danach* aber deutlich abnimmt (Rocca et al. 2015). Das am häufigsten von Frauen berichtete Gefühl nach einem Abbruch ist Erleichterung. Viele Frauen erleben zwar Traurigkeit und Schmerz, gegebenenfalls ähnlich wie bei anderen Verlusterlebnissen, aber nur bei wenigen hielten diese Gefühle länger an. Die negativen Gefühle unmittelbar nach dem Abbruch standen zudem zumeist in Zusammenhang mit einer erlebten oder befürchteten Stigmatisierung und Ausgrenzung und deuten nicht auf eine Gefährdung der psychischen Gesundheit der Frauen hin.

Insgesamt wurde in der Forschung die psychische Verfassung der Frau vor dem Ereignis als wesentlicher Faktor für das Risiko psychischer Störungen nach einem Schwangerschaftsabbruch identifiziert (NCCMH 2011). Frauen mit bestimmten Risikofaktoren, so Armut, Gewalterfahrung, psychischen Probleme in der Vorgeschichte, Alkohol- und/oder Drogenkonsum sowie vorausgehenden ungewollten Geburten, entwickeln häufiger psychische Probleme im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, unabhängig davon, ob diese ausgetragen wird oder nicht. Dieselben Faktoren begünstigen aber auch ungewollte Schwangerschaften (Major et al. 2008). Wenn der Einfluss dieser Faktoren nicht ausreichend berücksichtigt wird, kann dies zur Annahme ursächlicher Zusammenhänge zwischen psychischen Problemen und Schwangerschaftsabbrüchen führen. Negative psychische Reaktionen nach einem Schwangerschaftsabbruch wurden häufiger beobachtet, wenn Frauen eine gewünschte Schwangerschaft aufgrund von äußerem Druck beendeten, wenn sie ihre Schwangerschaft vor der Familie und Freunden geheim halten mussten, wenn sie sehr ambivalent im Erleben der Schwangerschaft beziehungsweise in ihrer Entscheidung waren oder wenn sie Schwangerschaftsabbrüche selbst moralisch ablehnten. Die Häufigkeit von psychiatrischen Problemen bei Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft ist unabhängig davon, ob sie die Schwangerschaft abbrechen oder austragen.

Der Schwangerschaftsabbruch verläuft zumeist nicht traumatisierend

Ein Schwangerschaftsabbruch ist ein Eingriff, der sich auch durch psychisch relevante Besonderheiten auszeichnet. Auseinandersetzung mit projizierter Zukunft in Gestalt eines möglichen Kindes ist seelisch wie auch körperlich herausgefordert und bildet sich im Entscheidungsgeschehen ab (Boltanski 2007). Umso wichtiger sind Rahmenbedingungen, die von Respekt vor den Entscheidungen der Frauen gekennzeichnet sind. Dies gilt für das persönliche Umfeld der Frauen und ebenso für das beteiligte Fachpersonal. Gleichzeitig ist ein Schwangerschaftsabbruch aber auch ein häufiger gynäkologischer Eingriff, der in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht traumatisierend verläuft. Trotz aller gespürten Besonderheit, die in dem Abschied von einer nicht gelebten Möglichkeit liegt, ist der Abbruch einer Schwangerschaft auch eine Entscheidung *für* etwas, eine Chance zur produktiven Auseinandersetzung und Klärung und eine Form aktiver Lebensgestaltung, die die Persönlichkeit bereichern kann.

Vor diesem Hintergrund kann das Beharren auf einer posttraumatischen Belastungsstörung (dem Post-Abortion-Syndrom), die wissenschaftlich nicht belegbar ist, nur als Versuch von Abbruchgegnern gedeutet werden, den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch einzuschränken (angeblich im Sinne der Frauen) und Ängste vor dem Abbruch zu schüren.

Aspekte der medizinischen Versorgung

Zur Versorgungssituation beim Schwangerschaftsabbruch in Deutschland ist die Datenlage insgesamt mangelhaft. Die im Schwangerschaftskonfliktgesetz vorgesehene Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche publiziert keine Daten zur regionalen Versorgung unterhalb der Länderebene, sodass keine differenzierten Aussagen darüber gemacht werden können, ob die Versorgung tatsächlich flächendeckend wohnortnah vorgehalten wird und ob es regional Besonderheiten bei der Nutzung unterschiedlicher Methoden des Schwangerschaftsabbruchs gibt. Auch die Datenlage zur Versorgungsqualität, etwa ob Frauen flächendeckenden Zugang zu allen Methoden (Wahlfreiheit) haben und die Behandlung auf der Basis aktueller medizinischer Standards erfolgt, ist defizitär.¹⁹

Der Gesetzgeber hat festgelegt, dass ausreichend und professionell ausgestattete Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch zur Verfügung stehen sollen. Wie die Umsetzung der rechtlichen Vorgaben in diesem Bereich aktuell aussieht und insbesondere wo Probleme und Defizite in den Versorgungsstrukturen bestehen, soll im Folgenden genauer betrachtet werden.

1. Zahlen zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland

Die absolute Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland stieg gemäß den Daten des Statistischen Bundesamts nach der Einführung der aktuellen Erhebungsform 1996 zunächst leicht an und ist seit 2002 konstant rückläufig, ebenso sinkt die Abbruchrate pro 1.000 Frauen (zwischen 15 und 44 Jahren) seit 2005 kontinuierlich (siehe Abbildungen 1 und 2 auf Seite 22).

Die meisten Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland werden nach der Beratungsregelung durchgeführt: 2016

waren es 96,1 Prozent (Tabelle 1). Die übrigen knapp vier Prozent entfallen auf die medizinische Indikation (3.785 Schwangerschaftsabbrüche), während der Anteil der Abbrüche nach kriminologischer Indikation, der in der Bundesstatistik 2016 mit 28 Fällen angegeben wird, zu vernachlässigen ist.²⁰ (siehe Tabelle 1)

Die Zahlen im internationalen Vergleich

Deutschland gehört zu den Ländern mit der weltweit niedrigsten Rate an Schwangerschaftsabbrüchen. Allerdings sind im internationalen Vergleich differierende Bezugsgrößen zu beachten: Seit 2012 bezieht die deutsche Statistik Frauen im Alter von 15 bis 50 Jahren ein, während vorher, wie in den meisten anderen Ländern auch, die Altersgruppe der 15- bis 45-Jährigen erhoben wurde. Da von den 46- bis 50-jährigen Frauen nur noch wenige schwanger werden, ergibt sich bei der neuen Berechnung eine deutlich niedrigere Rate an Schwangerschaftsabbrüchen. 2010 lag sie zum Beispiel bezogen auf die Altersgruppe 15 bis 45 Jahre bei 7,2 von 1.000 Frauen gegenüber 5,9 in der Altersgruppe 15 bis 50. Eine vergleichbar niedrige Rate (in der Altersgruppe 15 bis 45) haben die Schweiz mit 6,4 (2013) und die Niederlande mit 8,5 (2013) von 1.000 Frauen. Deutlich höher liegen die Raten hingegen in Frankreich mit 14,8 (2010; 15 bis 49 Jahre), in England mit 15,9 (2013; 15 bis 44 Jahre) und den USA mit 16,9 (2011, 15 bis 44 Jahre). Eine im Vergleich der westeuropäischen Länder hohe Rate hat zum Beispiel Schweden mit 29,7 von 1.000 Frauen (2012; 15 bis 44 Jahre).²¹

Die im internationalen Vergleich niedrige Rate sowie der kontinuierliche Rückgang an Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland erklären sich aus dem relativ offenen gesellschaftlichen Klima in Bezug auf Sexualität sowie daraus, dass die meisten Frauen/Paare guten Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln haben und sie

Tabelle 1: Abbrüche nach Indikationen im Jahr 2016

Frauen 15 bis 50 Jahre	Alle Schwangerschaftsabbrüche	Beratungsregelung	Medizinische Indikation	Kriminologische Indikation
Absolute Zahlen	98.721	94.908	3.785	28
Prozentsatz	100	96,1	3,8	0

¹⁹ Alle hier wiedergegebenen medizinischen Daten sind evidenzbasiert und den entsprechenden internationalen Leitlinien zum Schwangerschaftsabbruch entnommen (siehe Zusammenstellung im Anhang). Deutsche Leitlinien liegen nicht vor.

²⁰ Es kann davon ausgegangen werden, dass viele Frauen in dieser Situation entweder den Weg über die Beratungsregelung gehen, um weitere Darstellungen des Ereignisses zu vermeiden, oder dass eine medizinische Indikation infrage kommt, wenn die Schwangerschaft zu spät bemerkt wird.

²¹ Die Daten wurden jeweils den aktuellsten nationalen Abbruchstatistiken entnommen (Stand 2014).

Abbildung 1: Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1996 bis 2016

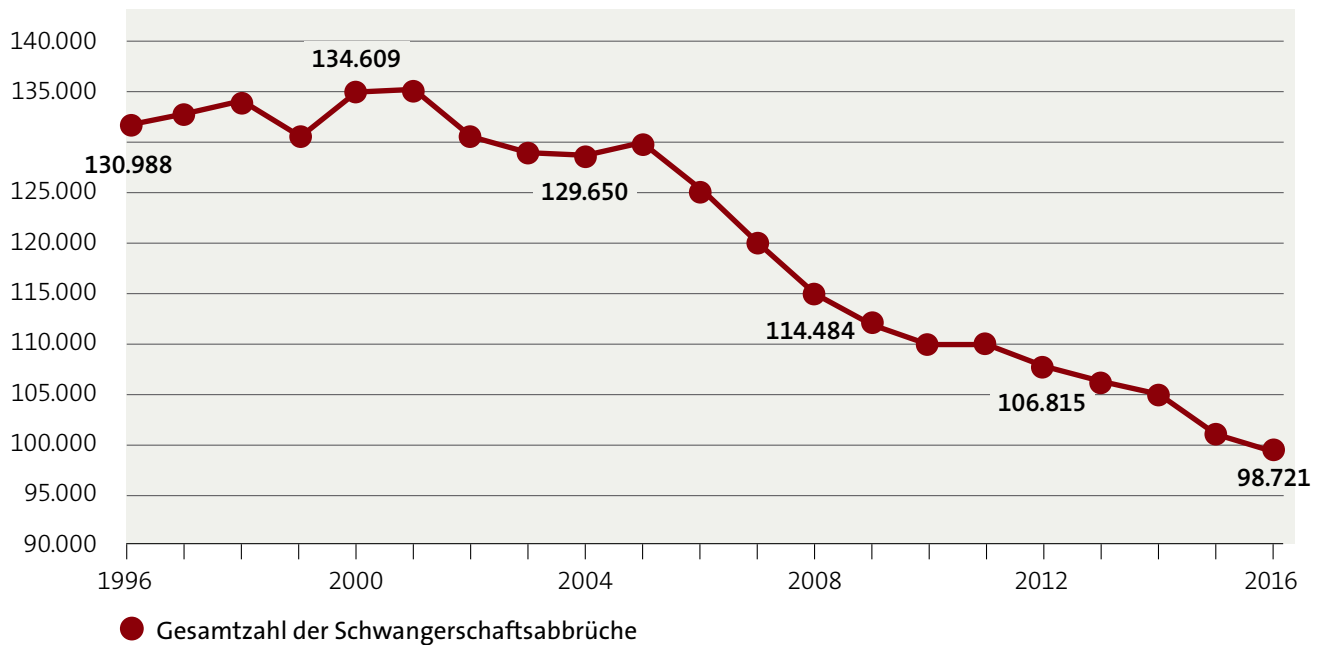
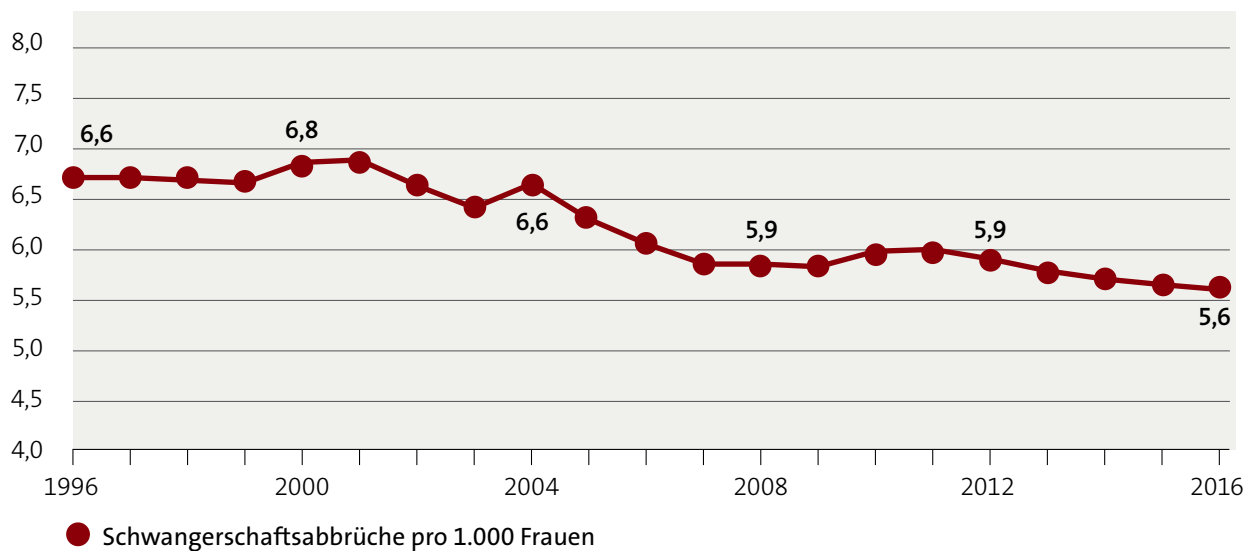


Abbildung 2: Schwangerschaftsabbrüche pro 1.000 Frauen in Deutschland zwischen 1997 und 2016

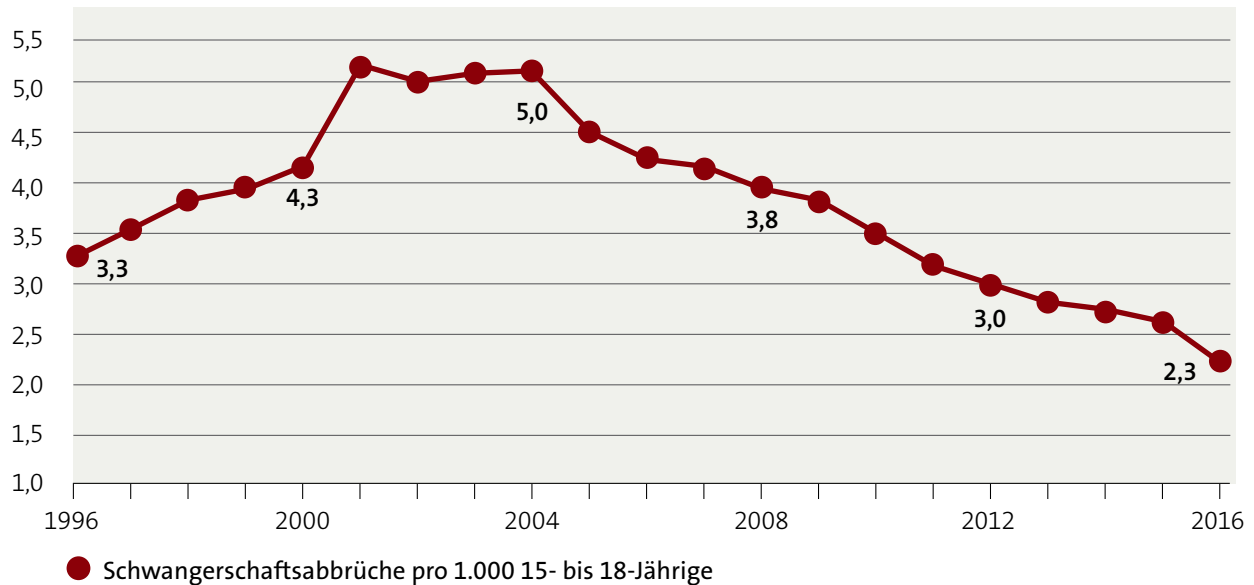


zuverlässig nutzen. Im europäischen Vergleich ist die Verwendung hormonaler Verhütungsmethoden in Deutschland hoch (Cibula 2008). Auch der hohe Stellenwert, den Sexualaufklärung in Deutschland genießt, sowie die Professionalität, mit der sie in die Bevölkerung getragen wird, unterstützen diese Entwicklung. Ein zunehmender Trend zu Langzeitverhütungsmitteln (zum Beispiel Spiralen, Implantate, bestimmte Pillen, Vaginalring, Pflaster), die vergleichsweise niedrige Versagerraten aufweisen

und weniger anfällig für Anwendungsfehler sind, könnte dazu beitragen, die Anzahl ungewollter Schwangerschaften und damit auch die Abbruchraten noch weiter zu reduzieren.

Zu beachten ist: Niedrige Abbruchraten sind nicht per se positiv, sondern nur in einem Kontext, der einen freien und niedrigschwelligen Zugang zum Schwangerschaftsabbruch ermöglicht und Frauen nicht stigmatisiert, die

Abbildung 3 Schwangerschaftsabbrüche pro 1.000 Mädchen im Alter von 15 bis unter 18 Jahren



einen Abbruch vornehmen. In der Studie *frauen leben 3* gab ein Drittel der Frauen (34,8 Prozent), die sich für das Austragen einer unbeabsichtigten Schwangerschaft entschieden, als Begründung eine „grundsätzliche Ablehnung des Abbruchs“ an (BZgA 2016, S. 190). Dies gibt Anlass zur Vermutung, dass eine prinzipiell ablehnende Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland noch recht weit verbreitet ist und die autonome Entscheidungsfähigkeit von Frauen behindern könnte.

Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen

Auch die Rate der Schwangerschaftsabbrüche bei Minderjährigen ist in Deutschland relativ niedrig und sinkt über die letzten Jahre stetig weiter (siehe Abbildung 3). 2016 lag die Rate der Schwangerschaftsabbrüche Minderjähriger bei 2,3 von 1.000 Mädchen und damit deutlich unter dem Wert von 1996 (3,3).

In den letzten Jahren ist bezüglich des Alters beim ersten Geschlechtsverkehr ein leichter Anstieg zu beobachten: Insgesamt gaben in der jüngsten Befragung der BZgA weniger 14- bis 17-jährige Jungen und Mädchen an, bereits Geschlechtsverkehr gehabt zu haben als bei früheren Befragungen. Zudem war der erste Geschlechtsverkehr seltener ungeplant (BZgA 2015). Insgesamt verhüten Jugendliche in Deutschland sehr konsequent und diszipliniert. Die Rate derjenigen, die beim ersten Geschlechtsverkehr gar nicht verhüten, sinkt im Langzeittrend. Mit zunehmender sexueller Erfahrung steigt die Verwendung von Verhütungsmitteln und zudem

wird häufiger mit der Pille, teilweise in Kombination mit Kondom, verhütet. Die BZgA konstatiert ein hohes Problembewusstsein Jugendlicher in Bezug auf die Notwendigkeit zu verhüten. Etwa 80 Prozent der befragten jungen Menschen zwischen 14 und 25 Jahren, die zurzeit der Befragung nicht schwanger und kinderlos waren, sahen in einer Schwangerschaft ein eher unerfreuliches Ereignis. Dreiviertel der befragten 15-jährigen und noch über die Hälfte der 19-jährigen Mädchen empfanden es sogar als „Katastrophe“, schwanger zu werden (BZgA 2015: Seite 209). Ein besonders umsichtiges Verhütungsverhalten ist bei dieser Einstellung folgerichtig und zeigt die Handlungsfähigkeit der Jugendlichen. Trotz generellen Kinderwunsches der meisten Jugendlichen definieren sie den „richtigen Zeitpunkt“ für seine Erfüllung erheblich später und knüpfen ihn an vielschichtige Bedingungen (BZgA 2015, S 204ff.).

Eine von der BZgA und pro familia durchgeführte Studie belegt ein höheres Risiko (ungewollter) Schwangerschaften und ein inkonsistenteres Verhütungsverhalten bei sozial benachteiligten Mädchen mit geringer Schulbildung und fehlenden Zukunftsperspektiven sowie in wenig gleichberechtigten Beziehungskonstellationen. Dies trifft auch oft auf Mädchen mit Migrationshintergrund zu (BZgA 2009).²² In den letzten Jahren wurden deswegen zusätzliche Angebote für diese Zielgruppen entwickelt.

²² Hierin bilden sich vor allem die benannten sozialen Hintergründe, aber auch kulturelle Besonderheiten ab.

2. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Operative Schwangerschaftsabbrüche werden heute in Deutschland in der Regel durch eine Vakuumaspiration in Vollnarkose oder Lokalanästhesie durchgeführt (2016: 62,4 Prozent). 13,7 Prozent der Abbrüche fanden 2016 mittels Kürettage statt und der Anteil der mit Mifegyne® durchgeführten medikamentösen Abbrüche lag bei 20,2 Prozent.

Die Anwendung der unterschiedlichen Abbruchmethoden zeigt Veränderungen im Langzeittrend. Der medikamentöse Abbruch mit Mifegyne® steht in Deutschland erst seit dem Jahr 2000 zur Verfügung, wobei Mifegyne® zunächst nur bis zum Ende der siebten Woche nach Beginn der letzten Regel zugelassen wurde und erst seit 2008 bis zur neunten Woche.²³ Seit der Einführung stieg der Anteil medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland kontinuierlich. In Europa ist der Anteil medikamentöser Abbrüche sehr unterschiedlich und schwankte beispielsweise 2011 zwischen 0,8 Prozent in den Niederlanden und über 50 Prozent in Schweden, Frankreich und der Schweiz (pro familia 2012b). Eine deutliche Bevorzugung dieser Abbruchmethode bestand bis vor zehn Jahren in Deutschland für Abbrüche in der früheren Schwangerschaft (nach 2007 ist der Anteil aus der Bundesstatistik nicht mehr ersichtlich): 2007 wurden über drei Viertel (77 Prozent) der Schwangerschaftsabbrüche mit einer Schwangerschaftsdauer von unter sechs Wochen nach Empfängnis (das heißt vor der achten Woche nach Beginn der letzten Regel) in Deutschland mit Mifegyne® durchgeführt. Dies legt nahe, dass auch heute der Anteil der medikamentösen Abbrüche umso höher ist, je früher sie stattfinden.

Während der Anteil der medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche in den letzten Jahren kontinuierlich gestiegen ist, ist die Rate an Vakuumaspirationen zwischen 1999 und 2016 von 86 auf 62 Prozent gesunken. Diese Entwicklung betrifft im wesentlichen Absaugungen in Lokalanästhesie: 1999 wurden noch 20 Prozent der Vakuumaspirationen in Lokalanästhesie vorgenommen, heute sind es nur noch knapp vier Prozent (versus 96 Prozent in Vollnarkose).

Der Schwangerschaftsabbruch bis zur zwölften Woche p.c. wird üblicherweise per Vakuumaspiration (Absau-

gung, VA) in Vollnarkose oder örtlicher Betäubung oder medikamentös mit Mifegyne® und einem Prostaglandin (bis zum Ende der neunten Woche p.m.) durchgeführt. Beide Methoden haben eine vergleichbare Akzeptanz bei den Frauen. Studien belegen, dass die Zufriedenheit der Frauen mit dem Eingriff am größten ist, wenn sie die Möglichkeit hatten, die für sie geeignete Methode selbst zu wählen (WHO 2012). Dafür brauchen sie ausreichende, korrekte und praxisnahe Informationen.

Obwohl eine Beratung zu den medizinischen Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs, also auch über die Methoden, gesetzlich vorgesehen ist, sind viele Frauen nicht gut über die unterschiedlichen Methoden informiert und machen sich falsche Vorstellungen. Zum Beispiel werden die Risiken der Absaugung häufig überschätzt, und die Frauen wissen nicht, dass sie diesen Eingriff in örtlicher Betäubung vornehmen lassen können. Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch wird manchmal als sanfte und ungefährliche, „natürlichere“ Alternative angesehen, manchmal im Gegenteil als psychisch stärker belastend. Nach der 14. Schwangerschaftswoche werden in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche in der Regel medikamentös durchgeführt.

Die Vakuumaspiration

Die Vakuumaspiration kann in Lokalanästhesie oder Vollnarkose durchgeführt werden, wobei in Deutschland (wie auch in vielen anderen europäischen Ländern) zumeist eine Vollnarkose angewendet wird. Die bei der Vakuumaspiration übliche Kurznarkose ist gut verträglich und risikoarm. Studien zum Vergleich der Risiken zwischen den aktuell angewendeten Verfahren der Kurznarkose und der Lokalanästhesie gibt es nicht.²⁴ Bei der Lokalanästhesie ist es wichtig, die Frau darauf hinzuweisen, dass eine Vakuumaspiration in Lokalanästhesie nicht völlig schmerzfrei ist, sondern dass für einige Minuten mehr oder weniger starke, der Regelblutung vergleichbare Schmerzen auftreten.

Nach der Durchführung der Lokalanästhesie oder Einleitung der Vollnarkose wird der Gebärmutterhals durch Einführen von Metallstiften zunehmender Dicke auf etwa sechs bis zehn Millimeter geweitet, je nach Schwangerschaftswoche. Dann werden mit einem Saugröhrchen das Schwangerschaftsgewebe und die Gebärmutter Schleimhaut abgesaugt. Der Eingriff dauert etwa zehn Minuten. Die Vakuumaspiration – mit Voll- und Teil-

²³ Der Zeitpunkt berechnet sich ab der Menstruation (wie in der Gynäkologie üblich) und nicht ab der Konzeption (wie bei der Zulässigkeit der Schwangerschaftsabbrüche nach § 218 (ca. zwei Wochen später)).

²⁴ Daten, die ein höheres Komplikationsrisiko bei Schwangerschaftsabbrüchen in Vollnarkose im Vergleich zur Lokalanästhesie zeigen, stammen aus den 1980er Jahren, in denen andere Narkoseverfahren üblich waren.

narkose – wird üblicherweise ambulant durchgeführt, und die Frauen gehen etwa eine Stunde nach dem Eingriff nach Hause.

Entsprechend internationaler Leitlinien wird auch in Deutschland immer häufiger einige Stunden vor der Vakuumaspiration das Prostaglandin Cytotec® verabreicht. Dies erleichtert das Weiten des Gebärmutterhalsses und das Absaugen, da der Muttermund sich etwas öffnet und die Gebärmutterwand fester wird. Das Mittel kann jedoch vor dem Eingriff Unterleibskrämpfe und Blutungen verursachen.

Die meisten internationalen Leitlinien empfehlen nach dem operativen Schwangerschaftsabbruch die routinemäßige Gabe eines Antibiotikums zur Vermeidung von Unterleibsinfektionen. Dies wird in Deutschland sehr unterschiedlich gehandhabt.

Eine Untersuchung auf eine Chlamydieninfektion vor dem Abbruch ist in Deutschland Leistung der Krankenkassen. Ebenso werden die Kosten für eine Blutgruppentestung vor dem Schwangerschaftsabbruch und die Rhesusprophylaxe übernommen.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifegyne® und einem Prostaglandin ist in Deutschland bis zum Ende der neunten Schwangerschaftswoche p.m. zugelassen. Praxen müssen auch für die Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs eine Zulassung bei den Gesundheitsbehörden der Länder beantragen. Diese ist die Voraussetzung für den Bezug von Mifegyne® direkt beim pharmazeutischen Unternehmen im Zuge des Sondervertriebsweges. Die Vergabe der Tabletten an die einzelnen Patientinnen muss anonymisiert dokumentiert werden.

Die Mifegyne®-Tabletten werden in der Praxis in Anwesenheit der Ärzt*innen eingenommen. Das Medikament bewirkt, dass sich die Schwangerschaft nicht weiterentwickelt. Zumeist setzt etwa einen Tag nach der Einnahme eine Blutung ein. Selten wird die Schwangerschaft schon zu diesem frühen Zeitpunkt ausgestoßen, in der Regel ist dafür die ein bis zwei Tage später erfolgende Einnahme eines Prostaglandins notwendig. In Deutschland wird als Prostaglandin zumeist Misoprostol (Cytotec®) als orale oder vaginale Gabe verabreicht. Es ist zwar nicht zur vaginalen Gabe und für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassen, kann aber im Off-Label-Use angewendet werden und wird in allen internationalen Leitlinien als Mittel der Wahl

angeführt.²⁵ Die Anwendung ist genauso wirksam, deutlich kostengünstiger und verursacht erheblich weniger Beschwerden (Schmerzen, Kreislaufprobleme) als das für den Schwangerschaftsabbruch zugelassene Gemeprost (Cergem®). Die vaginale Gabe von Cytotec® ist international verbreitete Praxis. Cytotec® ist in Deutschland nicht verfügbar und muss aus dem Ausland bezogen werden. Wie viele Ärzt*innen dies nicht wissen und es deshalb nicht anwenden, ist nicht bekannt.

Die Schwangerschaft wird in etwa zwei Drittel der Fälle innerhalb von drei bis vier Stunden, bei den übrigen innerhalb von etwa zwei Tagen nach der Einnahme von Cytotec® ausgestoßen. Dabei kommt es häufig zu Unterleibskrämpfen, die mit Schmerzmitteln gut und unkompliziert behandelt werden können, sowie zu Blutungen, die in den ersten Tagen oft stärker als Regelblutungen sind. Diese dauern laut Produktinformation durchschnittlich zwölf Tage, jede fünfte Frau hat auch nach drei Wochen noch Blutungen.

Nach der Einnahme des Prostaglandins soll die Frau zwei bis vier Stunden in der ärztlichen Praxis überwacht werden (laut Produktinformation) und kann dann nach Hause gehen. In einigen Einrichtungen können die Frauen auf Wunsch aber auch direkt nach der Einnahme gehen. In vielen europäischen Ländern ist es üblich, dass Frauen Cytotec® zu Hause anwenden, so ist es in Frankreich und Schweden in den Leitlinien vorgesehen. Auch in den USA ist der Home-Use von Cytotec® das Routineverfahren. Ein solches Vorgehen vereinfacht den Ablauf, da der zweite Arztbesuch entfällt. Die WHO bewertet die Anwendung zu Hause als sicher. Frauen müssen aber gut über den zu erwartenden Ablauf aufgeklärt werden, Schmerzmittel verfügbar haben und sich bei Bedarf telefonischen Rat holen können. Auch in Deutschland geben einige Praxen Cytotec® für die Anwendung nach Hause mit. Viele Frauen bevorzugen dieses selbstbestimmte Verfahren und die Einnahme in einer vertrauten Umgebung (Seyler 2013; DGGG 2015).

Da ein geringes Risiko besteht, dass der Schwangerschaftsabbruch nicht vollständig erfolgt ist oder die Schwangerschaft fortbesteht, ist beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch eine geeignete Nachkontrolle notwendig. Meist wird dafür in Deutschland eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt, bei unklaren Befunden ergänzt durch eine hCG-Bestimmung im Urin oder Blut (hCG = humanes Choriongonadotropin – ein Hor-

²⁵ Auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe empfiehlt in ihrer Stellungnahme zum medikamentösen Abbruch Cytotec® (DGGG 2015).

Tabelle 2: Risikoquote für Komplikationen (gemäß der Zusammenstellung in RCOG 2011)

Mögliche Komplikation	Schwangerschaftsstadium/Methode	Risiko in Prozent
Anästhesiebedingte Komplikationen	Bei Vakuumaspiration	0,2 bis 0,5
Starke Blutungen/Transfusion nötig	Bis zur 12. SSW	0,1
	Nach der 20. SSW	0,4
Fortbestehende Schwangerschaft	Bei Vakuumaspiration bis zur 12. SSW	0,2
	Bei medikamentösem Abbruch bis zur 12. SSW	0,1 bis 0,5
Infektionen	Bei Vakuumaspiration	1 bis 10
	Bei medikamentösem Abbruch	0,2 bis 1,7
Ruptur der Gebärmutter	Bei medikamentösem Abbruch im 2. Trimenon	unter 0,01
	Nach vorausgegangenem Kaiserschnitt	0,4
Uterusperforation	Bei operativem Abbruch	0,1 bis 0,4
Verletzungen des Muttermundes	Bei operativem Abbruch (alle SSW)	unter 1
	Bei operativem Abbruch bis zur 12. SSW	0,2

mon, das in der Schwangerschaft ansteigt). International werden Möglichkeiten zur Vereinfachung auch dieses Verfahrens diskutiert (Seyler 2013).

Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch im zweiten Trimenon leitet man die Wehen meist durch die Gabe eines Prostaglandins (Cytotec® oder Cergem®) ein und wartet dann, bis der Fötus ausgestoßen wird. Auch hier gilt Cytotec® als Mittel der Wahl (WHO 2012). Bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der 22. Woche p.m. wird vor der Einleitung der Wehen ein Fetozid durchgeführt, um die Geburt eines lebenden Kindes zu verhindern, das dann intensivmedizinisch versorgt werden müsste. Die Zeit bis zur Geburt des Fetus kann mehrere Stunden, in Einzelfällen aber auch Tage dauern. Bei Bedarf werden Schmerzmittel gegeben und in der letzten Phase der Ausstoßung kann auch eine Rückenmarkanästhesie eingesetzt werden. Sehr oft erfolgt nach der Geburt des Fetus eine Ausschabung. Die Gabe von Mifegyne® ein bis zwei Tage vor der Einleitung erhöht die Wirksamkeit des Prostaglandins, verkürzt die Zeit bis zur Ausstoßung und reduziert unerwünschte Begleitsymptome.

Nach Daten aus pro familia Schwangerschaftsberatungsstellen sind weder die internationalen Empfehlungen zur Wahl des Prostaglandins noch zur Vorbehandlung mit Mifegyne® in Deutschland flächendeckend umgesetzt.

Komplikationen

Da Schwangerschaftsabbrüche in vielen Ländern gemeldet werden müssen und auch die Komplikationen statistisch erfasst werden, ist die Komplikationsrate dieses Eingriffs sehr gut untersucht. Sie ist im Vergleich zu

anderen operativen Eingriffen sehr niedrig (White et al. 2015; RCOG 2011²⁶). Das Risiko von Schwangerschaftsabbrüchen wird häufig überschätzt, was zu unbegründeten Ängsten führt. Auch viele Ärzt*innen haben keine genauen Kenntnisse der Daten und klären Frauen falsch auf. Selbst wenn korrekte Zahlen genannt werden, sind sie häufig schwer verständlich, da die Risikoaufklärung nicht den Empfehlungen für eine patientengerechte Information entspricht. So sollten zum Beispiel die Angaben zur Häufigkeit von Komplikationen nicht in Prozent, sondern in ganzen Zahlen (zum Beispiel: ein bis zwei von 1.000 Frauen statt 0,1 bis 0,2 Prozent) erfolgen, und zusätzlich durch Begriffe wie „sehr selten“, „selten“ oder „gelegentlich“ verdeutlicht werden (EbM 2015). (siehe Tabelle 2)

Die Häufigkeit von schwerwiegenden Komplikationen liegt bei Schwangerschaftsabbrüchen im ersten Trimenon insgesamt bei etwa 0,3 Prozent (siehe Tabelle 2 für Details). Todesfälle treten in großen internationalen Studien aus Ländern mit guter medizinischer Versorgung bei weniger als einem von 100.000 Schwangerschaftsabbrüchen auf. Eine Nachsaugung wird vor allem bei unvollständigen Abbrüchen durchgeführt und ist bei 1 bis 2 Prozent der operativen Schwangerschaftsabbrüche und 2 bis 6 Prozent der medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche notwendig. Daten zur Häufigkeit von Infektionen nach Schwangerschaftsabbrüchen variieren stark in verschiedenen Ländern und Studien (1 bis 10 Prozent nach Absaugung; 0,2 bis 1,7 Prozent nach medika-

²⁶ Die hier zusammengestellten Daten folgen, soweit nicht anders angegeben, der Guideline des Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG 2011) in der alle relevanten Studien zusammengefasst wurden.

mentösem Abbruch). Die Gründe für die Unterschiede sind nicht vollständig geklärt, zum Teil liegen sie aber in der unterschiedlichen Definition der Kriterien zur Erfassung von Infektionen. Die WHO beschreibt die Infektion nach ordnungsgemäßer Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs als seltene Komplikation. Verlässliche Daten für die Infektionsrate nach Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland gibt es nicht (WHO 2012). Auswirkungen auf die spätere Fruchtbarkeit oder den Verlauf von Folgeschwangerschaften wurden in vielen internationalen Studien untersucht. Eine Beeinträchtigung der Fruchtbarkeit lässt sich nach Schwangerschaftsabbrüchen nicht feststellen. Für ein erhöhtes Risiko von Eileiterschwangerschaften gibt es ebenfalls keine eindeutigen Belege. Lediglich nach Schwangerschaftsabbrüchen, die mit Infektionen einhergingen, sowie nach mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen mit Kürettage fand sich ein erhöhtes Risiko. Auch frühe Fehlgeburten oder eine Plazenta Prävia (Vorliegen der Plazenta vor dem Muttermund) treten nach Schwangerschaftsabbrüchen nicht häufiger auf.

Zu der Frage, ob der Verlauf von späteren Schwangerschaften durch eine Absaugung negativ beeinflusst wird, liegen widersprüchliche Studienergebnisse vor. Wenn überhaupt, gilt das mögliche Risiko aber insgesamt als sehr gering. Nach medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen wurde kein erhöhtes Risiko für Frühgeburten bei späteren Schwangerschaften beobachtet.

Immer wieder wird in den Medien auch über ein erhöhtes Risiko für Brustkrebs nach Schwangerschaftsabbrüchen berichtet. Die Studienlage dazu ist eindeutig: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbruch und erhöhtem Brustkrebsrisiko.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch und die Vakuumaspiration haben insgesamt vergleichbar geringe Risiken mit jeweils eigenen Vor- und Nachteilen. Die Vakuumaspiration dauert in der Regel unter zehn Minuten und ist mit einer geringeren und kürzeren Blutung verbunden. Es besteht jedoch ein, wenn auch sehr geringes Risiko für Verletzungen der Gebärmutter und im Vergleich zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ein etwas höheres Risiko für anschließende Infektionen. Der medikamentöse Abbruch dauert mehrere Tage und ist mit länger dauernden Blutungen verbunden. Je nach Schwangerschaftswoche sind sie stärker oder der Regelblutung vergleichbar. Im Vergleich zur Vakuumaspiration in Vollnarkose haben die Frauen stärkere Schmerzen. Außerdem ist die insgesamt sehr niedrige Rate an weiterbestehenden evolutiven Schwangerschaften etwas höher, die in der Folge eine Absaugung erforderlich machen.

3. Defizite in der medizinischen Versorgung in Deutschland

Der Schwangerschaftsabbruch ist einer der am häufigsten durchgeführten gynäkologischen Eingriffe. Ein guter Zugang ist ebenso wichtig wie die Sicherung entsprechender Versorgungsstandards und die Vermeidung gesundheitlicher Schäden. Eine der Voraussetzungen für die Straffreiheit des Schwangerschaftsabbruchs ist, dass er durch Ärzt*innen vorgenommen wird (§ 218 StGB). Im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) ist geregelt, dass die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherstellen (§ 13 SchKG). Eine bedarfsdeckende Versorgung ist vom Gesetzgeber explizit gewollt, wird allerdings nicht überprüft. Zur Versorgung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen, gibt es in Deutschland nur wenige gesicherte Daten. Das betrifft sowohl die Qualität der Versorgung als auch die Frage, ob alle Frauen einen wohnortnahen Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen mit der Methode ihrer Wahl haben.

Nach wie vor bewegen sich Ärzt*innen bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in einem vom Strafrecht umrissenen Feld, worin sich auch eine gesellschaftliche Missbilligung ausdrückt. Dies beeinflusst auch die Bereitschaft zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Das Schwangerschaftskonfliktgesetz enthält, wie oben beschrieben, die Weigerungsmöglichkeit zur Mitwirkung an einem (grundsätzlich strafbewehrten) Schwangerschaftsabbruch und auch die Musterberufsordnung für in Deutschland tätige Ärzt*innen stützt diese generelle oder einzelfallbezogene Entscheidungsmöglichkeit. Für Mitglieder der Ärzteschaft ist die Mitwirkung an diesem Eingriff mithin stigmatisiert. Frauen können nicht davon ausgehen, dass ein Gynäkologe beziehungsweise eine Gynäkologin oder eine gynäkologische Klinik auch Schwangerschaftsabbrüche durchführt.

Auch das gesetzlich festgelegte Werbeverbot erschwert den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch. Wiederholt wurden Ärzt*innen angezeigt, die auf ihren Internetseiten über ihr Angebot zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen lediglich informierten. Die langjährigen Erfahrungen aus pro familia Beratungsstellen zeigen, dass aufgrund des Werbeverbots teilweise Verunsicherung in Bezug auf die Rechtslage herrscht. Dies führt dazu, dass Praxen Angaben zum Schwangerschaftsabbruch von ihrer Homepage entfernen oder sogar keine Abbrüche mehr durchführen. Auskünfte über Anbieter

von Schwangerschaftsabbrüchen sind in Deutschland zurzeit nur über Beratungsstellen (nicht alle geben diese Informationen weiter) und den persönlichen Kontakt zu Ärzt*innen zugänglich. Das erschwert es Frauen, sich eigenständig über das (wohnnortnahe) Angebot zu informieren

Einhaltung/Überprüfung medizinischer Qualitätsstandards

Zur medizinischen Qualität der Schwangerschaftsabbrüche gibt es wenige Daten. Die Qualitätskontrolle erfolgt durch die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen der Zulassungen zum ambulanten Operieren, konkret durch die Vorgabe, dass nur Fachärzt*innen zum ambulanten Operieren zugelassen werden, des Weiteren durch Anforderungen an Hygiene und räumliche beziehungsweise apparative Ausstattung der Einrichtungen.

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) regelt in § 13, dass Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, die Nachbehandlung gewährleisten müssen. Eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses, einem Gremium mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, enthält neben einer Zusammenfassung der gesetzlichen Regelungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sowie Anmerkungen zur Leistungsabrechnung eine Zusammenstellung einiger weiterer Anforderungen an Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden: Einrichtungen müssen die entsprechende personelle und sachliche Ausstattung, auch für Notsituationen, vorhalten, eine ausreichende ärztliche Überwachung und Nachbehandlung muss gewährleistet sein, der Eingriff kann stationär oder ambulant vorgenommen werden (medizinische Entscheidung), der Eingriff kann auch in einer Praxis, die über die entsprechende Ausstattung verfügt, stattfinden, wenn Qualitätsvorgaben gewahrt sind, über die ein Nachweis geführt werden muss (GbA 2016).

Inwieweit Ärzt*innen speziell für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen qualifiziert sind, wird nicht überprüft. Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ist kein expliziter Bestandteil der Weiterbildungsordnung, die die Inhalte der fachärztlichen Ausbildung regelt. Dies ist eine Konsequenz der grundsätzlichen Strafbewehrtheit dieses Eingriffs und des prinzipiellen Rechts auf Weigerung von Ärzt*innen.

Die Folgen dieser Situation für die Versorgungsqualität sind vielschichtig. Die fachärztliche Weiterbildung wird überwiegend in Krankenhäusern durchgeführt. Wenn Ärzt*innen ihre Weiterbildung in

Kliniken kirchlicher Träger absolvieren, in denen keine Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, erhalten sie in diesem Bereich keine Ausbildung.

Die Technik der Abbrüche in Lokalanästhesie kann in der Praxis meist nicht erlernt werden, da diese Methode auch in nichtkirchlichen Kliniken kaum angewandt wird. Das Erlernen der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen außerhalb der Weiterbildung ist ebenfalls nicht gewährleistet. Weder werden Fortbildungen dazu angeboten, noch gibt es entsprechende Leitlinien zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, wie sie die Fachgesellschaften zu vielen anderen Themen der gesundheitlichen Versorgung erstellen.

Bedenklich in Bezug auf die Qualität der Versorgung erscheint der besonders in einigen Regionen Deutschlands hohe Anteil von Kürettagen. Internationale Leitlinien raten wegen höherer Komplikationsraten von der Kürettage im ersten Trimenon ab (WHO 2012). Die Methode der Wahl ist hier die Vakuumaspiration.

Operative Schwangerschaftsabbrüche in Lokalanästhesie werden – entgegen internationaler Empfehlungen, die diese Methode als Standard definieren – in Deutschland nur in sehr geringem Umfang durchgeführt (2016: 3,7 Prozent). Studien zeigen eine hohe Akzeptanz für diese Methode, wenn Frauen frei wählen können (WHO 2012). In anderen Ländern ist der Anteil an Abbrüchen in Lokalanästhesie deutlich höher, so zum Beispiel in den Niederlanden, wo er laut nationaler Statistik bei knapp 30 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche liegt. Ein Vorteil der Lokalanästhesie ist, dass die Frau miterlebt, wie schnell und einfach der Eingriff ist. Schon die Information über diese Möglichkeit kann Ängste nehmen. Die psychische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs kann bei wachen Frauen, die ihre Gefühle wahrnehmen und ausdrücken können, schon während des Eingriffs beginnen. Als Gründe für den seltenen Einsatz der Lokalanästhesie kommen persönliche Präferenzen der Frauen infrage, aber auch ein nicht vorhandenes Angebot sowie einseitige Beratung oder Empfehlung der behandelnden Ärzt*innen. Auch bei Frauen, die in der Beratung über die Möglichkeit der Lokalanästhesie informiert werden, war in den letzten Jahren ein Trend zur Entscheidung für eine Vollnarkose zu beobachten (Erfahrungen aus den Medizinischen Zentren und kooperierenden Familienplanungszentren von pro familia). Ebenso kann davon ausgegangen werden, dass sich Frauen, die heute die medikamentöse Methode wählen, früher für einen Schwangerschaftsabbruch in Lokalanästhesie entschieden hätten.

Auch der Anteil von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen ist in Deutschland im Vergleich zu anderen europäischen Ländern mit unter 20 Prozent gering. Dies könnte ebenfalls auf ein mangelndes Angebot zurückzuführen sein, dass verschiedene Gründe hat (zum Beispiel Qualifikation, Erfahrung, Klinikabläufe, Finanzierung), und zudem darauf, dass sich der Home-Use von Cytotec® in Deutschland noch nicht flächendeckend durchgesetzt hat.

Während in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche nach dem ersten Trimenon vorrangig medikamentös durchgeführt werden, werden in anderen Ländern (zum Beispiel den Niederlanden, Großbritannien, USA) vermehrt operative Schwangerschaftsabbrüche angeboten. Die Erfahrungen dort zeigen, dass viele Frauen den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch als belastender empfinden, da er ähnlich wie eine Geburt verläuft. Die operative Technik erfordert allerdings spezielles Training und Erfahrung und kann für die durchführenden Ärzt*innen belastend sein. Beim medikamentösen Abbruch verkürzt die Gabe von Mifegyne® ein bis zwei Tage vor der Prostaglandingabe die Zeit bis zur Ausstoßung des Fetus auf durchschnittlich ein Drittel. Dieses Vorgehen ist laut einer Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe zu empfehlen (DGGG 2015), wird aber in Deutschland längst noch nicht durchgängig angewendet (Daten aus pro familia Schwangerschaftsberatungsstellen).

Zugangsbarrieren beim Angebot vor Ort

Die Länder überlassen die Umsetzung der grundsätzlichen rechtlichen Regelungen der ärztlichen Selbstverwaltung. Konkret erteilen die regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen Zulassungen für Einrichtungen zum ambulanten Operieren. Allerdings ist damit nicht gesagt, ob überhaupt oder in welchem Umfang Abbrüche nach welcher Methode, bis zu welcher Woche und unter welchen konkreten Bedingungen (Alterseingrenzung oder andere Limitierungen) dort auch durchgeführt werden. Konkrete Maßnahmen zur Sicherstellung eines ausreichenden regionalen Angebotes von Einrichtungen gibt es nicht. Da das Statistische Bundesamt keine Daten zur Versorgung unterhalb der Länderebene veröffentlicht, können diese nicht zur Klärung herangezogen werden.

Defizite in der Versorgungssituation legen die länderbezogenen Angaben nahe: Der Statistik aus 2016 kann entnommen werden, dass Frauen aus Niedersachsen (18,5 Prozent) und Rheinland-Pfalz (26,6 Prozent) überdurchschnittlich häufig den Schwangerschaftsabbruch in einem anderen Bundesland durchführen lassen. Knapp

38 Prozent der Frauen, die 2016 in Bremen Schwangerschaftsabbrüche vornehmen ließen, kamen aus Niedersachsen, im Saarland waren es rund 29 Prozent aus Rheinland-Pfalz. In anderen Stadtstaaten wie Hamburg und Berlin werden mit 15 beziehungsweise knapp vier Prozent deutlich weniger Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen aus anderen Bundesländern durchgeführt (in Hamburg kommen die Frauen etwa zu gleichen Teilen aus Niedersachsen und Schleswig-Holstein, in Berlin fast alle aus Brandenburg).

Die Anwendung der unterschiedlichen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs bis zur zwölften Woche variiert deutlich je nach Bundesland. Hier liegt die Vermutung nahe, dass die durchführenden Ärzt*innen unterschiedliche Präferenzen haben und die Wahlmöglichkeit der Frauen dadurch eingeschränkt ist. Einige Praxen bieten Absaugungen erst ab der siebten oder achten Schwangerschaftswoche an (gemäß Daten aus pro familia Schwangerschaftsberatungsstellen), da davor das Risiko einer weiter bestehenden Schwangerschaft leicht erhöht ist. Diese seltene Komplikation, die auch bei medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen auftreten kann, kann durch sorgfältige Kontrollen erkannt werden, wenn die behandelnden Ärzt*innen entsprechend geschult sind. Außerdem gibt es Praxen, die medikamentöse Abbrüche nur bis zur siebten oder achten Schwangerschaftswoche vornehmen. Beide Vorgehensweisen stellen eine unnötige Einschränkung dar und verschlechtern das regionale Angebot.

Probleme beim Abbruch mit medizinischer Indikation (insbesondere nach dem ersten Trimenon)

Bei Vorliegen einer medizinischen Indikation ist ein Schwangerschaftsabbruch nach der 12. Schwangerschaftswoche p.c. unter anderem dann rechtlich zulässig, wenn die Fortsetzung der Schwangerschaft eine schwerwiegende Beeinträchtigung des seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren bedeutet. Eine medizinische Indikation wird aus diesem Grund aber zumeist nur ausgestellt, wenn fetale Fehlbildungen vorliegen, nicht aber aufgrund einer anderen schweren Beeinträchtigung der psychischen Gesundheit der Frau. Innerhalb der ersten zwölf Wochen können die betroffenen Frauen auf die Beratungsregelung ausweichen, wenn die Ausstellung und/oder Anerkennung der Indikation sich als schwierig erweist. Nach dieser Frist ist es aber in vielen Regionen Deutschlands sehr schwer, sowohl Ärzt*innen zu finden, die eine Indikation ausstellen, als auch Einrichtungen, die diese anerkennen und einen Schwangerschaftsabbruch in der fortgeschrittenen Schwangerschaft aufgrund der

psychischen Situation der Frau durchführen, wenn keine fetale Fehlbildung vorliegt.

Insgesamt ist der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen nach dem ersten Trimenon mit medizinischer Indikation in Deutschland trotz relativ liberaler Gesetzgebung durch die praktische Handhabung schwierig und eingeschränkt – dies belegen Rückmeldungen aus den pro familia Beratungsstellen. Es ist davon auszugehen, dass viele Frauen, die nach dem ersten Trimenon die Schwangerschaft beenden wollen, ins Ausland ausweichen (so insbesondere bei psychosozialen Indikationen ohne Vorliegen fetaler Fehlbildungen). Die nationale Schwangerschaftsabbruchstatistik der Niederlande zeigt, dass die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen aus Deutschland gegenüber den 1980er und 1990er Jahren zwar stark zurückgegangen ist, dass sie jedoch in den letzten Jahren konstant blieb. 2013 nahmen 1.066 Frauen aus Deutschland einen Schwangerschaftsabbruch in den Niederlanden vor. Es ist zu vermuten, dass es sich in der überwiegenden Mehrzahl dieser Fälle um Schwangerschaftsabbrüche im zweiten Trimenon handelte. In einer Befragung deutscher Frauen, die für einen Schwangerschaftsabbruch in die Niederlande reisten, gaben 93 Prozent als Motiv für die Reise ins Ausland die Fristüberschreitung an (Thonke 2013). In Deutschland wurden laut Bundesstatistik im Jahr 2013 insgesamt 2.196 Schwangerschaftsabbrüche in der 12. bis 21. Schwangerschaftswoche durchgeführt. Tatsächlich wäre diese Zahl mindestens um die Hälfte höher anzusetzen, zählt man die Schwangerschaftsabbrüche aus den Niederlanden dazu. Das heißt aber auch, dass ein Drittel der deutschen Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach dem ersten Trimenon vornehmen lassen, eine Alternative im Ausland suchen – verbunden mit erheblichen physischen, psychischen und finanziellen Belastungen für die Frauen.

Die Vorgaben, die Kliniken hierzulande für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten Trimenon machen, sind nicht einheitlich geregelt. Einige Kliniken haben interdisziplinäre Ethik-Kommissionen, die entscheiden, ob eine Indikation für einen Schwangerschaftsabbruch gegeben ist. Diese Kommissionen werden entweder bei allen Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten Trimenon oder bei solchen ab der 22. Schwangerschaftswoche, wenn das Kind überlebensfähig ist, einberufen. Andere Kliniken setzen Standards fest hinsichtlich der fachlichen Qualifikation der indikationsstellenden Ärzt*innen.

4. Die internationale Perspektive: Unsafe Abortion

Als „unsafe abortion“ definiert die WHO einen Schwangerschaftsabbruch, der entweder von Personen durchgeführt wird, die nicht die dafür notwendigen Fähigkeiten aufweisen, oder in einer Umgebung stattfindet, die nicht den Mindestanforderungen medizinischer Standards entspricht oder beides. Die Definition der WHO wurde innerhalb eines medizinischen Kontexts entwickelt und ist sehr breit auslegbar, da sich die als sicher zu wertenden Standards je nach Art des Eingriffs und Dauer der Schwangerschaft unterscheiden und sich im Zuge des medizinischen Fortschritts wandeln (Ganatra et al. 2014). Das Risiko für gesundheitliche Folgeschäden durch einen Schwangerschaftsabbruch wird von der WHO als besonders niedrig eingestuft, wenn eine evidenzbasierte Methode für einen frühen Schwangerschaftsabbruch in einer Gesundheitseinrichtung Anwendung findet, und als besonders hoch, wenn eine gefährliche Methode illegal angewendet wird, um eine fortgeschrittene Schwangerschaft zu beenden. Das Spektrum der Risiken bewegt sich zwischen diesen beiden Polen mit fließenden Übergängen, wobei der gesellschaftliche und rechtliche Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch und die vorhandenen Infrastrukturen ebenfalls wichtige Parameter darstellen.

Fast 22 Millionen Schwangerschaftsabbrüche werden nach aktuellen Schätzungen Jahr für Jahr weltweit unter unsicheren Bedingungen durchgeführt, fast alle in Entwicklungsländern (WHO 2015). Insgesamt wird die Hälfte aller Schwangerschaftsabbrüche (49 Prozent) von der WHO als unsicher eingestuft und in einigen Regionen, vor allem Afrikas und Zentral- und Südamerikas, sind sogar fast alle Schwangerschaftsabbrüche in diese Kategorie einzuordnen (Sedgh et al. 2012; WHO 2012). Schätzungen zufolge sterben als Folge dieser Eingriffe rund 47.000 Frauen und circa fünf Millionen tragen bleibende gesundheitliche Schäden davon. Fast alle diese Frauen könnten gerettet oder Folgeschäden vermieden werden, wenn sexuelle Bildung implementiert, Zugang zu Verhütung gewährleistet und der Schwangerschaftsabbruch legal möglich wäre, ein entsprechendes Versorgungssystem zur Verfügung stünde und die gesundheitlichen Standards eingehalten würden (WHO 2012).

Illegalität als Trigger

Fast alle Schwangerschaftsabbrüche mit Todesfolge oder bleibenden Schäden werden in Regionen vorgenommen, in denen die Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch rechtlich stark reglementiert sind. Nach Schätzungen leben etwa 40 Prozent der weiblichen Bevölkerung im gebärfähigen Alter (15 bis 44 Jahre) in Ländern, in denen restriktive Vorschriften den Schwangerschaftsabbruch erschweren (Singh et al. 2009). In diesen Ländern ist die Versorgungssituation zumeist sehr schlecht. Oft stehen auch weder ausreichend Verhütungsmittel noch Informationen zur Familienplanung zur Verfügung. Die WHO fasst die Situation folgendermaßen zusammen: „Restricting legal access to abortion does not decrease the need for abortion, but it is likely to increase the number of women seeking illegal and unsafe abortions, leading to increase morbidity and mortality.“ (WHO 2012: S. 90). Im Gegensatz dazu kann eine liberalere Gesetzgebung zu einem starken Absinken der Mortalität sowie der gesundheitlichen Folgeschäden führen – dies zeigen Erfahrungen aus Südafrika oder Nepal (Sedgh et al. 2012). In Südafrika beispielsweise sank die Zahl der Todesfälle bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der Liberalisierung 1996 um 91 Prozent (Diehl 2010).

Auch in Europa mit vorrangig liberalen gesetzlichen Regelungen sind unsichere Schwangerschaftsabbrüche zu verzeichnen. Fast alle finden in Osteuropa statt. Etwa 360.000 unsicher durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche werden im Jahr 2008 für Osteuropa beschrieben (WHO 2011).

Dieser hohe Anteil ist (wenngleich nicht ausschließlich) mit restriktiven Gesetzgebungen zu erklären. Polen verfügt über eine der restriktivsten Gesetzgebungen in Europa. Dort wurden vor 1990, also vor der Verschärfung der Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch, noch 100.000 Schwangerschaftsabbrüche im Jahr gemeldet, während es im Jahr 2014 nach offiziellen Zahlen etwa 1.800 waren. Familienplanungsorganisationen gehen davon aus, dass regelmäßig eine hohe Anzahl illegaler Schwangerschaftsabbrüche ohne entsprechende Versorgungsstandards durchgeführt wird. Vermutet wird auch, dass Frauen medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche ohne ärztliche Aufsicht zu Hause in Eigenregie durchführen oder für den gewünschten Schwangerschaftsabbruch ins Ausland reisen (Nowicka 2008; Busch 2015b).

Defizite in Versorgung und Information

Unsichere Schwangerschaftsabbrüche lassen sich nicht allein mit einer restriktiven Gesetzgebung erklären. Auch andere Faktoren können dazu führen, dass Frauen sich

für einen unsicher durchgeführten Schwangerschaftsabbruch entscheiden (WHO 2011). Hierzu gehört, dass Länder trotz liberaler Gesetzgebung keine ausreichenden Versorgungsstrukturen für Schwangerschaftsabbrüche zur Verfügung stellen, dass rechtliche Regelungen im öffentlichen und Gesundheitssektor nicht ausreichend bekannt sind, Frauen über ihre Rechte nicht informiert werden und nicht wissen, wo sie Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch erhalten können. Außerdem können hohe Kosten dazu führen, dass Frauen die finanziellen Aufwendungen für Schwangerschaftsabbrüche bei offiziellen Trägern nicht aufbringen können und sie daher auf unsichere Abbrüche ausweichen müssen, die Qualität der Versorgung kann unzureichend sein oder Ärzt*innen lehnen den Eingriff ab (WHO 2011). Im Jahr 2000, zwei Jahre nach der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruches in Südafrika, nutzten 54 Prozent der Frauen die legalen Angebote noch nicht, weil ihnen die rechtlichen Umstände unbekannt waren, weitere 15 Prozent kannten diese zwar, wussten jedoch nicht, wo sie den Eingriff hätten legal durchführen lassen können (WHO 2011).

Die osteuropäischen Länder haben mit 42 pro 1.000 Frauen eine sehr hohe Schwangerschaftsabbruchrate (Sedgh et al. 2016). Dies erklärt sich unter anderem historisch: Der Schwangerschaftsabbruch war im Gebiet der ehemaligen Sowjetunion lange Zeit eine wesentliche Methode zur Geburtenkontrolle, da er leichter zugänglich war als hochwertige, moderne Verhütungsmittel (Singh et al. 2009). Seit dem Ende der Sowjetunion sind die Schwangerschaftsabbruchzahlen stark gesunken, zwischen 1995 und 2003 um 51 Prozent (Singh et al. 2009; Sedgh et al. 2012). Vergleichende Studien aus einigen osteuropäischen Ländern zeigen zudem, dass die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche dort weiter absinkt, wo der Zugang zu und das Wissen über moderne Verhütungsmethoden steigt (WHO 2012; Westoff 2005). Dieser hohen steht eine sehr niedrige Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen im restlichen Europa gegenüber, von denen fast keine als unsicher eingestuft werden. In Westeuropa war die Schwangerschaftsabbruchrate 2011 mit 12 pro 1.000 Frauen die niedrigste weltweit (WHO 2011), sie ist allerdings seitdem auf 18 pro 1.000 angestiegen (Sedgh et al. 2016). Der legale und gute Zugang zum Schwangerschaftsabbruch ist in Westeuropa ebenso Standard wie die effektive und regelmäßige Verwendung von Verhütungsmitteln (Singh et al. 2009).

Pflichtberatung zwischen Gesetzesauftrag und professionellem Anspruch

Der Gesetzgeber hat im Schwangerschaftskonfliktgesetz festgelegt, dass jede Person einen Anspruch auf Beratung zu Fragen rund um Schwangerschaft, Verhütung und Familienplanung hat.

Der grundsätzliche Anspruch auf Beratung ist in § 2 Abs. 1 SchKG formuliert:

„Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich zu den in § 1 Abs. 1 genannten Zwecken in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle auf Wunsch anonym informieren und beraten zu lassen.“

Diese Form der Beratung wird vor allem von Frauen und Paaren wahrgenommen, die sich für eine geplant oder ungeplant eingetretene Schwangerschaft entschieden haben oder entscheiden wollen. In § 2 Abs. 2–4 SchKG sind die umfangreichen Beratungsaspekte, zu denen informiert werden kann, ausgeführt, in § 2a Beratungen im Kontext medizinischer Indikationen. Frauen, die ihre Schwangerschaft innerhalb der ersten zwölf Wochen nach eigener Entscheidung abbrechen möchten, sind vom Gesetzgeber zu einer Beratung nach § 219 StGB verpflichtet. Die damit zusammenhängenden Anforderungen an die Beratung sind im §§ 5ff. SchKG geregelt.

pro familia ist deutschlandweit einer der wichtigsten Träger staatlich anerkannter Schwangerschaftsberatungsstellen. Ziel der Schwangerschaftsberatung von pro familia ist es, die sexuelle und reproduktive Gesundheit zu fördern und die Klient*innen bei der Wahrung ihrer sexuellen und reproduktiven Rechte zu unterstützen. Die Schwangerschaftsberatung richtet sich an Menschen jeglicher sexuellen und geschlechtlichen Orientierung und Identität. Sie bietet sowohl Einzel- als auch Paar- und Familienberatung in einem breit gestreuten Themenfeld von sexuellen, gesundheitlichen und medizinischen Fragestellungen über psychosoziale bis hin zu sozialrechtlichen und finanziellen Aspekten im Rahmen von Familienplanung. Die Durchführung der gesetzlichen Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch, der § 219-Beratung, ist ein wichtiger Bestandteil der Schwangerschaftsberatung von pro familia.

1. Beratungsverständnis versus gesetzliche Vorgaben

pro familia stützt sich in der Beratung auf ein professionelles Beratungsverständnis, wie es in den 2001 verabschiedeten Standards für Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung, in dem pro familia Mitglied ist, ausformuliert wurde (DAKJEF 2001). Psychosoziale Beratung soll nach diesem Verständnis Raum für Gespräche mit qualifizierten und für die relevanten Themenbereiche geschulten Berater*innen in Fragen der Lebensplanung, der Gestaltung von Beziehungen und in Entscheidungs- und Konfliktsituationen bieten. Sie ist ergebnisoffen, belehrt oder lenkt die Ratsuchenden nicht, sondern unterstützt sie darin, eigene Lösungen zu finden, die in den jeweiligen Lebenskontext integrierbar sind. Psychosoziale Beratung richtet sich explizit an Personen, die vor einer für sie schwierigen Entscheidung oder in einer konflikthafter Situation stehen. Die Arbeit psychosozialer Beratungsstellen beruht auf einer Vertrauensbeziehung zwischen Ratsuchenden und Beratenden sowie auf Freiwilligkeit: „Beratung kann im Allgemeinen nur dann erfolgreich sein, wenn die Ratsuchenden freiwillig, das heißt aus persönlichen Beweggründen, die Beratung aufsuchen.“ (DAKJEF 2001: Seiten 6f.) Freiwilligkeit, Ergebnisoffenheit, Vertraulichkeit sind die Basis des Beratungskonzepts von pro familia und ebenso Respekt vor den Lebensweisen, Haltungen und Entscheidungen der Ratsuchenden.

Das vom Gesetzgeber vorgeschriebene Setting der § 219-Beratung widerspricht in mehreren Punkten diesem Beratungsverständnis. Die Freiwilligkeit ist nicht gegeben, da die Frauen die Beratung absolvieren müssen, um einen straffreien Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu dürfen. Auch Verlauf, Inhalte und Ziel der Beratung sind gesetzlich reglementiert (vgl. § 219 StGB und § 5 SchKG). Zwar ist festgelegt, dass die Beratung ergebnisoffen geführt werden, nicht „belehren oder vormunden“ soll, und ein Anspruch auf Bescheinigung der Beratung besteht – dennoch bleibt das gesetzlich festgelegte Ziel der § 219-Beratung der „Schutz des ungeborenen Lebens“.

Die Beratungsziele sind im Strafgesetzbuch und im Schwangerschaftskonfliktgesetz folgendermaßen formuliert:

„Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Dabei muss der Frau bewusst sein, dass das Ungeborene in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat und dass deshalb nach der Rechtsordnung ein Schwangerschaftsabbruch nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen kann, wenn der Frau durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. Die Beratung soll durch Rat und Hilfe dazu beitragen, die in Zusammenhang mit der Schwangerschaft bestehende Konfliktlage zu bewältigen und einer Notlage abzuwenden. Das Nähere regelt das Schwangerschaftskonfliktgesetz.“

§ 219 Abs. 1 StGB

„Die nach § 219 des Strafgesetzbuches notwendige Beratung ist ergebnisoffen zu führen. Sie geht von der Verantwortung der Frau aus. Die Beratung soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht belehren oder bevormunden. Die Schwangerschaftskonfliktberatung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens.“ § 5 Abs.1 SchKG

Im Unterschied zu einer freiwillig in Anspruch genommenen Beratung entsteht bei Beratungen nach § 219 eine Gesprächssituation, in der Auftrag und Ziel nicht von der ratsuchenden Person allein bestimmt werden, sondern in großem Umfang vom Gesetzgeber bereits vorgegeben sind. Es erfordert ein hohes Maß an Professionalität seitens der Beratenden, mit diesen Zwängen transparent umzugehen und innerhalb des vorgegebenen Rahmens den Raum für möglicherweise bestehende Anliegen und Beratungsaufträge seitens der Frau zu eröffnen. Ob sie ein Beratungsanliegen hat, das über die Aushändigung der Beratungsbescheinigung hinausgeht, und ob sie dieses Anliegen im Gespräch äußert, muss der Entscheidung der Frau überlassen bleiben. Die beratenden Personen unterbreiten die Beratungsangebote, die sich aus den Anliegen der Frau ergeben und die „je nach Sachlage erforderlich“ sind (§ 5 Abs. 2.2 SchKG).

2. Die Realität: Ein gut funktionierendes Arrangement?

Insgesamt lässt sich feststellen, dass sich die Beteiligten – sowohl die Frauen, die in die Beratung kommen, als auch die Beratenden selbst – mit der derzeitigen gesetzlichen Regelung in ihrer Widersprüchlichkeit weitgehend arrangiert haben. Die meisten Frauen wissen, dass sie eine Pflichtberatung wahrnehmen müssen, wenn sie die Schwangerschaft abbrechen möchten, auch wenn ihnen der strafrechtliche Kontext oft nicht klar ist. Dennoch wirkt sich die problematische Grundkonstellation einer zielorientierten, strafrechtlich eingebundenen Pflichtberatung auf Chancen und Grenzen der Beratung aus.

Die Erfahrung aus den Beratungsstellen zeigt, dass die meisten Frauen bereits entschieden sind, wenn sie in die Beratung kommen. Sie haben ihre Entscheidung in aller Regel im Kontakt mit den für sie wichtigen Personen getroffen. Sie sind in der Beratung eher mit Fragen beschäftigt, die sich auf die konkrete Situation beziehen: Wird die beratende Person ihnen respektvoll begegnen? Werden ihre Gründe erfragt? Sind die Gründe ausschlaggebend für den Erhalt der Beratungsbescheinigung? Soll Einfluss auf ihre Entscheidung genommen werden?

Beratungsfachkräfte gehen meist transparent mit der erzwungenen Beratungssituation um, indem sie sachlich informierend den Kontext und die Gesetzeslage klarstellen. Sie bemühen sich, innerhalb des Zwangskontextes Vertrauen zu schaffen und eine sinnvolle, an den Bedarfen der Frau orientierte Beratung zu ermöglichen (Franz 2015). Sie stellen ihre Fachkompetenz zur Verfügung und überlassen es der Entscheidung der Frau, ob und inwiefern sie davon Gebrauch machen möchte. Wenn die Frauen sich am Ende für das „gute Gespräch“ bedanken, wie aus den Beratungsstellen häufig berichtet wird, so ist dies als Zeichen für eine gelungene Gesprächsführung im gesetzlich erzwungenen Rahmen und als Ausdruck der Erleichterung der Frauen zu verstehen und kann nicht als Rechtfertigung für die Existenz der Pflichtberatung dienen (Pinne 2015).

Aus der Praxis der Beratungseinrichtungen von pro familia wird berichtet, dass in Beratungssituationen von Seiten der Frauen heute häufiger Rechtfertigungen, moralische Stereotype und Schuld eingeständnisse geäußert werden. Frauen, die so in der Beratung auftreten, scheinen davon auszugehen, dass die sie beratende Person darüber entscheidet, ob sie die Beratungsbescheinigung bekommen oder dass diese sie in ihrer Entscheidung bewertet oder gar beeinflussen soll (Pinne 2015). In der

BZgA-Studie *frauen leben 3* äußerten Beratende und befragte Frauen gleichermaßen, dass die verpflichtende Beratung die Erwartung erzeuge, eine Frau solle von der Fortführung der Schwangerschaft überzeugt werden. Daraus ergibt sich eine eher „negative Abwehrhaltung und eine Fixierung auf das Ausstellen des Beratungsscheins“ bei den Frauen (Helfferrich 2015b; BZgA 2016). In einem solchen Setting greifen Frauen teilweise dazu, sich, anstatt ihre wirklichen Belange zu äußern, strategisch zu verhalten, um „den Schein“ zu bekommen. Unter solchen Umständen wird es schwieriger, denjenigen gerecht zu werden, die tatsächlich einen Konflikt erleben und ein Beratungsanliegen haben, es aber aus Sorge nicht oder nur verschlüsselt äußern.

3. Einfluss der Beratung auf die Entscheidungsfindung

Mehr als zwei Drittel der in der BZgA-Studie *frauen leben 3* befragten Frauen, die eine § 219-Beratung wahrgenommen haben, gaben an, die Beratung habe keinen Einfluss auf ihre Entscheidung gehabt (69,1 Prozent) (Helfferrich 2015b; BZgA 2016). Auch internationale Untersuchungen zeigen, dass viele Frauen eine informierte und tragfähige Entscheidung auch ohne professionelle Unterstützung treffen können (WHO 2012). Die Pflichtberatung wird, insbesondere von Frauen, die bereits entschieden sind, gegebenenfalls als Zumutung empfunden, denn für sie stellt Beratung nur eine weitere Hürde und Verzögerung dar. Es gibt keinen Nachweis, dass eine verpflichtende Beratung die Erfahrung des Schwangerschaftsabbruchs für Frauen verbessert, hingegen könnte eine Beratung entgegen dem Wunsch der Frau den Stress in einer ohnehin schon belastenden Situation erhöhen (Brien/Hallgarten 2014). Basierend auf einer aktuellen Studie hat deswegen das britische Royal College of Obstetricians and Gynaecologists in seinen Guidelines zum Schwangerschaftsabbruch konstatiert, dass Frauen, deren Entscheidung sicher ist, keiner verpflichtenden Beratung unterliegen sollten (RCOG 2011; Brown 2013; Cameron/Glasier 2013).

Trotz der negativen Gefühle, die sich mit der Pflichtberatung verbinden, fühlten sich fast die Hälfte der in der BZgA-Studie befragten Frauen mit Abbrucherfahrung nach der Beratung in ihrer Entscheidung sicherer, und es gab auch eine kleinere Gruppe von Frauen, die erst mithilfe der Beratung zu einer tragfähigen Entscheidung gelangte (Helfferrich 2015b; BZgA 2016). Ein knappes Drittel der Frauen (31,5 Prozent) gab an, in der Beratung neue Informationen erhalten zu haben.

Nach internationalen Studien ist es zentral für den positiven Umgang mit einer Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch, aber auch dafür, eine Schwangerschaft auszutragen, die dafür individuell bedeutsamen Fragen und Aspekte im Vorfeld abzuwägen und eine informierte Entscheidung zu treffen (Brien/Hallgarten 2014). In diesem Sinne sollte professionelle Beratung zum Schwangerschaftsabbruch ganz auf die Ratsuchenden zentriert sein. Das Angebot einer vertraulichen Beratung nach geltenden fachlichen Standards ist ein elementarer Bestandteil einer guten Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch – diese sollte denjenigen zur Verfügung stehen, die von ihr profitieren möchten.

Insgesamt wird deutlich, dass Pflichtberatung die Aufgabe guter Beratung, auch wenn sie noch so professionell durchgeführt wird, nur partiell erfüllen kann, weil verpflichtende Beratung den Respekt vor der eigenständigen Entscheidungsfähigkeit einer Frau und damit ein demokratisches Grundrecht verletzt. Die WHO schreibt dazu „Many women have made a decision to have an abortion before seeking care, and this decision should be respected without subjecting a woman to mandatory counselling.“ (WHO 2012: S. 36)

4. Eine Zukunft ohne Pflichtberatung?

Die bestehende verpflichtende und zielorientierte Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch entmündigt Frauen und diskreditiert sie in ihrer verantwortlichen Entscheidungsfähigkeit. Das kritisiert pro familia grundsätzlich. Gleichzeitig bilden die 1995 verabschiedeten gesetzlichen Regelungen die Basis der Schwangerschaftsberatung auch von pro familia. Seitdem wurde deutschlandweit ein breites und inhaltlich weit gefächertes Beratungs- und Hilfesystem aufgebaut – vielfache Veränderungen und Erweiterungen im Schwangerschaftskonfliktgesetz zeugen davon. Es reicht von Beratung im Bereich Pränataldiagnostik über Frühe Hilfen, psychosoziale und sozialrechtliche Beratungen bis hin zur vertraulichen Geburt. Die Beratungsstellen von pro familia stellen ein hohes Maß an Fachkompetenz und Erfahrung in interdisziplinären Arbeitszusammenhängen von Sozial- und Sexualpädagog*innen, Psycholog*innen und Ärzt*innen bereit. Dies birgt große Chancen, insbesondere auch für Frauen in problematischen Lebenssituationen und für sozial benachteiligte Frauen. Dennoch darf darüber die fachpolitische und gesellschaftliche Dimension der Folgen einer strafrechtlichen Einbindung und dementsprechenden Ausgestaltung der Beratung nicht aus den Augen verloren werden.

pro familia stellt sich explizit gegen die verpflichtende Beratung im Kontext einer Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, gegen die damit verbundene Entmündigung von Frauen und betont die Notwendigkeit umfassender, frei zugänglicher und klientenzentrierter Angebote von Beratung im Themenfeld Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung.

Sowohl aus internationaler als auch aus nationaler Perspektive zeigt sich: Das Recht auf den Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft ist ein wichtiges individuelles wie gesellschaftliches und fachpolitisches Thema. Zentrale Leitidee von pro familia im Umgang mit diesem Thema ist die Achtung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte. Im nachfolgend abgedruckten Positionspapier von pro familia aus dem Jahre 2012 wird dies sowie die zentralen Forderungen des Verbandes zusammenfassend dargestellt.



Das Recht der Frau auf selbstbestimmte Entscheidung. pro familia Position zum Schwangerschaftsabbruch (Mai 2012)

Mai 2012

pro familia position



Das Recht der Frau auf selbstbestimmte Entscheidung pro familia Position zum Schwangerschaftsabbruch

Überblick

pro familia arbeitet als Verband schon seit Jahrzehnten im Bereich der Sexualpädagogik und Sexualberatung, aber auch in der medizinischen Versorgung rund um Sexualität und Schwangerschaft.

Aus unserer Arbeit kennen wir die sehr differenten und komplexen Situationen, in denen sich Frauen befinden, die ungewollt schwanger werden. Dabei steht die einzelne Frau und ihre individuelle Situation im Mittelpunkt unserer Aufmerksamkeit. Über eine Schwangerschaft muss im individuellen Fall allein die schwangere Frau die Entscheidungsbefugnis haben, da sie von einer Schwangerschaft in ihrer gesamten Existenz betroffen ist. Das Selbstbestimmungsrecht der Frau über das Austragen oder den Abbruch einer Schwangerschaft sieht pro familia als einen unabdingbaren Bestandteil der Entscheidung zu verantwortungsvoller Mutterschaft. Unser Ziel ist es, die einzelne Frau in ihrer selbstbestimmten Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft zu unterstützen. Dabei sollte ein Schwangerschaftsabbruch unserer Ansicht nach frei von Strafandrohung und staatlicher Einflussnahme stattfinden.

Die Aktualisierung der Position von pro familia zum Schwangerschaftsabbruch sieht sich in der Tradition der bisherigen Verbandsarbeit.

Der Schwerpunkt der neuen Fassung liegt auf der Begründung der Haltung von pro familia zum Thema Schwangerschaftsabbruch im Kontext der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR).

Aus den sexuellen und reproduktiven Rechten, die sich aus den Menschenrechten herleiten, ergibt sich einerseits der Anspruch, dass in einer demokratischen Gesellschaft die Option eines legalen und sicheren Schwangerschaftsabbruchs jeder Frau unabhängig von ihrer persönlichen Situation zur Verfügung stehen muss. Andererseits ergeben sich Ansprüche an die Qualität der medizinischen Versorgung, der Beratung und der Information rund um den Schwangerschaftsabbruch.

Insgesamt findet die Grundhaltung von pro familia zum Schwangerschaftsabbruch in den sexuellen und reproduktiven Rechten eine gewichtige Bestätigung und eine argumentative Stütze.

ABSTRACT

Women's Right to Choose | Pro Familia's Position on Pregnancy Termination

For decades now, pro familia has been active not only in the area of sexuality education and counselling but also in the area of medical care relating to sexuality and pregnancy. Through our work we are familiar with the diversity and complexity of the situations in which women find themselves when they are faced with an unwanted pregnancy. Hence we focus on the individual woman and her individual situation. Because a woman's entire existence is affected by pregnancy, she alone must have the right to choose.

Pro familia considers a woman's right to decide for herself whether to proceed with, or to terminate, a pregnancy to be an essential element of the decision on responsible motherhood. It is our aim to support individual women in deciding for themselves whether or not to proceed with a pregnancy.

In our view, pregnancy terminations should take place without state influence or threat of criminal sanction.

The updating of pro familia's position on the termination of pregnancy is in keeping with the tradition of the association's work to date. The focus of the new version is on explaining pro familia's stance on pregnancy termination in the context of sexual and reproductive health and rights (SRHR). It follows from sexual and reproductive rights – which are derived from human rights – that in a democratic society every woman, irrespective of her personal situation, must have the option of legal and safe termination of pregnancy. It also follows from these rights that women are entitled to a certain quality of medical care, counselling, and information about the termination of pregnancy.

In sum, sexual and reproductive rights furnish strong confirmation and argumentative support for pro familia's stance on the termination of pregnancy.



Der Schwangerschaftsabbruch als Menschenrecht

Grundlagen der Arbeit von pro familia

Am 16. April 2008 formulierte die Parlamentarische Versammlung des Europarats eine Resolution, mit der sie den Zugang zu einem sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch in Europa einforderte. Mit der Resolution bestätigte die Versammlung „das Recht aller Menschen und insbesondere das Recht von Frauen, dass ihre körperliche Integrität respektiert wird und sie über den eigenen Körper selbst bestimmen können. In diesem Zusammenhang sollte die letzte Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch bei der betroffenen Frau liegen und sie sollte die Möglichkeit haben, dieses Recht tatsächlich umzusetzen.“¹ Die Resolution bestärkt das Recht der Frau, sich für oder gegen eine Schwangerschaft zu entscheiden und fordert den Aufbau der entsprechenden Strukturen in den europäischen Staaten ein. Dies entspricht den Zielsetzungen von pro familia.

Grundlage und Bezugspunkt der Arbeit von pro familia sind die in den Menschenrechten wurzelnden sexuellen und reproduktiven Rechte, wie sie von der International Planned Parenthood Federation (IPPF), deren Mitglied pro familia ist, in der Charter on Sexual and Reproductive Rights von 1996 und der überarbeiteten Fassung Sexual Rights: an IPPF-declaration von 2008 formuliert wurden. Sie stützen sich auf die international anerkannten Menschenrechte und konkretisieren die sexuellen und reproduktiven Rechte als zentralen Bestandteil der Menschenrechte.

Im Folgenden soll dargelegt werden, inwiefern sich das Recht der Frau auf einen Schwangerschaftsabbruch sowie den ungehinderten Zugang aus den sexuellen und reproduktiven Rechten und damit aus den Menschenrechten herleitet.

Das Recht der Frau auf selbstbestimmte Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch

Artikel 9 der IPPF-Erklärung Sexuelle Rechte bezieht sich auf das Recht einer selbstbestimmten Familienplanung. Danach hat jede/r das Recht, frei zu entscheiden „ob, wie und wann Kinder geboren werden sollen.“² pro familia hat in der Vergangenheit immer wieder darauf hingewiesen, dass Schwangerschaftsabbruch keine Methode der Empfängnisverhütung sein kann. Wir setzen uns als Verband aktiv dafür ein, insbesondere auch die Jugend adäquat und verständlich über Verhütungsmethoden und die Folgen ungeschützten Sexualkontakts zu informieren und Verhütungsmittel leicht zugänglich zu machen. Die niedrige Rate an ungewollten Schwangerschaften in Deutschland, insbesondere auch an Schwangerschaften von Minderjährigen, zeigt die Wirksamkeit unserer Arbeit. Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche, dies lehrt der Vergleich unterschiedlicher Systeme, ist durch Aufklärung und Bereitstellung von Verhütungsmitteln effektiver zu senken als durch restriktive Maßnahmen. Trotz aller Bemühungen und modernster Verhütungsmethoden wird es aber immer wieder zu ungewollten Schwangerschaften kommen.

Weiterhin ergibt sich das Recht der Frau auf einen Schwangerschaftsabbruch aus Artikel 3 der IPPF-Erklärung Sexuelle Rechte. Dieser betrifft das Recht auf Freiheit und weitere Rechte und hält fest: „Keine Frau darf aufgrund der Ausübung ihrer Sexualität zur Mutterschaft gezwungen werden.“³

Die freie Entscheidung der Einzelnen in Dingen, die die eigene Sexualität betreffen, bestätigt auch das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, das in Artikel 5 der IPPF-Erklärung formuliert ist.⁴

Da eine Schwangerschaft, trotz modernster Verhütungsmethoden und breiter Aufklärung, immer Folge heterosexuellen Geschlechtsverkehrs sein kann, ist eine selbstbestimmte Sexualität für heterosexuelle Frauen nur dann umsetzbar, wenn ihnen auch die Möglichkeit

gegeben wird, frei von Strafandrohungen und staatlicher Einflussnahme über das Austragen oder den Abbruch einer Schwangerschaft zu entscheiden. Das Recht auf einen Schwangerschaftsabbruch ergibt sich noch aus einem weiteren Grundrecht, und zwar aus dem Recht auf Gesundheit, das in Artikel 7 der IPPF-Erklärung festgehalten ist.⁵ Die Verdrängung des Schwangerschaftsabbruchs in die Illegalität und die Kriminalisierung von betroffenen Frauen und ÄrztInnen führt in vielen Ländern noch heute zur Durchführung von Abbrüchen unter inadäquaten medizinischen Bedingungen, die ein erhebliches gesundheitliches Risiko für die betroffenen Frauen bergen. Allein darin, dass sich viele Frauen diesen Risiken für Leib und Leben aussetzen, zeigt sich der hohe Leidensdruck ungewollt schwangerer Frauen.

Einer schwangeren Frau, die sich entscheidet, ihr Kind nicht auszutragen, muss basierend auf dem Recht auf Familienplanung, dem Recht auf Freiheit, dem Recht auf selbstbestimmte Sexualität und dem Recht auf Gesundheit in einer auf den Menschenrechten basierenden Gesellschaft die Möglichkeit gegeben werden, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Dies muss für jede Frau, unabhängig von ihrer persönlichen Situation (Alter, Herkunft, sozialer Status etc.) und etwaiger struktureller Barrieren (Kosten, Sprache, Zuständigkeit etc.), gewährleistet sein.

Eine Erschwerung des Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch bedeutet damit gleichzeitig eine Diskriminierung der betroffenen Frauen und einen erheblichen Eingriff in ihre Rechte.

Das Recht auf ungehinderten Zugang zum Schwangerschaftsabbruch und auf eine hohe Qualität der medizinischen und psychosozialen Versorgung

Außerdem ergeben sich aus den sexuellen und reproduktiven Rechten noch weitere wichtige Aspekte, die den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch und die medizinische Qualität des Eingriffs betreffen. Aus dem Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, das in

Artikel 7 der IPPF-Erklärung festgehalten ist, folgt, dass Frauen ein Recht auf eine qualitativ hochwertige, auf dem neuesten Stand der Wissenschaft durchgeführte medizinische Versorgung haben, wenn sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. In Artikel 9 der IPPF-Erklärung von 2008, der das Recht auf eine selbstbestimmte Familienplanung betrifft, heißt es, dass jede Frau das Recht auf freien Zugang zu Diensten hat, die „für sicheren Schwangerschaftsabbruch nötig sind, und darauf, dass diese Angebote zugänglich, finanzierbar, akzeptabel und für alle Nutzerinnen geeignet sind.“ Hier wird der wichtige Grundsatz gesondert betont, dass die Angebote Patientinnen freundlich gestaltet sein sollen. Für pro familia ist besonders wichtig, dass immer die Frauen und deren Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen. Ein Schwangerschaftsabbruch in der frühen Schwangerschaft ist, wenn er professionell durchgeführt wird, ein unkomplizierter und risikoarmer Eingriff, der in der Regel ambulant, unter lokaler oder allgemeiner Anästhesie, instrumentell oder medikamentös durchgeführt wird. Das Recht auf Gesundheit beinhaltet auch, dass Frauen frei zwischen den unterschiedlichen, aktuell durchführbaren und individuell geeigneten Methoden des Abbruchs wählen können und dass diese auf höchstem medizinischen Standard angeboten werden. Da der Schwangerschaftsabbruch wie jeder medizinische Eingriff Risiken birgt, aber häufig ambulant durchgeführt wird, ist es besonders wichtig, die Beratung, die Durchführung und die Nachbetreuung wohnortnah zu ermöglichen. Auch für den komplizierteren Eingriff in der fortgeschrittenen Schwangerschaft muss eine gute medizinische Versorgung und Beratung sichergestellt sein.

Neben der medizinischen Versorgung ist auch das Recht auf Information und Beratung ein Grundrecht, das an vielen Stellen innerhalb der Erklärung der sexuellen Rechte betont wird – so allgemein in Artikel 8 und insbesondere im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch in Artikel 9.⁶ Beratung und Information sollen Frauen als Entscheidungsträgerinnen in Hinsicht auf ihre selbstbestimmte Entscheidung stärken und also immer ergebnisoffen sein. Eine psychosoziale Beratung ist von Selbstbestimmung und Freiheit getragen; das ist nur erfüllt, wenn sie freiwillig ist.



Mai 2012

Forderungen

Der Abbruch einer Schwangerschaft ist eine sehr persönliche Entscheidung, die von vielen Faktoren abhängt und für die Betroffenen in ganz unterschiedlicher Weise emotional und sozial bedeutet und insofern unbedingt als Privatsphäre geschützt werden muss. Hier ist speziell auf das Recht auf Privatsphäre hinzuweisen, das in Artikel 4 der IPPF-Erklärung formuliert ist, die sowohl beim Schwangerschaftsabbruch selbst wie im Beratungszusammenhang stets zu wahren ist.

pro familia bietet bundesweit ein flächendeckendes Beratungsnetzwerk, das in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch sowohl den gesetzlichen Voraussetzungen entspricht als auch seinen Klientinnen umfangreiche Kenntnisse über den Zugang zu medizinischen Methoden und Einrichtungen vermittelt und an vielen Standorten sogar selbst medizinische Hilfe anbietet. Somit trägt pro familia zur Umsetzung des Anspruchs auf flächendeckenden Zugang zu Dienstleistungen rund um den Schwangerschaftsabbruch bei. Dabei legt pro familia großen Wert auf Vertraulichkeit und Datenschutz.

Für die Optimierung des Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch und die Verbesserung der Versorgung von Frauen in Deutschland stellt pro familia zusammenfassend folgende Forderungen:

- Die im deutschen Strafrecht verankerten Maßnahmen gegen Frauen, die auf eigenen Wunsch ihre Schwangerschaft abbrechen lassen, sind zu streichen.
- Ein ungehinderter und straffreier Zugang zu qualifizierter Gesundheitsversorgung und medizinischen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs muss auch ohne verpflichtende Beratung für alle Frauen gewährleistet sein.
- Der Zugang zu Methoden und Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch muss unabhängig von den individuellen finanziellen Ressourcen gewährleistet werden.
- ÄrztInnen und medizinisches Personal dürfen nicht mit Strafe bedroht werden, wenn sie auf Wunsch von Frauen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen.
- Gute medizinische Versorgung und Beratung bei Schwangerschaftsabbrüchen in der fortgeschrittenen Schwangerschaft muss gewährleistet sein.
- Der Schwangerschaftsabbruch sollte Teil der gynäkologischen Ausbildung werden.
- Jegliche Art von gesellschaftlicher oder sozialer Stigmatisierung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, ist aufzudecken und zu unterbinden.

Quellennachweise

Council of Europe, Parliamentary Assembly (2008): Access to Safe and Legal Abortion in Europe, Resolution 1607, <http://assembly.coe.int/main.asp?Link=/documents/adoptedtext/ta08/eres1607.htm>, rev. 20.3.2012

International Planned Parenthood Federation (IPPF) (1996, Reprint 2003): Charter on Sexual and Reproductive Rights, London, <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/6C9013D5-5AD7-442A-A435-4C219E689F07/0/charter.pdf>, rev. 20.3.2012

International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2008): Sexual Rights: an IPPF-declaration, London, <http://www.ippf.org/NR/rdonlyres/9E4D697C-1C7D-4EF6-AA2A-6D4D0A13A108/0/SexualRightsIPPFdeclaration.pdf>, rev. 20.3.2012

International Planned Parenthood Federation (IPPF) (2008, deutsche Übersetzung 2009): Sexuelle Rechte: Eine IPPF Erklärung, London, http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf, rev. 20.3.2012

pro familia Bundesverband (2006): Standpunkt Schwangerschaftsberatung, Frankfurt, http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Standpunkt_Schwangerschaftsabbruch.pdf, rev. 20.3.2012

pro familia (2011): Leitlinien für sexuelle und reproduktive Rechte, verabschiedet von der pro familia-Bundesmitgliederversammlung am 15.5.2011 in Hamburg-Bergedorf, <http://www.profamilia.de/pro-familia/profil/leitlinien.html>, rev. 20.3.2012

IMPRESSUM

Dieses Positionspapier wurde von der pro familia Bundesdelegiertenversammlung am 6. Mai 2012 in Berlin verabschiedet.

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt am Main

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2012 pro familia

Literatur

Medizinische Leitlinien zum Schwangerschaftsabbruch

IPPF International Planned Parenthood Federation (2008): First trimester abortion guidelines and protocols. Surgical and medical procedures.

RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011): The care of women requesting induced abortion. Evidence based clinical guideline Nr 7.

WHO World Health Organization (2012): Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. Second Edition.

SFP Society of Family Planning – Professional Association (2013): Clinical guidelines: Surgical abortion prior to 7 weeks of gestation.

ACOG American College of Obstetricians and Gynecologists (2014): Medical management of first-trimester abortion. Practice Bulletin, 143.

IPPF International Planned Parenthood Federation (2014): Youth and abortion: key strategies and promising practices for increasing young women's access to abortion services.

WHO World Health Organization (2014): Clinical practice handbook for safe abortion.

NAF National Abortion Federation (2015): Clinical policy guidelines.

ANSIRH Advancing New Standards in Reproductive Health: Turnaway Study. Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse. Online unter: www.researchgate.net/blog/post/best-practice-for-abortion-policies-listen-to-womens-stories (Zugriff: 11.5.2017).

Berghahn, Sabine (2015): Weichenstellungen in Karlsruhe – Die deutsche Reform des Abtreibungsrechts. In: Busch/Hahn 2015, 163–92.

Biggs, M. Antonia / Gould, Heather / Foster, Diana Greene (2013): Understanding why women seek abortions in the US. In: BMC Women's Health, 13, 1, 29.

BMFSFJ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2014): Schwangerschaftsberatung § 218. Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch. 9. Auflage. Online unter: www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Service/Publikationen/publikationsliste,did=3930.html (Zugriff: 11.5.2017).

Boltanski, Luc (2007): Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Brien, Joanna / Hallgarten, Lisa (2014): Support and counseling. In: Rowlands, Sam (Hg.): Abortion Care. Cambridge: University Press, 42–51.

Brown, Sally (2013): Is counselling necessary. Making the decision to have an abortion. A qualitative interview study. In: The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 18, 44–8.

Busch, Ulrike (2010): Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte – zu Geschichte und Aktualität eines Paradigmenwechsels. In: Busch, Ulrike (Hg.): Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Nationale und internationale Perspektiven. Baden-Baden: Nomos, 9–21.

Busch, Ulrike (2015a): Schwangerschaftsabbruch in Deutschland – eine alte Geschichte neu erzählt. In: Clio, 79, 20–22.

Busch, Ulrike (2015b): Vom individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Abtreibung. In: Busch/Hahn 2015, 13–40.

Busch, Ulrike / Gäckle, Annelene (2007): Die Familienplanungslotterie. Oder: Verhütung unter Druck. In: pro familia magazin, 35, 3, 12–15.

Busch, Ulrike / Hahn, Daphne (Hg.) (2015): Abtreibung. Diskurse und Tendenzen. Bielefeld: transcript.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2009): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. Bearb. v. Matthiesen, Silja / Block, Karin / Mix, Svenja / Schmidt, Gunter. Köln: BZgA. Online unter: www.bzga.de/botmed_13300032.html (Zugriff: 11.5.2017).

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2010): Jugendsexualität. Repräsentative Wiederholungsbefragung von 14- bis 17-Jährigen und ihren Eltern. Aktueller Schwerpunkt Migration. Köln: BZgA. Online unter: publikationen.sexualaufklaerung.de/cgi-sub/fetch.php?id=660 (Zugriff: 11.5.2017)

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2013): frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten. Zwischenbericht. Eine Studie im Auftrag der BZgA von Cornelia Helfferich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski, Judith Eckert. Köln: BZgA.

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2015): Bode, Heidrun / Heßling, Angelika: Jugendsexualität. Die Perspektive der 14–25-Jährigen. Ergebnisse einer aktuellen Repräsentativen Wiederholungsbefragung. Köln: BZgA. Online unter: www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung/studien/?idx=2711 (Zugriff: 11.5.2017).

BZgA Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2016): frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Eine Studie im Auftrag der BZgA von Cornelia Helfferich, Heike Klindworth, Yvonne Heine, Ines Wlosnewski. Köln: BZgA. Online unter: publikationen.sexualaufklaerung.de/index.php?docid=4043&pk_campaign=RelatedContent (Zugriff: 11.5.2017).

Cameron, Sharon / Glasier, Anna (2013): *Identifying women in need of further discussion about the decision to have an abortion and eventual outcome*. In: *Contraception*, 88, 1, 128–32.

Center for Reproductive Rights (2014a): *Abortion worldwide. Twenty years of reform*. New York.

Center for Reproductive Rights (2014b): *The World's Abortion Laws Map*. Online unter: www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap2014.PDF (Zugriff: 11.5.2017).

Center for Reproductive Rights (2015): *European Committee of Social Rights Protects Swedish Women's Rights to Access Reproductive Health Services*. Pressemitteilung vom 29.6.2015. Online unter: www.reproductiverights.org/press-room/european-committee-of-social-rights-protects-swedish-womens-rights-to-access-reproductiv (Zugriff: 11.5.2017).

Charles, Vignetta E. / Polis, Chelsea B. / Sridhara, Srinivas K. / Blum, Robert W. (2008): *Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence*. In: *Contraception*, 78, 436–50.

Cibula, Don (2008): *Womens contraceptive practices and sexual behaviour in Europe*. In: *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 13, 4, 362–75.

DAKJEF Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (2001): *Institutionelle Beratung im Bereich der Erziehungsberatung, Ehe-, Familien- und Lebensberatung, Partnerschafts- und Sexualberatung*. Online unter: www.dakjef.de/pdf/institutionelle_beratung.pdf (Zugriff: 11.5.2017).

DGGG Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (09.06.2015): 218. Stellungnahme zum Vorgehen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Online unter: www.dggg.de/fileadmin/documents/stellungnahmen/aktuell/2015/218_Stellungnahme_zum_Vorgehen_beim_medikamentoesen_Schwangerschaftsabbruch.pdf (Zugriff: 11.5.2017).

DGGG Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (November 2011): *Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger*. Online unter: www.dggg.de/start/leitlinien-stellungnahmen/stellungnahmen/stellungnahme-zu-rechtsfragen-bei-der-behandlung-minderjaehriger-440/ (Zugriff: 11.5.2017).

Diehl, Sarah: *Die Stigmatisierung der Abtreibung in Politik und Medizin – Hintergründe und Folgen*. In: Busch, Ulrike (Hg.): *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Nationale und internationale Perspektiven*. Baden-Baden: Nomos, 63–84.

Diehnelt, Christiane (1993): *Das 20. Jahrhundert (I). Frauenbewegung, Klassenjustiz und das Recht auf Selbstbestimmung der Frau*. In: Jütte, Robert (Hg.): *Geschichte der Abtreibung. Von der Antike bis zur Gegenwart*. München: Beck, 140–168.

EbM Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin (2015): *Gute Praxis Gesundheitsinformationen. Ein Positionspapier des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin e.V.* Online unter: www.ebm-netzwerk.de/pdf/publikationen/gpgi2.pdf (Zugriff: 11.5.2017).

El País, 28.12.2014: *Los abortos legales caen un 3,3%*. Online unter: politica.elpais.com/politica/2014/12/30/actualidad/1419938627_378946.html (Zugriff: 11.5.2017).

El País, 9.4.2015: *El PP cambiará la ley del aborto para acallar a los más conservadores*. Online unter: politica.elpais.com/politica/2015/04/09/actualidad/1428597869_149955.html (Zugriff: 11.5.2017).

Estrela-Bericht (2013): *Bericht vom 26. September 2013 über sexuelle und reproduktive Gesundheit und die damit verbundenen Rechte (2013/2040(INI)). Ausschuss für die Rechte der Frau und die Gleichstellung der Geschlechter*. Berichterstatterin: Edite Estrela (A7-0306/2013). Online unter: www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A7-2013-0306+0+DOC+XML+V0//DE (Zugriff: 11.5.2017).

Europarat (2008): *Access to Safe and Legal Abortion in Europe, Resolution 1607*.

Fabbrini, Federico (2014): *Fundamental Rights in Europe. Challenges and Transformations in Comparative Perspective*. Oxford: University Press.

Fiala, Christian (2007): *Hürden & Entwicklungen – Der reglementierte Zugang zum Schwangerschaftsabbruch*. In: *pro familia magazin*, 35, 1, 7–9.

Foster, Diana Green / Steinberg, J.R. / Roberts, S.C.M. / Neuhaus, J. / Biggs, Antonia M. (2015): *A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one*. In: *Psychological Medicine*, 45/10, 1–10.

Franz, Jutta (2015): *Beratung nach § 219 StGB – Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen*. In: Busch/Hahn (2015), 257–77.

Gäckle, Annelene (2009): *Verhütung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Oder: Verhütungsmittel für Hartz IV-Bezieherinnen weiter schwer zugänglich*, *pro familia magazin*, 37, 2, 6–9.

Ganatra, Bela / Tunçalp, Özge / Bart Johnston, Heidi / Johnson, Brooke R. Jr. / Gülmezoglu, Ahmet Metin / Temmerman, Marleen (2014): *From concept to measurement: operationalizing WHO's definition of unsafe abortion*. In: *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 155.

GbA Gemeinsamer Bundesausschuss (2016): *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch in der Fassung vom 10. Dezember 1985, zuletzt geändert am 21. April 2016*. Online unter: www.g-ba.de/downloads/62-492-1203/ESA-RL_2016-04-21.pdf (Zugriff: 11.5.2017).

Guttmacher Institute (2011): *Guttmacher Advisory: Abortion and Mental Health*. Online unter: www.guttmacher.org/media/evidencecheck/2011/01/31/Advisory-Abortion-Mental-Health.pdf (Zugriff: 11.5.2017).

Hahn, Daphne (2000): *Modernisierung und Biopolitik: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*. Frankfurt am Main / New York: Campus-Verlag.

Hahn, Daphne (2015): *Diskurse zum Schwangerschaftsabbruch nach 1945*. In: Busch/Hahn 2015, 41–59.

- Helfferrich, Cornelia (2015a): Schwangerschaftsabbruch und empirische Forschung. In: Busch/Hahn 2015, 61–82.
- Helfferrich, Cornelia (2015b): Schwangerschaftskonfliktberatung – gesetzlicher Anspruch und praktischer Nutzen (pro familia). In: pro familia magazin, 43, 2, 4–7.
- Helfferrich, Cornelia (2015c): Geringes Einkommen als Hürde beim Zugang zu Verhütung. In: pro familia magazin, 43, 3, 10–13.
- Helfferrich, Cornelia / Klindworth, Heike (2015): Kein Kinderwunsch und schwanger – wie wird in einer Partnerschaft entschieden? Eine empirische Analyse mit den Daten der BZgA-Studie „frauen leben 3“. In: Busch/Hahn 2015, 215–33.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2013): Jaarrapportage 2012 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht. Online unter: www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/12/06/jaarrapportage-2012-van-de-wet-afbreking-zwangerschap.html (Zugriff: 11.5.2017).
- IPPF International Planned Parenthood Federation (1996; Reprint: 2003): Charter on Sexual and Reproductive Rights. London. Online unter: www.ippf.org/resource/IPPF-Charter-Sexual-and-Reproductive-Rights (Zugriff: 11.5.2017).
- IPPF International Planned Parenthood Federation (2008; deutsche Übersetzung 2009): Sexuelle Rechte. Eine IPPF-Erklärung. London. Online unter: www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/profamilia/IPPF_Deklaration_Sexuelle_Rechte-dt2.pdf (Zugriff: 11.5.2017).
- IPPF International Planned Parenthood Federation (2012): Abortion Legislation in Europe (Updated January 2012). International Planned Parenthood Federation (IPPF) – European Network. Online unter: www.ippfen.org/sites/ippfen/files/2016-12/Final_Abortion%20legislation_September2012.pdf (Zugriff: 11.5.2017).
- Koschorke (2007): Schwangerschaftskonfliktberatung. In: Nestmann/Engel/Sickendick: Das Handbuch der Beratung. Ansätze, Methoden, Felder. Bd. 2. Tübingen: DGTV Verlag, 1111–25.
- Major, Brenda / Appelbaum, Mark / Beckman, Linda / Dutton, Mary Ann / Russo, Nancy Felipe / West, Carolyn (2008): Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion. Online unter: www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf (Zugriff: 11.5.2017).
- Munk-Olsen, Trine / Munk Laursen, Thomas / Pedersen, Carsten B. / Lidegaard, Öjvind / Mortensen, Preben Bo (2011): Induced First-Trimester Abortion and Risk of Mental Disorder. In: New England Journal of Medicine, 364, 332–9.
- NCCMH National Collaborating Centre for Mental Health (2011): Induced abortion and mental health. A systematic review of the mental health outcomes of induced abortion, including their prevalence and associated factors. London: Academy of Medical Royal Colleges. Online unter: http://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced_Abortion_Mental_Health_1211.pdf (Zugriff: 11.5.2017).
- Nitz, Tanja / Busch, Ulrike (2014): Pille oder Risiko? Studie zum Verhütungsverhalten unter ALG II Bezug. In: pro familia magazin, 42, 1, 28–29.
- Notz, Gisela (2007): „Ob Kinder oder keine – entscheiden wir alleine“. Die unendliche Geschichte des § 218 StGB. In: pro familia magazin, 35, 1, 4–6.
- Nowicka, Wanda (Hg.) (2008): Reproductive Rights in Poland. The effects of the anti-abortion Law. Warsaw: Federation for Women and Family Planning. Online unter: www.federa.org.pl/dokumenty_pdf/english/reportProzent20Federa_eng_NET.PDF (Zugriff: 12.5.2015).
- Obinger-Gindulis, Edith (2015): Ein Blick über die Grenzen: Die Abtreibungsregelungen der OECD-Länder und ihre Bestimmungsfaktoren im Vergleich. In: Busch/Hahn 2015, 193–211.
- Pinne, Heike (2015): Schwangerschaftsberatung – Realitäten und Perspektiven. Ein Diskussionsbeitrag. Unveröffentlichter Vortrag anlässlich des Fachtags und der Bundesdelegiertenversammlung am 30./31.05.2015 des pro familia Bundesverbands.
- pro familia (2001): Standpunkt Schwangerschaftsabbruch. Frankfurt am Main: pro familia Bundesverband.
- pro familia (2006): Standpunkt Schwangerschaftsberatung. Standards und aktuelle Herausforderungen. Frankfurt am Main: pro familia Bundesverband.
- pro familia (2010): Erstattung von Verhütungskosten in Deutschland. Erhebung des pro familia Bundesverbands zu regionalen Regelungen. pro familia Reihe Praxis und Information. Frankfurt am Main: pro familia Bundesverband.
- pro familia (2011): Grundsätze für sexuelle und reproduktive Rechte, verabschiedet von der pro familia-Bundesmitgliederversammlung am 15.5.2011 in Hamburg-Bergedorf. Online unter: www.profamilia.de/pro-familia/der-verband/leitlinien.html?fsz=http%3A%2F%2Fclarkcopperheadgaskets.com%2F%2Fuserfiles%2Ffile%2Fui.txt (Zugriff: 11.5.2017).
- pro familia (2012): Das Recht der Frau auf selbstbestimmte Entscheidung. pro familia Position zum Schwangerschaftsabbruch. Frankfurt am Main: pro familia Bundesverband.
- pro familia (2012b): Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston und Misoprostol. Informationen für FrauenärztInnen und BeraterInnen (Expertise von Dr. Christian Fiala). Frankfurt am Main: pro familia Bundesverband.
- pro familia magazin (2015): pro familia magazin, 43, 2: Schwangerschaftsberatung – 20 Jahre Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz.
- RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2011): The Care of Women Requesting Induced Abortion – Evidence-based Clinical Guideline Number 7. Online unter: www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/abortion-guideline_web_1.pdf (Zugriff: 11.5.2017).
- Rocca, Corinne H. / Kimport, Katrina / Roberts, Sarah C. M. / Gould, Heather / Neuhaus, John / Foster, Diana G. (2015): Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study. In: PLoS ONE 10, 7: e0128832.
- Rossier, Clémentine / Michelot, Francois / Cocon Group / Bajos, Nathalie (2006): Modeling Abortion as a Process. An application to a French National Cohort on Reproductive Health. Online unter: paa2006.princeton.edu/papers/61133 (Zugriff: 11.5.2017).

Santenelli, John / Rochat, Roger / Hatfield-Timajchy, Kendra / Colley Gilbert, Brenda / Curtis, Kathryn / Cabral, Rebecca / Hirsch, Jennifer S. / Schieve, Laura and others (2003): *The Measurement and Meaning of Unintended Pregnancy. In: Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35, 2, 94–101. Online unter: www.guttmacher.org/pubs/journals/3509403.html (Zugriff: 11.5.2017).

Schweiger, Petra (2015): *Schwangerschaftsabbruch. Erleben und Bewältigen aus psychologischer Sicht. In: Busch/Hahn 2015*, 235–256.

Sedgh, Gilda / Singh, Susheela / Shah, Iqbal H / Ahman, Elisabeth / Henshaw, Stanley K. / Bankole, Akinrinola (2012): *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. In: The Lancet*, 379, 9816, 625–32.

Sedgh, Gilda / Bearak, Jonathan / Singh, Susheela / Bankole, Akinrinola / Popinchalk, Anna / Ganatra, Bela / Rossier, Clémentine / Gerdt, Caitlin / Tunçalp, Özge / Johnson Jr, Brooke Ronald / Johnston, Heidi Bart / Alkema, Leontine (2016): *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. In: The Lancet*, 11. May 2016.

Seyler, Helga (2013): *Medikamentöser Abbruch – Anwendung von Cytotec® zu Hause. In: pro familia Familienplanungsrundbrief*, 2, 1–7.

Sihvo, Sinikka / Bajos, Nathalie / Ducot, Beatrice / Kaminski, Monique & The COCON Group (2003): *Women's life cycle and abortion decision in unintended pregnancies. In: Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 601–605. Online unter: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1732542/pdf/v057p00601.pdf (Zugriff: 11.5.2017).

Singh, Susheela / Wulf, Deirdre / Hussain, Rubina / Bankole, Akinrinola / Sedgh, Gilda (2009): *Abortion worldwide: a decade of uneven progress. New York: Guttmacher Institute.*

Statistisches Bundesamt. *Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12, Reihe 3. Jährliche Ausgaben von 1996 bis 2016.* Online unter: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Schwangerschaftsabbrueche.html (Zugriff: 11.5.2017).

SVSS: *Internetseite der Schweizerischen Vereinigung für Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (SVSS): Abtreibung in Europa (letzte Aktualisierung am 17.6.2016).* Online unter: www.svss-uspda.ch (Zugriff: 11.5.2017).

Tarabella-Bericht (2015): *Bericht vom 28. Januar 2015 über die Gleichstellung von Frauen und Männern in der Europäischen Union – 2013 (2014/2217(INI)). Ausschuss für die Rechte der Frau und die Gleichstellung der Geschlechter. Berichtersteller: Marc Tarabella (A8-0015/2015).* Online unter: www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+REPORT+A8-2015-0015+0+DOC+XML+V0//DE (Zugriff: 11.5.2017).

The Law Library of Congress (2015): *Abortion Legislation in Europe.* Online unter: www.loc.gov/law/help/abortion-legislation/abortion-legislation.pdf (Zugriff: 11.5.2017).

Thonke, Ines (2012): *Schwangerschaftsabbruch und die Diskussion um psychische Folgen. In: pro familia Familienplanungsrundbrief*, 3, 4, 12f.

Thonke, Ines (2013): *Schwangerschaftsabbruch von Frauen aus Deutschland in den Niederlanden – quantitative Entwicklung,*

Einfluss aktueller rechtlicher Rahmenbedingungen und Erhebung von Situation und Beweggründen betroffener Frauen. Unveröffentlichte Masterthesis der Hochschule Fulda.

UN (2015): *Die Generalversammlung verabschiedet das folgende Ergebnisdokument des Gipfeltreffens der Vereinten Nationen zur Verabschiedung der Post-2015-Entwicklungsagenda: Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung.* Online unter: www.un.org/depts/german/gv-70/a70-l1.pdf (Zugriff: 11.5.2017).

UN (2016): *Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights).* Online unter: tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E%2FC.12%2fGC%2f22&Lang=en (Zugriff: 11.5.2017).

Westoff, Charles F. (2005): *Recent Trends in Abortion and Contraception in 12 Countries (DHS Analytical Studies. 8).* Calverton: ORC Macro. Online unter: www.dhsprogram.com/pubs/pdf/AS8/AS8.pdf (Zugriff: 11.5.2017).

White, Kari / Carroll, Erin / Grossman, Daniel (2015): *Complications from first-trimester aspiration abortion: a systematic review of the literature. In: Contraception*, 92, 5, 422–38.

WHO (2011): *Unsafe abortion. Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008.*

WHO (2012): *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. World Health Organization.*

WHO (2015): *Preventing unsafe abortion. Fact sheet N°388.* Online unter: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/ (Zugriff: 11.5.2017).

Dank

An der Erstellung dieser Publikation waren mehrere Personen aus verschiedenen Berufsfeldern beteiligt.

Sie haben ihre Erfahrungen und ihr Wissen in den für die pro familia wesentlichen Feldern eingebracht:

Psychosoziale und medizinische Beratungspraxis, (fach-) wissenschaftliche Arbeit und das Engagement für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR).

Die Redaktionsleitung oblag dem Fachausschuss für Schwangeren- und Familienhilfegesetz.

Der pro familia Bundesverband dankt allen für die sachkundige und engagierte Mitarbeit.

Den Frauen aus dem Fachausschuss und der Lektorin Dr. Claudia Caesar gilt ein besonderer Dank.

