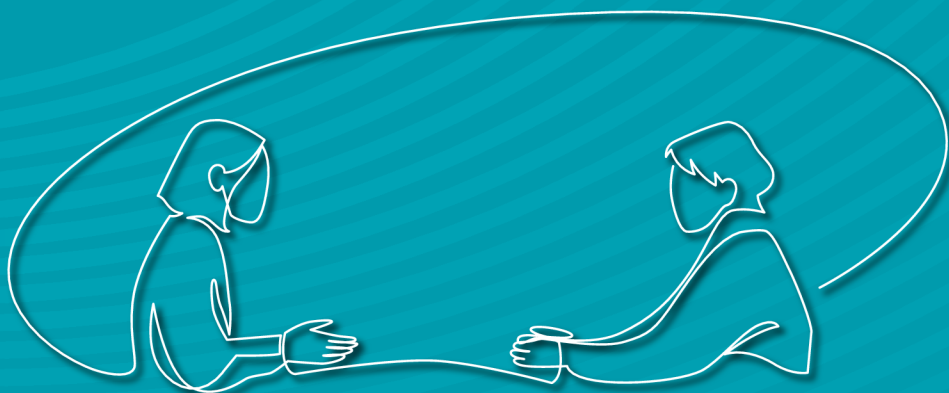


Eva Maria Lohner, Maika Böhm,
Christiane Bomert, Katja Krolzik-Matthei (Hg.)

Beratung bei ungewollter Schwangerschaft

Beiträge aus Forschung und Praxis



Psychosozial-Verlag

Eva Maria Lohner, Maika Böhm,
Christiane Bomert, Katja Krolzik-Matthei (Hg.)
Beratung bei ungewollter Schwangerschaft

Die Reihe ANGEWANDTE SEXUALWISSENSCHAFT sucht den Dialog: Sie ist interdisziplinär angelegt und zielt insbesondere auf die Verbindung von Theorie und Praxis. Vertreter_innen aus wissenschaftlichen Institutionen und aus Praxisprojekten wie Beratungsstellen und Selbstorganisationen kommen auf Augenhöhe miteinander ins Gespräch. Auf diese Weise sollen die bisher oft langwierigen Transferprozesse verringert werden, durch die praktische Erfahrungen erst spät in wissenschaftlichen Institutionen Eingang finden. Gleichzeitig kann die Wissenschaft so zur Fundierung und Kontextualisierung neuer Konzepte beitragen.

Der Reihe liegt ein positives Verständnis von Sexualität zugrunde. Der Fokus liegt auf der Frage, wie ein selbstbestimmter und wertschätzender Umgang mit Geschlecht und Sexualität in der Gesellschaft gefördert werden kann. Sexualität wird dabei in ihrer Eingebundenheit in gesellschaftliche Zusammenhänge betrachtet: In der modernen bürgerlichen Gesellschaft ist sie ein Lebensbereich, in dem sich Geschlechter-, Klassen- und rassistische Verhältnisse sowie weltanschauliche Vorgaben – oft konfliktuell – verschränken. Zugleich erfolgen hier Aushandlungen über die offene und Vielfalt akzeptierende Fortentwicklung der Gesellschaft.

BAND 43 ANGEWANDTE SEXUALWISSENSCHAFT

Herausgegeben von Maika Böhm, Harald Stumpe,
Heinz-Jürgen Voß und Konrad Weller
Institut für Angewandte Sexualwissenschaft
an der Hochschule Merseburg

Eva Maria Lohner, Maika Böhm,
Christiane Bomert, Katja Krolzik-Matthei (Hg.)

Beratung bei ungewollter Schwangerschaft

Beiträge aus Forschung und Praxis

Mit einem Grußwort von Dinah Riese

Mit Beiträgen von Regina Ammicht Quinn, Alicia Baier,
Maika Böhm, Christiane Bomert, Petra J. Brzank, Ulrike Busch,
Valentina Chiofalo, Sarah Clasen, Silvia De Zordo,
Marie Engelhard, Christiane Fischer, Lena Golomb,
Katrín Göppert, Daphne Hahn, Dennis Jepsen, Franzis Kabisch,
Ursula Kersting-Otte, Tilmann Knittel, Amelie Kolandt,
Katja Krolzik-Matthei, Margit Kröner, Eva Kubitza,
Eva Maria Lohner, Silja Matthiesen, Sabrina Miebach,
Joanna Mishtal, Gabriele Moster, Romy Nitzsche,
Martin Nowak, Laura Olejniczak, Robin Ivy Osterkamp,
Annica Petri, Mara Pfeifer, Laura Rahm, Annette Rey-Holm,
Andreas Ritter, Paulien Schmid, Kirsten Schmitz,
Nele Schneider, Frederika Schulte, Petra Schyma,
Jelena Seeberg, Ringo Stephan, Christiane Struck,
Hanna-Sophie Ulrich, Nicola Völckel, Theresia Volhard,
Johanna Walsch, Marc Weinhardt, Bettina Weißer, Maria Wersig,
Sabine Wienholz und Kristina Winter

Psychosozial-Verlag

Die Open-Access-Publikation wurde durch eine Förderung des
Landes Sachsen-Anhalt ermöglicht.

Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivs 3.0 DE Lizenz (CC BY-NC-ND 3.0 DE).
Diese Lizenz erlaubt die private Nutzung und unveränderte Weitergabe,
verbietet jedoch die Bearbeitung und kommerzielle Nutzung.

Weitere Informationen finden Sie unter:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/>



Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für
Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen
(gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z. B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos
und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen
durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im
Internet über <<http://dnb.d-nb.de>> abrufbar.

Originalausgabe

© 2024 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werks darf in irgendeiner Form
(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlags reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet,
vervielfältigt oder verbreitet werden. Wir behalten uns auch eine Nutzung des Werks
für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG vor.

Umschlagabbildung: © Shutterstock/samui

Umschlaggestaltung & Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3313-0 (Print)

ISBN 978-3-8379-6165-2 (E-Book-PDF)

ISSN 2367-2420 (Print)

ISSN 3053-4720 (Digital)

<https://doi.org/10.30820/9783837961652>

Inhalt

Erfahrungsbericht <i>Maria Machnick</i>	11

Es ist an der Zeit Ein Plädoyer für die dringend notwendige Normalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Forschung und Praxis <i>Ein Grußwort von Dinah Riese</i>	15

Editorial Beratung ungewollt Schwangerer im Spannungsfeld gesellschafts- und fachpolitischer Rahmungen sowie professioneller Anforderungen <i>Christiane Bomert, Maika Böhm, Katja Krolzik-Matthei & Eva Maria Lohner</i>	19

Teil I **Grundlagen und theoretische Rahmungen**

Historische und aktuelle rechtliche Perspektiven auf den Schwangerschaftsabbruch <i>Valentina Chiofalo & Paulien Schmid</i>	41

Der Schwangerschaftsabbruch aus international-rechtlicher Perspektive <i>Bettina Weißer</i>	61

»Religiöse« und »säkulare« Urteilsbildungen über ungewollt Schwangere	81
Überlegungen zu Entmoralisierung und Ethik <i>Regina Ammicht Quinn</i>	
Häufigkeit und Hintergründe ungewollter Schwangerschaften in Deutschland	101
<i>Tilman Knittel & Laura Olejniczak</i>	
Schwangerschaftsberatung in Deutschland	117
Historische und aktuelle Perspektiven <i>Ulrike Busch</i>	
Teil II	
Aktuelle Entwicklungen innerhalb der psychosozialen und medizinischen Versorgung und Praxis der Schwangerschaftskonfliktberatung	
Der Schwangerschaftsabbruch	147
Gesellschaftliche Diskurse, Normen der Familie und die Folgen für die Forschung <i>Daphne Hahn</i>	
Wie werden ungewollt Schwangere in Deutschland psychosozial begleitet?	169
Strukturdaten und empirische Befunde zur bundesweiten Versorgung durch Schwangerschaftsberatungsstellen <i>Sabine Wienholz, Katja Krolzik-Matthei & Maika Böhm</i>	
Macht in der Beratung	191
Empirische Befunde zu Machtverhältnissen in der Schwangerschaftskonfliktberatung <i>Christiane Bomert, Eva Maria Lohner & Frederika Schulte</i>	

»Abtreibung – was muss ich wissen?«	213
Die Bedeutung von Schwangerschaftsberatungsstellen für die Bereitstellung von Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft <i>Eva Kubitzka, Christiane Bomert & Maika Böhm</i>	
Konflikte in der Beratung oder Beratung als Konflikt	235
Abtreibung und die § 219-Pflichtberatung in Film und Fernsehen <i>Franzis Kabisch</i>	
Digitalisierungsherausforderungen in der Praxis von Schwangerschaftskonfliktberatungen	257
Quantitative und qualitative Befunde einer Befragung von Beratungsfachkräften <i>Romy Nitzsche, Sabine Wienholz & Maika Böhm</i>	
Ungewollte Schwangerschaften im Kontext von Partnergewalt	279
Ergebnisse aus der ELSA-Studie zur Partnerschaftssituation und Bedarfe an Schwangerschaftsberatung <i>Petra J. Brzank, Martin Nowak, Dennis Jepsen, Kristina Winter, Marie Engelhard, Nele Schneider, Mara Pfeifer, Jelena Seeberg & Hanna-Sophie Ulrich</i>	
Herausforderungen und Potenziale der gegenwärtigen wie künftigen medizinischen Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland	303
<i>Amelie Kolandt</i>	
Barrieren für den legalen Schwangerschaftsabbruch	321
Perspektiven deutscher Frauen und GesundheitsexpertInnen zu grenzüberschreitenden Abtreibungsreisen <i>Laura Rahm, Silvia De Zordo & Joanna Mishtal</i>	

Teil III

Methodisches Handeln und Praxiserfahrungen in der Beratung ungewollt Schwangerer

Systemische und personenzentrierte Elemente in der § 219-Beratung 349

Ein Gespräch mit Lena Golomb & Ursula Kersting-Otte

Schwangerschaftskonfliktberatung auf Distanz 361

Die Beratung am Telefon im Schwangerschaftskonflikt

Gabriele Moser & Kirsten Schmitz

Beratung der Zukunft – Blended Counseling am Beispiel von schwer erreichbaren Zielgruppen 379

Ergebnisse des Modellprojekts HeLB

Petra Schyma, Theresia Volhard & Sabrina Miebach

Beratung ungewollt Schwangerer in Leichter Sprache 399

Einblicke und Herausforderungen der Beratungspraxis

Christiane Fischer, Margit Kröner, Annette Rey-Holm & Christiane Struck

Mehrfache Schwangerschaftsabbrüche – (k)ein Thema in der Beratung nach § 219 StGB? 421

Johanna Walsch

Verhütung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen als Thema von Forschung und Beratung 439

Katrin Göppert

Männer und Paare in der § 219-Beratung 459

Ein Gespräch mit Andreas Ritter & Ringo Stephan

Schwangerschaftskonfliktberatung für Minderjährige 471

Silja Matthiesen & Annica Petri

Beratung von trans* Personen bei ungewollter Schwangerschaft 491

Ein Interview mit Robin Ivy Osterkamp

Teil IV

Zukunftsperspektiven auf die Beratung und Versorgung ungewollt Schwangerer

Zwischen Autonomie und Institutionalisierung 503

Beratung von ungewollt Schwangeren
unter der Perspektive von Digitalisierung und Digitalität
Marc Weinhardt

Angebote und Entwicklungslinien der Schwangerschafts(konflikt)beratung in Deutschland 513

Sarah Clasen & Nicola Völckel

»Es braucht einen Mentalitätswechsel weg von dieser Angst vor dem Zwang.« 523

Ein Gründungsmitglied von Doctors for Choice Germany e.V.
über notwendige medizinische Veränderungen
im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen
Ein Gespräch mit Alicia Baier

Zur besonderen Bedeutung demokratischer Diskussionsprozesse für die Rechtsprechung zu Schwangerschaftsabbrüchen 535

Ein Gespräch mit Maria Wersig

Erfahrungsbericht

Maria Machnick

Liebe lesende Person,

ich eröffne mit diesem Text eine mögliche Sicht auf Betroffene im Prozess des Schwangerschaftsabbruchs. Gerade die letzten Jahre haben noch einmal deutlich gezeigt, wie wichtig die körperliche Selbstbestimmung auch in diesem Kontext ist und dass der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen nicht (mehr) ganz selbstverständlich ist. Für mich persönlich kam hinzu, dass ich als Mutter bereits wusste, wie Schwangerschaft, Geburt und das Leben mit Kind aussehen können. Die damit verbundene Beziehung hatte nicht gehalten, und mit diesem Wissen über die Belastungsprobe, die eine Schwangerschaft und auch ein (weiteres) Kind mit sich bringen könnten, fiel diese Entscheidung für den Abbruch. Ich bedanke mich bei den Herausgeberinnen dieses Bandes, dass ich hier von meinen Erfahrungen berichten kann.

Ich blicke nun mit etwas Abstand auf den Abbruch zurück. Die Texte, die ich seitdem dazu verfasst habe, spiegeln eines deutlich wider: Ich hatte Glück. Ich hatte Glück, rechtzeitig auf die entsprechenden Informationen zugreifen zu können und in meiner Region eine Versorgung für den Fall eines Abbruchs vorgefunden zu haben.

Zu Beginn der Pandemie, in dem Chaos der ersten Welle, hatte ich eine Beziehung, waren bereits zwei Kinder vorhanden. Den potenziellen gemeinsamen Kinderwunsch hatten wir besprochen und beschlossen, dessen Erfüllung aufzuschieben. Ich möchte nicht darüber spekulieren, wie es letztlich dazu kam, aber die Schwangerschaft an sich war für mich überraschend und, wie ich schnell feststellte, ungewollt.

Durch die damalige Situation, in getrennten Wohnungen und Tagesrhythmen, hatten wir Zeiten, in denen es deutlich mehr Aufwand war, einander zu sehen. Diese Pausen nutzte mein damaliger Partner für sich. Die Wege zu mir waren ihm nach seinen Arbeitstagen oft zu lang und die

verfügbaren Zeitfenster zu klein. Als ich mich mit dem Für und Wider meiner ungewollten Schwangerschaft auseinandersetzte, fühlte ich mich damit von ihm alleingelassen. So schmerzhaft das für mich war, so sehr hat es mir die Entscheidung vielleicht sogar erleichtert. Im Gespräch mit einer lieben Freundin, die mir dabei die größte Stütze war, stellte ich dann fest, dass ich für eine weitere Schwangerschaft und alles Folgende nicht bereit war. Außerdem sah ich meine Ressourcen nicht ausreichen, um eine für mich vertretbare Lösung für ein weiteres Kind zu finden. Dabei fiel mir mit etwas Abstand auf, dass ich wirklich nur mit meinen Ressourcen rechnete – ich wäre in jedem Fall auf mich gestellt gewesen, egal, wie ich mich entschieden hätte. Die Kommunikation vonseiten meines Partners war gerade in dieser kritischen Woche nach dem positiven Test alles andere als okay.

Ich hatte bereits einen Termin bei der Gynäkologin vereinbart, um die Schwangerschaft bestätigen zu lassen. Ich war erst vor Kurzem in der Praxis gewesen und hatte einen ambivalenten Kinderwunsch zu Protokoll gegeben. Nun war die Gynäkologin überrascht, dass ich direkt nach den Möglichkeiten eines Abbruchs fragte. Was folgte, war ein sehr unangenehmes Gespräch, bei dem ich mich bevormundet und absolut nicht ernst genommen fühlte.

Die Ärztin verwies auf meinen ambivalenten Kinderwunsch kurz zuvor, und behauptete, es sei vielleicht später nicht mehr so einfach möglich, noch einmal schwanger zu werden. Ich sträubte mich gegen den Gedanken und fand bei meiner anschließenden Recherche auch keinerlei besorgniserregende Informationen dazu, dass die Fruchtbarkeit automatisch beeinträchtigt wäre. Neben dieser perfiden Behauptung bekam ich einen Termin für die Mutterschaftsvorsorge für drei Wochen später, weil ich mich doch bis dahin sicher entschieden hätte. Beim Ultraschall der Untersuchung wies die Ärztin extra auf den Puls auf dem Bildschirm hin. Ich sah nicht hinüber, ich wollte das Bild nicht sehen. Schließlich gab sie mir ein Ultraschallbild mit und drückte mir widerwillig eine schlecht kopierte Liste von örtlichen Beratungsstellen in die Hand. So wenig Empathie hatte ich schon ewig nicht mehr von einer Ärztin erlebt und so unsachlich wollte ich nicht behandelt werden.

Beim Verlassen der Praxis war ich sehr wütend. Das war doch meine Entscheidung! Die Ärztin hatte kein Recht, mir in dieser vulnerablen Position derartig vehement in die Entscheidung zu reden, während ich auf ihre Kooperation in Form einer Überweisung zu einer anderen Praxis, die Abbrüche durchführte, angewiesen war. Das Gefühl der Ohnmacht ließ erst in den folgenden Stunden nach.

Im späteren Gespräch mit dem damaligen Partner war ich überrascht, dass er trotz anfänglicher Freude über den positiven Test nun einsah, dass er mich zu nichts zwingen konnte. Er hatte meine gemischten Gefühle nach dem Testergebnis gesehen, wollte sich aber »für uns freuen«, was für mich gegen das Aufschieben des Kinderwunsches stand. Ehrlicherweise hatte ich mit offenen Aggressionen gerechnet, weshalb es eine Sicherheitsabsprache mit meiner lieben Freundin gab, die sichergehen wollte, dass meine düstere Vermutung nicht eintraf. Ich konnte nach dem überraschend entspannten Gespräch etwas ruhiger die nächsten Schritte einleiten.

Erst ging es an die Suche nach einer Beratungsstelle, was sich als kleinere Hürde erwies. Abgesehen von Einschränkungen durch Feiertage und Pandemie-Restriktionen waren die Beratungsstellen zwar nicht schwer zu erreichen, aber die Termine waren damit wohl noch knapper als ich gedacht hätte. Diese Terminknappheit war einerseits für mich persönlich etwas schwierig, andererseits hatte sie auch etwas Beruhigendes: Ich war nicht allein in dieser Situation. Die später folgende Suche nach einer Praxis war wegen der Einschränkungen zu Beginn der Pandemie und des wachsenden Zeitdrucks alles andere als einfach. Hinzu kamen einige Feiertage, die per Beratungsregelung, nach der gesetzlich drei Tage Bedenkzeit vorgeschrieben sind, den Prozess deutlich verzögerten.

In der Beratung konnte ich zunächst klären, wie meine Optionen in der Theorie aussahen, was mir als Mutter nicht neu war – aber dennoch wichtig. Ich danke meiner umsichtigen Beraterin auch heute noch, dass sie auffing, welchen Ärger ich aus der Praxis meiner behandelnden Ärztin mitbrachte. Mir wurde versichert, dass ich damit leider kein Einzelfall war, und es entspann sich ein sehr gutes, konstruktives Gespräch über strukturelle Faktoren und mangelnde Informationen in diesem Bereich, der rechtlich stark reglementiert ist.

Wichtig war für mich vor allem, dass die Beraterin mir die Option auf eine Art Nachsorge innerhalb des Beratungsrahmens anbot – es gab also eine Adresse, an die ich mich nach dem Eingriff noch einmal wenden durfte.

Die Ärztin, die den Abbruch vornahm, begann das Gespräch mit der Frage, ob ich mir mit meiner Entscheidung sicher sei. Als ich bejahte, fuhr sie mit der Aufklärung und der anschließenden Untersuchung fort. Der Eingriff musste wegen der bereits fortgeschrittenen Schwangerschaft operativ erfolgen. Ich war mir ohnehin nicht sicher gewesen, ob ich es verkraftet hätte, den Abbruch in Echtzeit mitzuerleben, daher war mir die Vollnarkose sehr viel lieber.

Der Eingriff an sich erfolgte mit minimalem Aufgebot; im Behandlungszimmer wurde ich von drei Personen betreut, neben der Gynäkologin waren ein Anästhesist und eine sehr aufmerksame und gutmütig wirkende Schwester anwesend. Alle drei gingen behutsam, aber immer noch sachlich mit mir um, was mir große Sicherheit vermittelte. Es gab eine kurze Erklärung zum angekündigten Ablauf und dann wurde ich angewiesen, von zehn rückwärts zu zählen, bevor es schwummerig werden würde. Ich kam bis sieben.

Als ich wieder wach wurde, lag ich in einem der Aufwachbetten. Mir kamen die Tränen, und ich fragte die Schwester, ob das normal sei. Sie nickte, strich mir über den Arm und versicherte mir, dass ich ganz in Ruhe wieder zu mir kommen könne. Vermutlich war es einfach wieder ein wenig Erleichterung, und auch ein wenig Trauer. Die Beraterin hatte im Gespräch betont, dass es dazugehöre, traurig zu sein und dieser Traurigkeit Raum zu geben. Ich hätte die Kraft und Ressourcen für die Sorge um ein weiteres Kind nicht gehabt, daran hatte sich nichts geändert.

In den folgenden Tagen wartete ich auf ein schlechtes Gewissen, doch es blieb aus. Auch Jahre später ist davon nichts zu spüren.

In der Zeit nach dem Eingriff sollte ich unter Aufsicht bleiben, für den Fall, dass doch Komplikationen aufträten. Trotz zwei weiterer Angebote nahm ich meinen damaligen Partner in diese Pflicht. Wieder fühlte ich mich von ihm alleingelassen. Ich wäre vermutlich mit allem auf mich gestellt gewesen, und dieses Nein zu dieser Schwangerschaft war ein sehr klares Ja zu mir selbst. In den Wochen und Monaten nach dem Abbruch hatte ich weitere wichtige Erkenntnisse über mich und diese Beziehung, die dann endgültig zerbrach.

Eine wichtige Hilfe dabei war die Beratungsstelle, die ich nach dem Eingriff tatsächlich noch viermal aufsuchte. Innerhalb eines Jahres nahm ich diese vier Sitzungen in Anspruch, die mir in der Reflexion auf mehreren Ebenen und an verschiedenen Punkten meines Verarbeitungsprozesses halfen. Eines der Ergebnisse dieser Beratung waren unter anderem Texte, die als Grundlage für diesen Erfahrungsbericht dienten.

Die Tragweite meiner Entscheidung für mich und ihre Wichtigkeit geben mir heute manchmal noch Kraft, denn an diesem Punkt habe ich mich für ein Leben entschieden, in dem ich selbst wirksam sein kann.

Es ist an der Zeit

Ein Plädoyer für die dringend notwendige Normalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Forschung und Praxis

Ein Grußwort von Dinah Riese

Für die einen ist die Zahl ein Skandal, für andere ist sie Normalität: Rund 100.000 Schwangerschaften werden in Deutschland jedes Jahr abgebrochen. Abbrüche sind einer der häufigsten Eingriffe in der Gynäkologie, sie sind Alltag. Und doch sind wir weit entfernt davon, sie als solchen zu behandeln. Auch im Jahr 2024 stehen Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland als »Straftat gegen das Leben« im Strafgesetzbuch kurz hinter Mord und Totschlag und werden nur unter bestimmten Bedingungen nicht bestraft. Diese Situation hat weitreichende Folgen für jene, die ungewollt schwanger werden.

Das Strafrecht, die Pflicht zur Beratung, die Wartefrist: All das sind Hürden, zu deren Abschaffung die Weltgesundheitsorganisation WHO dringend rät. In Deutschland sind sie Alltag und limitieren den Spielraum ungewollt Schwangerer ungemein – zumal sie sich ohnehin in einem sehr begrenzten Zeitfenster bewegen.

Eine Kritik an der aktuellen Rechtslage ist keine Kritik an der Beratung. Im Gegenteil. Für die meisten Feminist*innen ist klar: Wer ein Ende von Zwangsberatungen fordert, muss gleichzeitig eine Sicherstellung des freiwilligen Beratungsangebots einfordern. Wer Rat braucht, ein Gespräch, ein empathisches, aber neutrales Gegenüber, soll und muss immer die Gelegenheit dazu bekommen.

Klar ist: Ohne die vielen professionellen Berater*innen sähe die Lage für ungewollt Schwangere in Deutschland heute noch deutlich prekärer aus, als sie es ohnehin ist. Das liegt nicht zuletzt daran, dass die Politik zwar immer wieder gerne auf den »gesellschaftlichen Kompromiss« verweist, der heftige gesellschaftliche Konflikte »befriedet« hätte – eine Situation, die für alle doch irgendwie funktioniere. Gleichzeitig aber haben sich die entsprechenden Stellen in den vergangenen rund 30 Jahren so gut wie gar nicht darum gekümmert, dass es tatsächlich funktioniert.

Das beginnt bei der stiefmütterlichen Rolle des Themas in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung und bei Anfeindungen, die Ärzt*innen, Berater*innen und Schwangere in Form von sogenannten Gehsteigbelästigungen über sich ergehen lassen müssen. Seit Jahren sinkt zudem die Zahl derjenigen, die Abbrüche durchführen. Und es endet damit, dass sich Politik und auch Forschung lange Jahre schlicht nicht dafür interessieren, wie die Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland eigentlich aufgestellt ist, weder in der Beratung noch im Medizinischen.

Dabei sind die Länder gesetzlich verpflichtet, ein »ausreichendes« Angebot an Beratung und Einrichtungen für den Schwangerschaftsabbruch sicherzustellen. Wie sie dem nachkommen, ist mehr als fraglich. Wie viele Stellen Abbrüche durchführen, wie sie geografisch verteilt sind, wie weit ungewollt Schwangere für einen Abbruch fahren müssen und ob sie die freie Wahl der Methode haben: Eine entsprechende Übersicht existierte bislang überhaupt nicht. Den Ärzt*innen selbst war es bis 2022 durch § 219a StGB sogar explizit verboten, selbst auf ihren Webseiten zu informieren.

Für die Beratung quantifiziert das Gesetz zwar genau, was mit einem »ausreichenden Angebot« gemeint ist. Wie es aber dann um die Beratungspraxis steht – ob die Anforderungen an die Berater*innen mit den bereitgestellten Mitteln eigentlich zu bewältigen sind, und ob die Vorgaben in ihrer jetzigen Form den aktuellen Bedarfen ungewollt Schwangerer wie auch der Berater*innen (noch) gerecht werden – das hat offenbar bis heute keine Priorität.

Dieser Zustand ist nicht hinnehmbar. Die Schwangerenberatung ist – als Angebot, nicht als Pflicht – essenzieller Bestandteil reproduktiver Rechte. Und zwar längst nicht nur für *ungewollt* Schwangere. So, wie sich Normen und Gesellschaft verändern, verändern sich auch die Ansprüche an die Beratung. Der Zugang zu ihren Rechten ist für bestimmte Gruppen noch deutlich eingeschränkter als für andere, für Frauen mit Behinderung etwa, für trans Personen oder für von Armut oder Rassismus Betroffene. Beratungsstellen können hier helfen, und tun es schon heute sehr oft.

Überhaupt tun Berater*innen viel mehr, als es ihrem aus der restriktiven Gesetzeslage resultierenden Auftrag entspricht. In mühevoller Handarbeit tragen Beratungsstellen etwa die Adressen von Praxen und Kliniken zusammen, die immer wieder auf Aktualität überprüft werden müssen. Es ist ein enormer Zusatzaufwand, der nötig ist, weil Schwangerschaftsabbrüche bis heute eben ein Schmutzthema sind, von dem viele lieber die Finger lassen.

So schnell wird sich daran leider nichts ändern. Und das, obwohl mit SPD und Grünen zwei der drei Partner in der Ampel-Koalition die Streichung von § 218 StGB in ihren Wahlprogrammen gefordert hatten. Und obwohl eine eigens von dieser Regierung eingesetzte Expert*innenkommission im April zu dem Schluss kam, dass die aktuelle Regelung nach europäischer, völker- und verfassungsrechtlicher Sicht nicht haltbar ist. Die Ampelparteien reagierten darauf mit lauter Zurückhaltung. Inzwischen bekräftigten Grüne und SPD zwar, es sei an der Zeit, § 218 aus dem Strafgesetzbuch zu streichen. Dieser sei »völlig aus der Zeit gefallen«, sagte im Juli dann Außenministerin Annalena Baerbock. Doch die Bundesregierung macht keinerlei Anstalten, eine entsprechende Gesetzesinitiative auf den Weg zu bringen. Zu groß ist offenbar die Sorge in der Koalition vor der gesellschaftlichen Kontroverse.

Schwangerschaftsabbrüche wird es immer geben, weil es immer auch ungewollte Schwangerschaften geben wird. Wer sich mit Reproduktion ernsthaft beschäftigt und nicht nur ideologisch argumentiert, weiß das. Wer das aber einmal akzeptiert, versteht auch, warum Abbrüche mit allem, was dazu gehört, grundlegender Teil der Gesundheitsversorgung sein müssen. Diese Perspektive setzt sich international seit Jahren immer weiter durch. In Deutschland aber fehlte dafür lange Jahre in der gesellschaftlichen wie politischen Debatte der Raum. Das ändert sich. Dazu beigetragen hat nach Jahren des öffentlichen Schweigens zum Thema Abtreibung auch die Debatte um § 219a StGB.

Endlich gibt es mehr Forschung, mehr Studien, mehr Publikationen, die das Dunkelfeld hinter dem sogenannten Frieden ausleuchten. Einige Einblicke in aktuelle Forschungsprojekte sind in diesem Band versammelt, ebenso wie wertvolle Perspektiven aus der Praxis der Beratung. Sie zusammen können helfen, Bedarfe für eine gute Versorgungslage für ungewollt Schwangere zu identifizieren. Doch der Wert dieses Sammelbandes geht auch darüber weit hinaus – er ist ein wichtiger Baustein auf dem Weg zur so dringend notwendigen Normalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen als Teil der Grundversorgung. Ungewollte Schwangerschaften gibt es. Also müssen wir über sie sprechen. Danke, dass Sie mit diesem Band einen Beitrag dazu leisten.

Editorial

Beratung ungewollt Schwangerer im Spannungsfeld gesellschafts- und fachpolitischer Rahmungen sowie professioneller Anforderungen

*Christiane Bomert, Maika Böhm,
Katja Krolzik-Matthei & Eva Maria Lohner*

Seit nunmehr knapp 30 Jahren ist Beratung von ungewollt Schwangeren fester Bestandteil der Beratungslandschaft in Deutschland. Hintergrund ist die 1995 eingeführte Beratungspflicht als Voraussetzung für einen straf-freien Schwangerschaftsabbruch. Die Beratung ungewollt Schwangerer dient laut Gesetz dem »Schutz des ungeborenen Lebens« und zielt erstens darauf, »die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen«, und soll ihr zweitens helfen, eine »verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen« (§ 219 StGB).

Die Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs im Strafrecht jährte sich kürzlich zum 150. Mal. Viele Organisationen und Initiativen nahmen dies zum Anlass, um sich öffentlichkeitswirksam »kritisch mit § 218 auseinanderzusetzen und Hintergründe seines Ent- und Bestehens heraus-zuarbeiten« (Fachkongress »150 Jahre § 218 Strafgesetzbuch«, 2021). Die strafrechtliche Verankerung der Beratung vor einem Abbruch als unbedingte Voraussetzung für dessen Durchführung ist Grund dafür, dass einige Akteur*innen im Feld von Pflicht- oder sogar Zwangsberatung sprechen (vgl. etwa pro familia, 2017, S. 14; djb, 2022).

Ergänzend zur strafrechtlichen Rahmung im StGB bildet das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) den weiteren juristischen Rahmen für die Beratung ungewollt Schwangerer. Hier wird die Ausrichtung des Beratungsgesprächs zum einen als ergebnisoffen definiert, zum anderen der Schutz des ungeborenen Lebens betont (§ 5 SchKG). Es sind zudem die Informationen und Hilfen, die im Beratungsgespräch benannt werden sollen, enthalten: Dazu gehören etwa die Themen Verhütung und Familienplanung, Leistungen und Hilfen für Kinder und Familien, soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere, die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, die physischen und psychischen Folgen eines

Abbruchs und die damit verbundenen Risiken oder auch Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft. Beratende entscheiden fallspezifisch, welche Informationen im konkreten Beratungsgespräch relevant sind (siehe dazu auch den Beitrag von Schyma, Volhard & Miebach in diesem Band). Im Vordergrund stehen häufig ebenfalls praktische Fragen danach, wie ein Abbruch konkret verläuft, welche Begleitperson mitgenommen werden kann, wer in dieser Zeit die Kinderbetreuung übernimmt, ob und wo eine Kostenersatzung beantragt werden kann oder wie viel Zeit bis zum nächsten Geschlechtsverkehr vergehen sollte (vgl. Koschorke, 2019, S. 63f.).

In Deutschland werden jährlich etwa 100.000 Schwangerschaften abgebrochen, die überwiegende Mehrheit nach Erhalt eines Beratungsscheines in einer der über tausend staatlich anerkannten Beratungsstellen (96,2 %; Destatis, 2023; siehe hierzu auch den Beitrag von Knittel & Olejniczak in diesem Band). Diese Beratungsstellen befinden sich in pluraler Trägerschaft, konkrete Angaben zur geografischen Verteilung bzw. Sicherstellung dieses Angebots liegen allerdings nicht vor. Es stellt sich schwierig dar, Aussagen darüber zu treffen, ob in den Ländern jeweils ein »ausreichendes plurales Angebot wohnortnaher Beratungsstellen« (§ 8 SchKG), gut erreichbar für Ratsuchende, zur Verfügung steht (siehe hierzu auch den Beitrag von Wienholz, Krolzik-Matthei & Böhm in diesem Band).

Um in der Beratungsarbeit mit ungewollt Schwangeren tätig zu sein, braucht es ein Studium (z. B. der Sozialpädagogik) sowie eine spezielle, zu meist trägerinterne Fortbildung für die Schwangerschaftskonfliktberatung. In manchen Beratungsstellen ist zudem eine Weiterbildung in einem Beratungsverfahren gefordert (siehe hierzu auch das Interview mit Kersting-Otte & Golomb in diesem Band).

An die Beratungspraxis sind besondere Anforderungen gestellt: So korrespondieren ungewollte Schwangerschaften »oft mit sogenannten Schwellensituationen, wie sie Pubertät, Beginn einer Partnerschaft, Trennungs- und Ablöseprozesse, Prüfungszeiten, Berufseinstieg oder Kündigung, Wechseljahre usw. darstellen« (Franz, 2015, S. 263). Begleitet sind diese von organisatorischen und zeitlichen Anforderungen, die mit einem Schwangerschaftsabbruch einhergehen (Suche nach Einrichtung, die den Abbruch durchführt, Vereinbarung von Terminen, Klärung der Kostenübernahme, hormonelle Veränderungen aufgrund der bestehenden Schwangerschaft usw.; siehe hierzu auch das Interview mit Baier in diesem Band). Neben der Beziehung zwischen Klient*in und Berater*in bestehen

zudem jeweils gesetzliche Bezüge, sodass sich nach Franz für dieses Setting ein »Beratungs- und Aufklärungsdreieck« (ebd., S. 263) ergibt: Das Gesetz erlegt der Schwangeren zum einen die Pflicht auf, an einem Beratungsgespräch teilzunehmen, und macht der Beratungsperson zum anderen formale und inhaltliche Vorgaben, die einzuhalten sind (vgl. ebd., S. 264). Darüber hinaus ist der beratenden Person in diesem Beratungssetting eine Vielfalt an Rollen inhärent: Sie fungiert als Moderator*in, »empathische, respektvolle und fördernde Begleiterin des eigenen Prozesses der Frau« (ebd., S. 267), Expert*in für sozialrechtliche und medizinische Belange und Fragen der Verhütung sowie gegebenenfalls Vermittler*in zu weiteren Anlaufstellen. Nicht zuletzt hat sie »den staatlichen Schutzauftrag für das ungeborene Leben in den Beratungsverlauf zu integrieren. Sie wird sozusagen zur ›Botschafterin‹ für den Schutzauftrag, aber ohne diesen zu übernehmen« (ebd., S. 268). Beratende und ihre jeweiligen Institutionen sind überdies strukturell mit mehr Macht ausgestattet, indem sie innerhalb der Beratungsbeziehung festlegen, »was wann wo und wie geschieht« (Nestmann & Sickendiek, 2002, S. 172; siehe dazu auch den Beitrag von Bomert, Lohner & Schulte in diesem Band).

Das besondere Setting der verpflichtenden Beratung in Verbindung mit den stetig neu entstehenden Herausforderungen und Fragestellungen durch gesellschaftliche, politische und medizinische Entwicklungen sowie den verschiedenen Rollen und Erwartungen erfordert von Beratenden ein fortlaufendes Reflektieren und Weiterentwickeln des eigenen beraterischen Handelns, um adäquat und neutral auf die Bedarfe der ungewollt Schwangeren eingehen zu können.

Zur gesellschaftspolitischen Rahmung des Schwangerschaftsabbruchs, oder: Das besondere Setting der Beratung ungewollt Schwangerer

Gesellschaftlich ist der Schwangerschaftsabbruch in weiten Teilen tabuisiert und findet bis heute im Kontext »politischer, religiöser oder moralischer Vorwürfe und Polarisierungen« (Diehl, 2010, S. 80) statt. Denn obwohl der Eintritt einer Schwangerschaft ohne einen dezidierten Wunsch zum Leben von Menschen, die schwanger werden können, dazugehört und mithin eine statistische Normalität ist (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 180), wird dieser Umstand nicht als ein solcher behandelt. Im Gegenteil: »Eine

ungewollt schwangere Person ist verkörperter Ausdruck eines gesellschaftlichen Unbehagens, welches irgendwo im Netz von Sexualität, Schwangerschaft und den Themen Geburt und Tod verortet ist« (Boltanski, 2007, S. 35f.). Überdies sind diese Debatten »mit gesellschaftlichen Veränderungen wie Autonomievorstellungen, Geschlechterbildern oder Diskussionen über Menschenrechte verwoben« (Busch & Hahn, 2015, S. 7; siehe hierzu auch den Beitrag von Ammicht Quinn in diesem Band).

Die Gemengelage aus Unbehagen und Widersprüchen fordert Gesellschaften heraus, Vereinbarungen für den Umgang mit dem Phänomen Schwangerschaftsabbruch zu finden (vgl. Boltanski, 2007). In fast allen Nationalstaaten haben juristische Regelungsmodelle zum Schwangerschaftsabbruch eine lange Historie (siehe hierzu auch den Beitrag von Weißer in diesem Band). In Deutschland besteht die Grundlage für die heutige Regelung seit 1871. Seitdem wurde der – damals noch im Reichsstrafgesetzbuch – implementierte § 218 vielfach verändert und um eine die unterschiedlichen Positionen integrierende Lösung gerungen. Nach dem Zusammenschluss der Bundesrepublik und der DDR wurde das Gesetzespaket um § 218 StGB ergänzt und 1992 das Schwangerschaftskonfliktgesetz verabschiedet. Gemeinsam bilden sie die rechtliche Grundlage für den Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch in Deutschland (siehe hierzu auch die Beiträge von Chiofalo & Schmid sowie von Busch in diesem Band).

Die damals gefundene Lösung des politischen Konflikts um den Schwangerschaftsabbruch ist in der jüngeren Vergangenheit erneut Ausgangspunkt von zum Teil massiven Auseinandersetzungen: So beobachten wir auf der einen Seite seit einigen Jahren immer heftiger stattfindende und offener ausgetragene Angriffe gegen alle Akteur*innen, die mit Abbrüchen zu tun haben. Dazu zählen etwa die Proteste von sogenannten Lebensschützer*innen, wie etwa gegen die niederländische Ärztin Gabie Raven, die in Dortmund eine Praxis eröffnete, um den ungewollt Schwangeren den oft zwangsläufig genutzten Weg in die Niederlande zu ersparen (siehe dazu auch den Beitrag von Rahm, De Zordo & Mishtal in diesem Band) und seither von Abtreibungsgegner*innen (»Pro-Life«) bedroht und antisemitisch beleidigt wird (vgl. Schädel, 2022). Auf der anderen Seite sind ebenso immer lauter werdende und offener geäußerte Kritik an der bestehenden Gesetzeslage aus breiten Bereichen von Wissenschaft, Politik und Zivilgesellschaft wahrzunehmen. Pro-Choice-Initiativen, die sich für die körperliche Selbstbestimmung einsetzen, nutzen hierfür vielfältige Formen des Protest oder der Unterstützung: etwa mithilfe von Onlineplattformen,

um forschungsbasiert zu informieren und gegen Vorurteile und Stigmata rund um Abtreibungen vorzugehen (Doctors for Choice Germany e. V., o. J.), Protestaktionen, die von breiten Bündnissen organisiert werden (wie etwa durch das Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung) oder niedrigschwellige Unterstützung in Form von Geld, Transfer oder Schlafplätzen für ungewollt Schwangere aus dem Ausland¹. Auch auf politischer Ebene lässt sich in jüngerer Zeit eine verstärkte öffentliche Thematisierung ausmachen, die zur Streichung von § 219a StGB im Sommer 2022 führte oder zur Berufung einer Expert*innenkommission, um eine mögliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafrechts zu prüfen (siehe hierzu auch das Interview mit Wersig in diesem Band).

Diese Entwicklungen geben Grund zu der Annahme, dass die einstmals gefundene und errungene politische Lösung nicht mehr dafür ausreicht, den zwangsläufig bestehenden moralischen Konflikt einer Gesellschaft im Umgang mit der Abtreibung politisch einzuhegen. Verdrängte Konflikte sind nicht gleich gelöste Konflikte und finden ihren Weg zurück ins Bewusstsein – auch auf gesellschaftlicher Ebene. Zugleich wird durch die anhaltenden gesellschaftlichen und politischen Kontroversen unweigerlich »die Atmosphäre des Beratungsgesprächs und das Verhalten der an der Beratung Beteiligten [...] direkt und nachhaltig« (Koschorke, 2004, S. 1117; vgl. auch Franz, 2015) beeinflusst.

Vor diesem gesellschaftlichen, politischen und juristischen Hintergrund – aber auch im Kontext anhaltender gesellschaftlicher Auseinandersetzungen – ergeben sich für die konkrete Beratungsarbeit Besonderheiten und Herausforderungen, die von anderen Formen sowie von der professionellen Definition psychosozialer Beratung abweichen (vgl. Franz, 2015, S. 258).

Zur Bedeutung der § 219-Beratung in Deutschland

Die Beratung nach § 219 StGB ist aufgrund ihres verpflichtenden Charakters ein fester Bestandteil in der sensiblen Phase zwischen dem Bekanntwerden einer ungewollten Schwangerschaft und dem Abbruch. Ist ihre Rolle in der Entscheidungsfindung insgesamt zwar eher gering (vgl.

¹ Zu nennen ist hier etwa die Berliner Initiative Ciocia Basia (übersetzt: Tante Barbara), die ungewollt Schwangeren aus Polen hilft. Sie unterstützt etwa fünf Polinnen pro Monat bei einem Abbruch in Deutschland.

Helfferrich et al., 2016), kommt ihr für die Entscheidungskonsolidierung der Schwangeren eine besondere Bedeutung zu (vgl. Bomert et al., 2022). Ferner dienen die Beratung und die von den Beratungsstellen online zur Verfügung gestellten Informationen als wichtige Quelle, um sich neutral über den Abbruch zu informieren (siehe hierzu auch den Beitrag von Kubitzka, Bomert & Böhm in diesem Band). Dies hat eine besondere Relevanz, brauchen die ungewollt Schwangeren doch in kurzer Zeit »umfangreiche und komplexe Informationen« (Schweiger, 2015, S. 240), wie etwa zum Ablauf des Abbruchs, zu Adressen von Praxen und Kliniken oder zur Kostenübernahme. Nicht zuletzt bietet die Beratung einen Raum der De-Individualisierung, in dem der »Gefahr einer Vereinzelung der Einschätzung der persönlichen Lebenslage im Kontext ungeplanter/ungewollter Schwangerschaft und damit einer Individualisierung von Schuld und Verantwortung« (Busch, 2009, S. 31) zumindest temporär begegnet werden kann.

Zugleich findet die Beratung von ungewollt Schwangeren in einem mehrdimensionalen Spannungsfeld statt: Zu nennen sind hier etwa die bereits skizzierten juristischen und gesellschaftlichen Konflikte über die Bewertung eines Schwangerschaftsabbruchs. Darüber hinaus findet die Beratung von ungewollt Schwangeren immer auch in dem Spannungsfeld zwischen der gesetzlichen Pflicht und einem professionellen Beratungsverständnis, das insbesondere den prozesshaften Charakter des Gesprächs, die wenigen formalen Vorgaben und Kriterien sowie die Freiwilligkeit der Klient*innen betont, statt: »Bei der Schwangerschaftskonfliktberatung scheinen manche dieser Prinzipien in Frage gestellt, weil die Beratung durch das Strafgesetzbuch (§§ 218, 218a, 219 StGB) im Kontext strafbarer Handlungen zur Pflicht erklärt und inhaltlich festgelegt ist« (Franz, 2015, S. 259). Nicht zuletzt können weitere »interpersonelle Konflikte zwischen der ungewollt schwangeren Frau und Personen in ihrem persönlichen Umfeld« (ebd., S. 261) vorliegen, die im Beratungsgespräch angesprochen werden und bearbeitet werden müssen.

Für die Beratung von ungewollt Schwangeren ergeben sich zudem beständig neue Herausforderungen und Fragestellungen, wie etwa durch die veränderten technischen Möglichkeiten im Bereich der Pränataldiagnostik, die sinkende Anzahl von Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, oder zuletzt durch die massiven Beschränkungen des Beratungssettings aufgrund der Coronapandemie (siehe hierzu auch die Beiträge von Nitzsche, Wienholz & Böhm sowie von Schmitz & Moster in diesem Band). Beratende

sind damit »kontinuierlich gefordert, sich mit den vielfältigen Veränderungen und Anliegen ihrer Klientinnen und Klienten vertraut zu machen, um eine umfassende und professionelle Beratung zu gewährleisten« (vgl. Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 2007, S. 1). Die bis heute mangelnde Forschungslage (siehe dazu auch den Beitrag von Hahn in diesem Band) erschwert eine solche Bearbeitung professionsrelevanter Themen jedoch. Zugleich entwickeln Beratende und ihre Träger zunehmend Wissen und Unterstützungsmaterial, um auf die verschiedenen Anforderungen im Beratungsalltag zu reagieren (siehe dazu insbesondere Teil III sowie die Beiträge von Weinhardt und von Clasen & Völckel in diesem Band).

Zur Umsetzung des Sammelbandes

Die Beratung ungewollt Schwangerer ist ein besonderes Arbeitsfeld der Sozialen Arbeit und der psychosozialen Beratung. Dementsprechend vielschichtig und anspruchsvoll ist die Tätigkeit der Beratungsfachkräfte in diesem Feld. Umso erstaunlicher ist es, dass es so wenig Fachliteratur zur Beratung ungewollt Schwangerer und zu der gesetzlich vorgeschriebenen Beratung nach § 219 StGB gibt. Aktuell wird in Deutschland im Rahmen unterschiedlicher Forschungsprojekte zu Angeboten und der Beratung ungewollt Schwangerer geforscht. Verschiedene Befunde dieser aktuellen Studien fließen in das vorliegende Buch mit ein (siehe dazu insbesondere Teil II). In diesem Sammelband stehen neben empirischen Einblicken auch Perspektiven aus der Praxis, um die bisher vorhandenen Erkenntnisse zum Feld der Beratung zu erweitern (etwa Koschorke, 2019; Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit, 2007) und eine weitere gesellschaftliche Auseinandersetzung mit dem Schwangerschaftsabbruch und der Entwicklung von Beratung in diesem Bereich anzuregen.

Der Titel des Bandes verzichtet bewusst auf den Begriff des Schwangerschaftskonflikts, da aus Sicht der Herausgeberinnen damit bereits eine Setzung einhergeht, die so in der Beratungspraxis und auch in der Empirie zu ungewollten Schwangerschaften nicht auffindbar ist: Eine ungewollt bzw. unbeabsichtigt eingetretene Schwangerschaft kann, aber muss keineswegs einen Konflikt bei der schwangeren Person auslösen.

Gleichzeitig ist die Beratung ungewollt Schwangerer zumindest zum Zeitpunkt der Veröffentlichung des Bandes – aufgrund der rechtlichen Ver-

ankerung – noch untrennbar mit dem Begriff des Schwangerschaftskonflikts verknüpft. Im Band sind verschiedene Perspektiven auf dieses Beratungsfeld versammelt, die ebenso unterschiedliche Positionen im Hinblick auf die aktuelle rechtliche Regelung vertreten. Die unterschiedliche Handhabung der Begrifflichkeiten in den einzelnen Beiträgen spiegelt diese Pluralität wider. Gleiches gilt für die Frage nach dem Geschlecht: Als Herausgeberinnen möchten wir betonen, dass nicht nur cis Frauen schwanger werden können, sondern auch trans*, inter* oder non-binäre Personen. Um dieser Heterogenität zu begegnen, verwenden wir den Terminus »ungewollt Schwangere«. Die Nutzung geschlechterinklusive Begriffe unterscheidet sich jedoch in den Beiträgen, da dies jeweils in der Entscheidung der Verfasser*innen liegt.

Um die vielfältigen Facetten der Beratungsarbeit mit ungewollt Schwangeren zu betrachten, ist der Band in vier Teile gegliedert:

Übersicht über die Beiträge

Der Band widmet sich im ersten Teil »Grundlagen und theoretische Rahmungen« zum Schwangerschaftsabbruch.

Im ersten Beitrag führen *Valentina Chiofalo* und *Paulien Schmid* in »Historische und aktuelle rechtliche Perspektiven auf den Schwangerschaftsabbruch« ein. Dafür werden die bewegte Geschichte des Verbots des Schwangerschaftsabbruchs seit 1871 und der damit verbundene Widerstand sowie rechtliche wie auch politische Streitigkeiten um die Regulierung des weiblichen Körpers dargestellt. Danach widmet sich der Beitrag der aktuellen rechtlichen Regulierung im Strafgesetzbuch, die maßgeblich auf einem Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1993 beruht und in die Praxis der Beratung ungewollt Schwangerer hineinwirkt.

Einen weiteren juristischen Einblick bietet der Beitrag von *Bettina Weißer*: »Der Schwangerschaftsabbruch aus international-rechtlicher Perspektive« vergleicht die Regulierungen zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland mit denen anderer Länder und konstatiert, dass sich auf der Ebene des Völkerrechts eine klare Tendenz zur Entkriminalisierung und zum Abbau von Zugangshürden zu sicheren Abbrüchen beobachten lässt, vereinzelt in jüngerer Zeit aber auch Restriktionen in gesetzlichen Vorgaben vorgenommen wurden. All das schließt jeweils auch das Recht respektive die Pflicht zur Inanspruchnahme einer Beratung vor der Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs mit ein.

Mit dem Fokus auf ethische und theologische Aspekte auf Schwangerschaftsabbrüche bietet der Beitrag »>Religiöse< und >säkulare< Urteilsbildungen über ungewollt Schwangere. Überlegungen zu Entmoralisierung und Ethik« von *Regina Ammicht Quinn* eine weitere Ebene der thematischen Auseinandersetzung. Die Autorin schlägt eine Gleichzeitigkeit von Entmoralisierung und Ethik im Kontext von Fragen des Schwangerschaftsabbruchs vor und plädiert für gewaltfreie und ethisch reflektierte Debattenräume: frei von der Gewalt festgelegter Rollenbilder, frei von normalisierten »gesunden« Körpern und normierten Lebensläufen, frei von Strafandrohung der Religionen, des Rechtssystems oder der Familien und mit freiem und ungezwungenem Zutritt.

In ihrem Beitrag »Häufigkeit und Hintergründe ungewollter Schwangerschaften in Deutschland« gehen *Tilman Knittel* und *Laura Olejniczak* nach einer Diskussion zum Begriff und zur empirischen Erfassung ungewollter Schwangerschaften auf zentrale empirische Ergebnisse aus der Studie »frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen« ein, insbesondere auf die Häufigkeit ungewollter Schwangerschaften sowie die biografischen Situationen und Lebenslagen, in denen sich ungewollt Schwangere befinden. Darüber hinaus werden Ergebnisse zur Verhütung im Zusammenhang mit ungewollter Schwangerschaft sowie zur emotionalen Reaktion auf eine ungewollt eingetretene, ausgetragene Schwangerschaft entlang der empirischen Daten dargestellt.

Der erste Teil des Bandes endet mit dem Beitrag »Schwangerschaftsberatung in Deutschland. Historische und aktuelle Perspektiven« von *Ulrike Busch*. Der Text informiert über den Hintergrund der gegenwärtigen Schwangerschaftsberatung in Deutschland, in welchen historischen Traditionen sie gründet und was die wesentlichen Eckpunkte ihrer Entwicklung in den letzten 100 Jahren darstellen. Dabei wird die besondere Bedeutung der Verbindung dieses Beratungsfelds zur existierenden Gesetzeslage um den Schwangerschaftsabbruch in Deutschland herausgearbeitet. Die Trägerlandschaft wird in ihren jeweiligen Perspektiven skizziert, es werden mögliche Chancen wie Grenzen für die professionelle Arbeit in diesem Segment der psychosozialen Beratung diskutiert sowie Perspektiven der Beratung beleuchtet.

Der zweite Teil des Buchs fokussiert »Aktuelle Entwicklungen innerhalb der psychosozialen und medizinischen Versorgung und der Praxis der Schwangerschaftskonfliktberatung« und umfasst empirische Beiträge aus unterschiedlichen Forschungsprojekten. Zu Beginn steht »Der Schwan-

gerschaftsabbruch. Gesellschaftliche Diskurse, Normen der Familie und die Folgen für die Forschung«, ein Beitrag von *Daphne Hahn*, in dem sie sich einer zeithistorischen Einordnung von Forschungsperspektiven auf den Schwangerschaftsabbruch widmet. Dazu skizziert sie zunächst die gesellschaftspolitischen Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland rund um den Schwangerschaftsabbruch und erläutert die sich wandelnden Begriffe und Normen zur Familienplanung. Der Beitrag ordnet die veränderten Forschungsthemen im Kontext der gesellschaftlichen Bedingungen ein, stellt die Bedeutung der Einbeziehung historischer Bezüge in die Forschung heraus und benennt nicht zuletzt bislang offen gebliebene Forschungsfragen.

Der nächste Beitrag stellt die psychosoziale Versorgung durch staatlich anerkannte Schwangerschaftsberatungsstellen in den Vordergrund und fragt: »Wie werden ungewollt Schwangere in Deutschland psychosozial begleitet? Strukturdaten und empirische Befunde zur bundesweiten Versorgung durch Schwangerschaftsberatungsstellen«. *Sabine Wienholz, Katja Krolzik-Matthei und Maika Böhm* stellen Daten zur psychosozialen Versorgungsstruktur bei ungewollter Schwangerschaft aus einem Teilprojekt der ELSA-Studie vor. Es wird ein Überblick über die rechtliche Rahmung der Schwangerschaftskonfliktberatung sowie zu ausgewählten Analysen der Beratungsstellenstruktur gegeben. Zudem wird entlang empirischer Daten auf die Angebotsstruktur von Schwangerschaftsberatungsstellen und deren regionale Kooperationsstrukturen eingegangen. Sowohl die Strukturdaten als auch die empirischen Daten werden im Anschluss mit Blick auf Bedarfsentsprechung und Limitationen kritisch diskutiert sowie weitere Forschungs- und Handlungsbedarfe formuliert.

Der nächste Beitrag, verfasst von *Christiane Bomert, Eva Maria Lohner und Frederika Schulte*, legt den Fokus auf »Macht in der Beratung. Empirische Befunde zu Machtverhältnissen in der Schwangerschaftskonfliktberatung«. Dieser Beitrag untersucht die Konstituierung ungewollt schwangerer Personen aus einer machtkritischen Perspektive mit besonderem Fokus auf Adressierungen. Zunächst werden auf einer Makroebene gesellschaftspolitische Deutungen und Zuschreibungen in Bezug auf ungewollte Schwangerschaften erörtert und es wird die institutionelle Rahmung der Pflichtberatung auf der Mesoebene nachgezeichnet. Dabei stehen die wirkmächtigen Adressierungspraxen zwischen Beratenden und Adressat*innen auf der Mikroebene im Zentrum der Analyse. Basierend auf Interviews mit 16 Beratungsfachkräften werden professionelle Adressierungen rekonstru-

iert und ihre Auswirkungen auf die Gestaltung von Beratungsgesprächen und die darin inhärenten Machtdynamiken erörtert. Zudem legen die Autorinnen die Verflechtung der politischen und institutionellen Rahmung mit den interaktionalen Adressierungen durch die Fachkräfte dar.

Die nachfolgenden beiden Beiträge nehmen den Zugang zu Informationen über Schwangerschaftsabbrüche in Onlinemedien bzw. die mediale Repräsentation des Schwangerschaftsabbruchs in den Blick. Zunächst beschäftigen *Eva Kubitzka*, *Christiane Bomert* und *Maika Böhm* sich mit der Frage: »›Abtreibung – was muss ich wissen?‹ Die Bedeutung von Schwangerschaftsberatungsstellen für die Bereitstellung von Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft«. Die Autorinnen gehen davon aus, dass ungewollt Schwangere in ihren Entscheidungsprozessen auch durch die öffentliche Meinung, rechtliche Sanktionierungen und moralisierende Debatten geprägt werden. Zugleich hängen ihre Entscheidungsverläufe auch mit dem Zugang zu Informationen zum Thema ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch zusammen. In dem Beitrag wird entlang empirischer Daten aus zwei voneinander unabhängigen Studien dargestellt, welche Rolle Schwangerschaftsberatungsstellen – auch aufgrund der Pflichtberatung – in dem Prozess der digitalen und analogen Informationsbereitstellung spielen, und die Befunde kritisch diskutiert.

Einen anderen Zugang zur medialen Repräsentation wählt *Franziska Kabisch* in dem nächsten Beitrag »Konflikte in der Beratung oder Beratung als Konflikt. Abtreibung und die § 219-Pflichtberatung in Film und Fernsehen«. Wenn Abtreibungen in fiktionalen Filmen und Serien inszeniert werden, bleiben gesellschaftliche und juristische Barrieren wie die § 219-Pflichtberatung oft ausgespart; wenn Beratungsszenen hingegen in den Plot eingebaut werden, dient dies meist der emotionalen Konfliktbildung und geht auf Kosten der schwangeren Figur. Dieser Beitrag untersucht ausgewählte Beratungsszenen sowie die Rolle von Konflikten in Film- und Fernsehplots, um herauszufinden, welche Bilder der Pflichtberatung anhand welcher fiktionaler Mittel gezeichnet werden und inwiefern diese mit gesellschaftlich konstruierten Figuren und Konflikten zum Thema Abtreibung zusammenhängen.

Romy Nitzsche, *Sabine Wienholz* und *Maika Böhm* stellen anschließend die »Digitalisierungsherausforderungen in der Praxis von Schwangerschaftskonfliktberatungen. Quantitative und qualitative Befunde einer Befragung von Beratungsfachkräften« in den Mittelpunkt ihres Beitrags. Digitale Beratungsformate haben spätestens mit der Pandemie Einzug in den

Alltag der Schwangerschaftsberatungsstellen gehalten. Der Beitrag widmet sich den Herausforderungen von Telefon- und Videoberatung im Kontext der Pflichtberatung aus Fachkräfteperspektive, indem Ergebnisse aus dem BZgA-geförderten Forschungsprojekt »BeSPa – Schwangerschaftsberatung und Sexuelle Bildung während der Covid-19-Pandemie aus Sicht von Fachkräften« präsentiert und diskutiert werden. Die Ergebnisse zeigen, dass nicht nur die professionelle Haltung der Beratungsfachkräfte maßgeblich den Umgang mit den Beratungsformaten für die Schwangerschaftskonfliktberatung und die Qualität dieser beeinflusst, sondern auch äußere Faktoren wie die Unterstützung des Trägers, das Beratungssetting oder technische Voraussetzungen.

Ebenfalls auf Daten aus einer aktuellen empirischen Studie, nämlich aus einem weiteren Teilprojekt der ELSA-Studie, basiert der Beitrag von *Petra J. Brzank, Martin Nowak, Dennis Jepsen, Kristina Winter, Marie Engelhard, Nele Schneider, Mara Pfeifer, Jelena Seeberg und Hanna-Sophie Ulrich*: »Ungewollte Schwangerschaften im Kontext von Partnergewalt. Ergebnisse aus der ELSA-Studie zur Partnerschaftssituation und Bedarfe an Schwangerschaftsberatung«. Die Autor*innen belegen anhand von umfangreichem Datenmaterial aus einer repräsentativen Befragung im Rahmen der ELSA-Studie die Rolle von Partnergewalt als Risikofaktor für ungewollt Schwangere und beleuchten die Erfahrungen gewaltbetroffener ungewollt Schwangerer in der § 219-Beratung. Auf dieser Grundlage formulieren sie Empfehlungen für die Weiterentwicklung der Beratung, um den besonderen Belastungen von gewaltbetroffenen Beratenen künftig angemessener begegnen zu können.

Es folgt der Beitrag »Herausforderungen und Potenziale der gegenwärtigen wie künftigen medizinischen Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland« von *Amelie Kolandt*. Jährlich werden in Deutschland ca. 100.000 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Die meisten dieser Eingriffe werden gemäß der Beratungsregelung bei ungewollter Schwangerschaft durchgeführt. Die deutsche Versorgungslandschaft ist bezüglich der medizinischen Behandlung ungewollt Schwangerer weitestgehend unerforscht. In diesem Beitrag wird entlang einer qualitativen Erhebung dargelegt, wie Expert*innen aus Gynäkologie und Schwangerschaftskonfliktberatung die derzeitige Versorgungssituation einschätzen, worin sie Herausforderungen und Potenziale sehen und wie sich die Versorgung ihrer Meinung nach künftig entwickeln könnte.

Der zweite Teil des Bandes endet mit einem – ebenfalls empirischen –

Beitrag über »Barrieren für den legalen Schwangerschaftsabbruch. Perspektiven deutscher Frauen und GesundheitsexpertInnen zu grenzüberschreitenden Abtreibungsreisen« von *Laura Rahm*, *Silvia De Zordo* und *Joanna Mishtal*. Dieser Beitrag dokumentiert die Erfahrungen deutscher Frauen, die für einen Schwangerschaftsabbruch in die Niederlande und nach England reisen sowie die Ansichten von Gesundheitsexpert*innen zur deutschen Abtreibungspolitik. Die Befunde zeigen, dass die Überschreitung gesetzlicher Fristen bei einem Schwangerschaftsabbruch den Hauptgrund für grenzüberschreitende Reisen darstellt. Von den befragten Expert*innen werden rechtliche, informationelle und verfahrenstechnische Hindernisse für einen legalen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland genannt. Die Autorinnen plädieren abschließend für Reformen in Richtung einer Entkriminalisierung und einer Ausweitung der Fristenregelung, um Reisen zu vermeiden und eine rechtzeitige Abtreibungsbehandlung vor Ort zu ermöglichen.

Im dritten Teil des Bandes werden »Methodisches Handeln und Praxiserfahrungen in der Beratung ungewollt Schwangerer« zentral gesetzt und Beiträge versammelt, die aus der Perspektive von Fachkräften verfasst wurden.

Der erste Beitrag ist ein Interview mit *Lena Golomb* und *Ursula Kersting-Otte*: »Systemische und personenzentrierte Elemente in der §219-Beratung«. In diesem Beitrag diskutieren die Gesprächspartnerinnen systemische und personenzentrierte Elemente in der sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatung. Sie gehen dabei in einer praxisnahen Perspektive der Frage nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden der beiden beratenden Ansätze nach.

Die bereits im vorherigen Kapitel auf Grundlage empirischer Daten beschriebene digitalisierte Beratungspraxis im Kontext ungewollter Schwangerschaft wird in einem weiteren Beitrag, verfasst von *Gabriele Moster* und *Kirsten Schmitz*, auf Grundlage von Praxiserfahrungen unterlegt. Der Beitrag »Schwangerschaftskonfliktberatung auf Distanz. Die Beratung am Telefon im Schwangerschaftskonflikt« leitet aus praktischen Erfahrungen mit den Beschränkungen der Coronapandemie konkrete Impulse für eine praxisorientierte Qualifizierung und den Ausbau von Beratungskompetenzen in den neuen Beratungsformen der Video- und Telefonberatung ab. Hierzu werden exemplarisch die dafür notwendig gewordenen organisatorischen Umsetzungen beschrieben sowie Standards und Qualifizierung für unterschiedliche Beratungsformate erläutert. Der Beitrag nimmt dabei sowohl die Perspektive der Klient*innen als auch die der Berater*innen ein.

Mit einer zielgruppenspezifischen Ausrichtung fokussiert der nächste Beitrag »Beratung der Zukunft – Blended Counseling am Beispiel von schwer erreichbaren Zielgruppen. Ergebnisse des Modellprojekts HeLB«. *Petra Schyma, Theresia Volhard und Sabrina Miebach* gehen hier auf die Praxiserfahrungen aus dem HeLB-Projekt ein und zeigen, dass alle Klient*innen der Schwangerschafts(konflikt)beratung vom Konzept des Blended Counseling profitieren können. Zugänge zu psychosozialer Beratung bei allen Fragen Schwangerschaft, Familienplanung, Geburt und Sexualität betreffend sowie auch im Fall des Schwangerschaftskonflikts müssen an die Bedarfe der Ratsuchenden angepasst werden, um eine gute Erreichbarkeit zu gewährleisten. Aufgabe der Träger ist es, transparente und niedrigschwellige Angebote zu entwickeln und für die Qualifikation von Beratungsfachkräften zu sorgen. Um diese Aufgabe zu erfüllen, ist es notwendig, dass die Refinanzierung von Beratungsstellen auf digitale Beratungszugänge ausgeweitet wird und dass eine ausreichende und datensichere digitale Infrastruktur zur Verfügung steht.

Einen weiteren praxisrelevanten Aspekt, nämlich die »Beratung ungewollt Schwangerer in Leichter Sprache. Einblicke und Herausforderungen der Beratungspraxis«, nehmen *Christiane Fischer, Margit Kröner, Annette Rey-Holm und Christiane Struck* entlang ihrer eigenen Praxiserfahrungen in den Blick. Sie stellen die Beratung von Menschen mit Lernschwierigkeiten bei ungewollter Schwangerschaft in Leichter Sprache vor und zeigen relevante gesetzliche Grundlagen sowie Hinweise zu Beratung in Leichter Sprache, Selbstbestimmung und Empowerment auf. Kurz beleuchtet wird zudem das Thema Sexualität und Behinderung. Die Autorinnen betonen besonders die Anforderungen an die Berater*innen, an die Beratungssituation und das Beratungsgespräch bei Beratungen in Leichter Sprache. In ausgewählten Fallvignetten wird der Bezug zur eigenen Beratungsarbeit hergestellt.

Der Beitrag von *Johanna Walsch*, »Mehrfache Schwangerschaftsabbrüche – (k)ein Thema in der Beratung nach § 219 StGB?«, beschäftigt sich mit der Thematisierung von mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen in der § 219-Beratung und einem adäquaten fachlichen Umgang damit. Anhand von qualitativen Daten einer Interviewstudie werden Sichtweisen von Beratungsfachkräften auf Lebenslagen, in denen sich Menschen mit mehrfachen Abbrüchen befinden, Motive für mehrfache Abbrüche, Haltungen von Beratungsfachkräften zu mehrfachen Abbrüchen und deren Einfluss auf die Beratungsgespräche sowie mögliche Inhalte in § 219-Beratungen zu erneuten Schwangerschaftsabbrüchen dargestellt.

Es folgt ein weiterer Beitrag an der Schnittstelle empirischer und praktischer Betrachtungsweisen: *Katrin Göppert* stellt »Verhütung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen als Thema von Forschung und Beratung« vor und nutzt dafür vor allem sekundäranalytierte Daten der »frauen leben 3«-Studie, greift aber auch auf eigene Erfahrungen als Beratungsfachkraft zurück. Sie analysiert das Verhütungsverhalten vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch und die Bedeutung dessen für das zukünftige Verhütungsverhalten und diskutiert anschließend Implikationen zum Umgang mit dem Thema Verhütung in der Pflichtberatung.

Als nächste Praxisperspektive folgt das Interview mit *Andreas Ritter* und *Ringo Stephan*: »Männer und Paare in der § 219-Beratung«. Sie sprechen über die besonderen Themen und Herausforderungen der Beratung von Männern, die sie – selten einzeln, häufiger als Partner – in Beratungen bei ungewollter Schwangerschaft antreffen. Ritter und Stephan geben Einblicke, wie sie diesen Themen Raum geben und welche Techniken, Methoden und vor allem welche Haltung dafür hilfreich sind. Es geht aber auch darum, welche Rolle das Geschlecht der beratenden Person in konkreten Beratungssituationen spielt, und um notwendige Veränderungen in der Beratungspraxis, um Männer in ihren Anliegen ernst nehmen zu können.

Einem besonderen Feld, nämlich »Schwangerschaftskonfliktberatung für Minderjährige« widmen sich *Silja Matthiesen* und *Annica Petri*. In diesem Beitrag geht es um die besonderen Herausforderungen in der Schwangerschaftskonfliktberatung von minderjährigen Frauen: Da die Gruppe der minderjährigen Frauen, die in Deutschland pro Jahr eine Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchen, insgesamt klein ist, sind entsprechende Fälle für die jeweilige Berater*in eher selten, oftmals besonders komplex, und es gibt eine Reihe von Besonderheiten und speziellen Fragestellungen. Dazu gehören rechtliche Fragen (nach Einwilligungsfähigkeit und Altersgrenzen), die besondere Situation der Minderjährigen in der Phase der Adoleszenz (Abhängigkeiten, Ablösungskonflikte, emotionale Ambivalenzen) und die Herausforderungen an die neutrale Haltung der Berater*in, die sich daraus ergeben können.

Den dritten Teil des Buchs beschließt ein Interview mit *Robin Ivy Osterkamp*: »Beratung von trans* Personen bei ungewollter Schwangerschaft«. Körperliche Selbstbestimmung ist ein zentraler Aspekt der Kämpfe um trans* Rechte. Oftmals steht dabei das Recht auf eine eigene Familie im Vordergrund. Dazu gehört jedoch auch, dass trans* Personen, die ungewollt schwanger werden, im Fall eines Schwangerschaftskonflikts eine

sensible und auf ihre Bedarfe ausgelegte Beratung erhalten. Der Interviewbeitrag gibt einen kurzen Überblick über derzeitige Herausforderungen, denen trans* Personen beim Aufsuchen einer § 219-Beratung begegnen können. Er gibt außerdem Anregungen, wie die eigene Beratungspraxis sensibler gestaltet werden kann.

Der vierte und letzte Teil dieses Bandes greift zentrale »Zukunftsperspektiven auf die Beratung und Versorgung ungewollt Schwangerer« auf, auch hier – wie in den vorangestellten Texten – ohne den Anspruch, einen vollumfänglichen Einblick geben zu können, wohl aber mit der Zielsetzung, Impulse zur weiteren Beschäftigung anzubieten.

Zu Beginn geht *Marc Weinhardt* auf eine digitalisierte Beratungszukunft ein und thematisiert in seinem Beitrag »Zwischen Autonomie und Institutionalisierung. Beratung von ungewollt Schwangeren unter der Perspektive von Digitalisierung und Digitalität« unter anderem die neuere sozialpädagogische Digitalitätsforschung. In den Blick kommen hierbei Widersprüche zwischen adressat*innenbezogener digitaler Alltagskultur mit zugehörigen Erwartungen an Anonymität und örtlicher Flexibilisierung sowie den institutionellen Strukturen der Beratungslandschaft.

Anschließend greifen *Sarah Clasen* und *Nicola Völckel* »Angebote und Entwicklungslinien der Schwangerschafts(konflikt)beratung in Deutschland« auf. Sie beschäftigen sich mit Fragen nach der konzeptionellen Weiterentwicklung der strukturell unverzichtbaren Schwangerschafts(konflikt)beratung und nach der Zukunft dieses Beratungsangebots in einer sich verändernden Gesellschaft und unter möglichen zukünftigen rechtlichen Reformen.

Es folgt ein Interview mit *Alicia Baier*: »>Es braucht einen Mentalitätswechsel weg von dieser Angst vor dem Zwang.< Ein Gründungsmitglied von Doctors for Choice Germany e. V. über notwendige medizinische Veränderungen im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen«. Die Mitgründerin und Vorsitzende von Doctors for Choice Germany e. V. erläutert hier die Veränderungen, die für die Orientierung der medizinischen Versorgung an den Bedürfnissen von ungewollt Schwangeren notwendig sind. Sie zeigt zudem auf, inwiefern ungewollt Schwangere in der medizinischen Versorgung Stigmatisierung und Scham erfahren und welche Rolle dabei das medizinische Fachpersonal spielt. Sie berichtet über ihre Erfahrungen mit dem Modellprojekte für telemedizinische Abbrüche sowie über die Leerstellen in der Ausbildung von Fachkräften, wie etwa im Kontext der medizinischen Beratung von ungewollt Schwangeren.

Der vierte Teil schließt mit einem Gespräch mit *Maria Wersig*: »Zur besonderen Bedeutung demokratischer Diskussionsprozesse für die Rechtsprechung zu Schwangerschaftsabbrüchen«. Wersig ordnet hier die juristischen Entwicklungen in Deutschland ein. Im Interview zeigt sie auf, an welchen Stellen die aktuelle Rechtslage die Perspektive der ungewollt Schwangeren nicht ausreichend in den Blick nimmt. Sie erläutert dabei die besondere Bedeutung von demokratischen Diskussionsprozessen, sowohl für den gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch als auch für mögliche Gesetzesänderungen.

Abschließend möchten wir an dieser Stelle den 49 Autor*innen dieses Bandes, die ihre jeweilige Praxis- und Forschungsexpertise eingebracht haben, für die gehaltvollen Beiträge, die vielseitigen Impulse und die angenehme kollegiale Zusammenarbeit ganz herzlich danken. Darüber hinaus bedanken wir uns bei den wissenschaftlichen Hilfskräften Sara Schmalzried und Theresa Triebler, die uns insbesondere bei der Fertigstellung des Manuskripts eine sehr große Unterstützung waren.

Literatur

- Boltanski, L. (2007). *Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Bomert, C., Hocks, P., Grotwinkel, B., Golomb, L. & Kudec, V. (2022). Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren. Ergebnisse eines partizipativen Praxisforschungsprojekts mit Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in der Region Stuttgart und der Universität Tübingen. Abschlussbericht. publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/135828 (15.03.2023).
- Busch, U. (2009). Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Merseburg. https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Handlungsbedarfe%20bei%20Schwangerschaftskonflikten_final.pdf (19.10.2022).
- Busch, U. & Hahn, D. (2015). Vorwort. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 7–10). Bielefeld: transcript.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023). Pressemitteilung Nr. 479 vom 14. Dezember 2023. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/12/PD23_479_233.html (21.02.2024).
- Diehl, S. (2010). Die Stigmatisierung der Abtreibung in Politik und Medizin. Hintergründe und Folgen. In U. Busch (Hrsg.), *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Nationale und internationale Perspektiven* (S. 63–84). Baden-Baden: Nomos.
- Djb – Deutscher Juristinnenbund e.V. (2022). Policy Paper. Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch. https://www.djb.de/fileadmin/user_upload/

- presse/stellungnahmen/st22-26_Policy_Paper_Schwangerschaftsabbruch.pdf (23.05.2024).
- Doctors for Choice Germany e.V. (o.J.). Mehr als du denkst – weniger als du denkst. <https://www.mehralsdudenkst.org/> (20.03.2023).
- Fachkongress »150 Jahre § 218 Strafgesetzbuch« (2021). <https://www.150jahre218.de/> (21.02.2024).
- Franz, J. (2015). Beratung nach § 219 StGB. Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 257–277). Bielefeld: transcript.
- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (Hrsg.). (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BZgA.
- Koschorke, M. (2004). Schwangerschaftskonflikt-Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (S. 1111–1125). Tübingen: dgvt.
- Koschorke, M. (2019). *Schwangerschaftskonflikte – Beratung in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2002). Macht und Beratung. Fragen an eine Empowermentororientierung. In F. Nestmann & F. Engel (Hrsg.), *Die Zukunft der Beratung* (S. 165–186). Tübingen: dgvt.
- Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (2007). Herausforderungen in der Beratung Schwangerer Informationen für Fachkräfte in Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. https://www.ms.niedersachsen.de/download/9588/Herausforderungen_in_der_Beratung_Schwangerer.pdf (21.02.2024).
- pro familia (2017). Schwangerschaftsabbruch. Fakten und Hintergründe. <https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Schwangerschaftsabbruch/Hintergrund-Schwangerschaftsabbruch.pdf> (27.08.2024).
- Schädel, S. (2022). Die Ärztin mit dem Dickkopf. <https://www.zeit.de/gesellschaft/2022-12/klinik-schwangerschaftsabbruch-dortmund-gabie-raven> (21.02.2024).
- Schweiger, P. (2015). Schwangerschaftsabbruch. Erleben und Bewältigen aus psychologischer Sicht. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 235–256). Bielefeld: transcript.

Biografische Notizen

Maika Böhm, Dr. phil., Dipl.-Soz.päd., M. A. Gender und Arbeit, hat die Professur für Sexualwissenschaft und Familienplanung an der Hochschule Merseburg inne. Mit ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beschäftigt sie sich aktuell im Rahmen der Forschungsprojekte BeSPa und ELSA-PV, hat darüber hinaus aber auch langjährige Praxiserfahrungen in der Beratung nach § 219 StGB/Schwangerschaftskonfliktberatung.

Christiane Bomert, Dr.ⁱⁿ phil., ist Akademische Rätin in der Abteilung Sozialpädagogik der Universität Tübingen. Sie forscht zur Professionalisierung beraterischer Organisationen (insbesondere in der § 219-StGB-Beratung), zu Care und Soziale Arbeit (aktuell leitend in einem Projekt zur Sozialpädagogischen Familienhilfe im Kontext der Coronapandemie)

sowie zu sozialpolitischen bzw. geschlechterpolitischen Rahmungen Sozialer Arbeit. Hierbei nutzt sie verschiedene methodologische Ansätze wie die qualitative Interviewforschung, Diskursanalyse oder die partizipative Praxisforschung.

Katja Krolzik-Matthei, Dipl.-Soz.päd., M. A., war nach mehrjähriger Tätigkeit in der Sozialen Arbeit von 2014 bis 2023 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Merseburg in Forschungsprojekten zu sexualisierter Gewalt in pädagogischen Kontexten sowie zur Arbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen in Deutschland.

Eva Maria Lohner, Dr.ⁱⁿ rer. soc., ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Sozialpädagogik sowie an der Arbeitsstelle für Beratungsforschung am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Sozialpädagogische Beratung, Biografieforschung und sexualisierte Gewalt.

Teil I

Grundlagen und theoretische Rahmungen

Historische und aktuelle rechtliche Perspektiven auf den Schwangerschaftsabbruch

Valentina Chiofalo & Paulien Schmid

1 Einleitung

Nach jahrelangem Stillstand auf der politischen und gesellschaftlichen Bühne wird die Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs neu verhandelt. 2022 wurde als erster legislativer Akt der neuen Ampel-Regierung das sogenannte Werbeverbot für den Schwangerschaftsabbruch gemäß § 219a StGB (Strafgesetzbuch) abgeschafft (vgl. Deutscher Bundestag, 2022). Zusätzlich wurde, wie im Koalitionsvertrag angekündigt, eine Kommission zur Prüfung der Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs eingesetzt (vgl. Bundesregierung, 2021, S. 92). Während die christdemokratische Opposition auf die Beibehaltung des Status quo drängt und auf die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1993 verweist (vgl. Suliak, 2023), geht es für Bundesfamilienministerin Lisa Paus bei der Streichung des umstrittenen Paragraphen um nicht weniger als das Menschenrecht auf reproduktive Selbstbestimmung (vgl. Tagesschau, 2023). So kontrovers die politische Debatte um den Schwangerschaftsabbruch auch geführt wird, die rechtswissenschaftliche Auseinandersetzung in Deutschland steht seit Jahrzehnten weitgehend still – und das, obwohl eine Vielzahl an Akteur:innen aus Politik und Zivilgesellschaft seit geraumer Zeit Missstände in Versorgung und Schutz von ungewollt Schwangeren anmahnen.

Vor diesem Hintergrund will der Beitrag einen rechtlichen Blick auf historische Kontinuität und aktuelle Entwicklungen im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland werfen. Nach einem kurzen Abriss der bewegten Geschichte des § 218 StGB (Kap. 2), wird die derzeitige rechtliche Regulierung dargestellt (Kap. 3.1). Anschließend werden zwei zentrale Phänomene der Rechtswirklichkeit, die prekäre Versorgungslage mit Schwangerschaftsabbrüchen und der (fehlende) Schutz von schwangeren Personen im öffentlichen Raum skizziert (Kap. 3.2).

2 Historische Perspektiven auf Schwangerschaftsabbrüche und Recht

Der Schwangerschaftsabbruch wird seit 1871 und somit seit der Gründung des Deutschen Reichs strafrechtlich erfasst. Über § 218 RStGB (Reichsstrafgesetzbuch des Deutschen Kaiserreichs) war der Abbruch vollumfassend kriminalisiert, allerdings nicht als klassisches Tötungsdelikt wie Mord und Totschlag, auch wenn er im Abschnitt »Verbrechen wider das Leben« verankert war (und ist). Schutzgut des Abtreibungsverbots war bereits damals der Fötus, der als *zukünftiger* Bürger¹ geschützt werden müsse (vgl. von Behren, 2019, S. 12). Der erste Widerstand gegen das gesamtdeutsche Abtreibungsverbot organisierte sich 1913: Die immer schlechter werdenden Lebensumstände im Zuge der Industrialisierung brachten eine große Anzahl an Frauen dazu in einen sogenannten Gebärstreik zu treten. Abtreibungsdebatte und Klassenfrage standen hier eng miteinander in Beziehung, da die Sicherheit des Abbruchs sich entsprechend der Einkommenslage der Abtreibenden verhielt. § 218 RStGB wurde zum Klassenparagrafen erklärt, durch den das Proletariat unterdrückt werde. Im Vordergrund stand allerdings nicht immer die Befreiung der Frau vom Gebärzwang, teilweise wurde der Zugang zu Abtreibungen als Strategie des Klassenkampfs verstanden, um »das proletarische Elend chirurgisch aus der Welt zu schaffen« (Bergmann, 2024). Daneben gab es zur Kaiserzeit unterschiedliche Gruppierungen, die sich aufgrund eigener bevölkerungspolitischer Vorstellungen – zum Teil eugenisch und rassenpolitisch gefärbt – mit dem Schwangerschaftsabbruch befassten (siehe zur Übersicht von Behren, 2004, S. 98ff.).

Mit dem Ausbruch des Ersten Weltkriegs kam die Debatte um das Abtreibungsrecht zum Erliegen und auch zu Beginn der neu gegründeten Weimarer Republik gab es keine nennenswerten Reformdebatten. Bis 1931 entwickelte sich zwar eine außerparlamentarische Massenbewegung gegen § 218 RStGB, aufgrund der unterschiedlichen Interessen und Argumentationsansätze gelang es den Akteur:innen allerdings nicht, dauerhafte politische Allianzen für eine Streichung des Paragrafen zu bilden. Lediglich eine Strafmilderung wurde durchgesetzt, auf die Einführung einer medizinischen Indikation (Abbruch bei Lebensgefahr der Schwangeren) konnte

1 An dieser Stelle wird bewusst die maskuline Sprachform verwendet, da es sich um ein historisches Zitat handelt.

sich nicht geeinigt werden (vgl. von Behren, 2019, S. 13f.). Das Reichsgericht bestätigte mit dem Urteil vom 11.3.1927 höchstrichterlich die Zulässigkeit einer Abtreibung aus medizinischen Gründen unter Heranziehung des Güterabwägungsprinzips. Bei Lebens- oder schwerer Gesundheitsgefahr müsse es möglich sein, die Schwangerschaft abzubrechen.² Zum ersten Mal seit Einführung des Abtreibungsverbots wurde eine tatsächliche Verbesserung der Situation ungewollt Schwangerer durchgesetzt.

Diese Verbesserung hielt allerdings nicht lange an, da die NSDAP nach der Machtübernahme 1933 die rechtliche Regulierung von Schwangerschaftsabbrüchen für die eigene ideologische Bevölkerungspolitik nutzbar machte. Der Abtreibungsparagraf diente nicht mehr dem »Schutz des ungeborenen Lebens«, sondern stand im Dienste der nationalsozialistischen Rassenlehre. Das Rechtsgut der »Lebenskraft des Volks« stand im Mittelpunkt, bei gewerblicher Durchführung von Abtreibungen war die Todesstrafe vorgesehen. Die Möglichkeit eine Schwangerschaft abzubrechen, bestand nur bei sogenanntem »unwertem Leben«. Der Gebärzwang auf der einen und die eugenische Selektion auf der anderen Seite wurden gemeinsam mit den »Erbärzten« und der gleichgeschalteten Justiz umgesetzt (vgl. von Behren, 2019, S. 14). 1933 wurden zusätzlich die §§ 219, 220 RStGB (ehemaliger § 219 a StGB) eingeführt, die jede Form des öffentlichen Anbietens von Abtreibungen unter Strafe stellten (vgl. Deutscher Bundestag, 2022).

Reformbestrebungen gab es in Westdeutschland kurz nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs keine, Staat und Gesellschaft waren von 1945 bis 1949 zuvörderst mit der Frage nach Wohnraum, Nahrung und Kleidung beschäftigt. Erst nachdem sich die Lebensumstände ab 1949 stabilisieren konnten, wurde im Rahmen des Dritten Strafrechtsänderungsgesetzes 1953 die Todesstrafe beim Schwangerschaftsabbruch abgeschafft.³ Eine medizinische Indikation wurde nicht gesetzlich verankert aber durch das Reichsgerichtsurteil von 1927 als rechtmäßig akzeptiert. Erst die 68er-Bewegung und aufsehenerregende Aktionen wie die Selbstbeziehungskampagne »Wir haben abgetrieben!« im *Stern* 1971 holten das Thema wieder politisch und gesellschaftlich auf die Agenda. Die Forderung nach einer Liberalisierung des Abtreibungsrechts fand nach vielen Debatten Einzug in das Fünfte Strafrechtsreformgesetz: 1974 sollte eine Fristenlösung die

2 RG, Urteil vom 11.3.1927 – I 105/26 –, RGSt 61, 242 – S. 254–256.

3 Drittes Strafrechtsänderungsgesetz vom 4.8.1953, Bundesgesetzblatt, Teil I, 1953, S. 735ff.

Strafbarkeit unter gewissen Voraussetzungen aufheben. Es sei kriminalpolitisch verfehlt, so die damalige Regierung aus SPD und FDP, Schwangere über eine Strafandrohung von der Geburt zu überzeugen.⁴ Mitglieder der CDU/CSU-Fraktion des Deutschen Bundestags und einige Landesregierungen strebten daraufhin ein abstraktes Normenkontrollverfahren vor dem Bundesverfassungsgericht an, das die Neuregelung des § 218a StGB für verfassungswidrig erklärte.⁵ Kurz nach dem ersten Urteil des Bundesverfassungsgerichts wurden zumindest die Indikationslösungen in § 218a StGB normiert und erweitert. Schwangere konnten nun über eine sozialmedizinische, eine sogenannte eugenische, eine kriminologische oder eine Notlagenindikation straffrei abtreiben (zur Rolle der Ärzteschaft siehe von Behren, 2019, S. 17).

In der sowjetischen Besatzungszone wurde von 1945 bis 1950 eine kriminologische, medizinische und soziale Indikation akzeptiert, nach 1950 wurde der Zugang allerdings durch das »Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau« stark eingeschränkt. Lediglich eine enge medizinische Indikation sowie eine Indikation bei »schwerer Erbkrankheit« waren zulässig (vgl. Lembke, 2021). Die Fristenlösung wurde 1972 mit dem »Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft« überraschend, weil ohne vorher stattfindende gesellschaftliche oder politische Debatte, eingeführt (vgl. ebd.). Jedoch hatten viele sozialistische Nachbarländer bereits liberale Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch etabliert (von Behren, 2019). Seitdem konnte in der DDR der Schwangerschaftsabbruch in den ersten zwölf Wochen ohne weitere Voraussetzungen legal vorgenommen werden.

Nach der Wiedervereinigung wurde schnell deutlich, dass sich die, die in der DDR sozialisiert waren, nicht mit einer restriktiven Indikationslösung zufriedengeben wollten. So forderte beispielsweise die Sozialistische Fraueninitiative im Februar 1990 die »unbedingte Erhaltung der Möglichkeit des legalen Schwangerschaftsabbruches« (SOFI, 1990, S. 146ff.). Es folgten Demonstrationen, Unterschriftenaktionen und Protest-Postkarten (vgl. Lembke, 2020). Der Einigungsvertrag vom 31. August 1990 hielt fest, dass die DDR-Regelung nicht einfach durch die bundesdeutsche Regelung ersetzt werden sollte, sondern eine neue gesamtdeutsche Regelung zu schaffen sei. Nach langen Diskussionen entschied sich der Gesetzgeber

4 BVerfG, Urteil vom 25.2.1975 – 1 BvF 1, 2, 3, 4, 5, 6/74 –, BVerfGE 39, 1.

5 BVerfG, Urteil vom 25.2.1975 – 1 BvF 1, 2, 3, 4, 5, 6/74 –, BVerfGE 39, 1.

1992 dem Grunde nach für ein Beratungskonzept mit Zwölf-Wochen-Frist. Bundestag und Bundesrat einigten sich darauf, dass der Schwangerschaftsabbruch als Straftat in § 218 StGB verankert blieb, über § 218a StGB konnten Schwangere allerdings über die Fristenregelung mit Beratungspflicht in den ersten zwölf Wochen gerechtfertigt abtreiben.⁶ Doch auch diese Neuregelung trat niemals in Kraft, da sie vom Bundesverfassungsgericht in seinem zweiten Urteil zum Schwangerschaftsabbruch 1993 für verfassungswidrig erklärt wurde. Auf Grundlage dieser Entscheidung wurden die Regelungen der §§ 218ff. StGB neu gefasst, die bis heute in dieser Form Bestand haben.

3 Aktuelle rechtliche Perspektiven

3.1 Law in the books

Der Schwangerschaftsabbruch ist eine Straftat, die aus gewissen Gründen straffrei bleibt. Geregelt in § 218 StGB findet er sich neben Mord und Totschlag im Abschnitt über die »Straftaten gegen das Leben«, wobei das Strafmaß mit einer Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe deutlich hinter den klassischen Tötungsdelikten zurückbleibt. Die Gründe der Strafflosigkeit regelt § 218a StGB. Auf die sogenannte Beratungslösung gemäß § 218a Abs. 1 StGB entfallen circa 96 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland (vgl. Statisches Bundesamt, 2022a). Sie sieht vor, dass eine Schwangerschaft in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen straffrei abgebrochen werden, wenn sich die Schwangere hat beraten lassen, zwischen der Beratung und dem Abbruch drei Tage liegen und der Abbruch von einem:einer Ärzt:in vorgenommen wird. Bei Vorliegen der Voraussetzungen entfällt der Tatbestand des § 218 StGB, jedoch bleibt die Handlung rechtswidrig. In § 218a Abs. 2 und 3 StGB sind die Indikationslösungen normiert: Sofern ein Indikationsgrund vorliegt – eine Gefahr für das Leben oder die körperliche oder psychische Gesundheit der Schwangeren besteht oder die Schwangerschaft auf einer Sexualstraftat beruht –, ist ein Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig.

Die Straffreiheitsgründe des § 218a Abs. 1 und der Abs. 2 und 3 StGB werden somit rechtlich unterschiedlich erfasst. Das Beratungsmodell aus

6 Einigungsvertrag Art. 31 Abs. 4, Schwangeren- und Familienhilfegesetz vom 27.7.1992.

§ 218a Abs. 1 StGB schließt eine tatbestandliche Handlung aus (erste Ebene der juristischen Strafbarkeitsprüfung), wohingegen die Indikationslösungen eine tatbestandliche Handlung als gerechtfertigt erachten (zweite Ebene der juristischen Strafbarkeitsprüfung). Zwar führt die Beratungslösung aufgrund des Tatbestandsausschlusses ebenfalls zur Straffreiheit, der Schwangerschaftsabbruch gilt aber weiterhin als rechtswidrig. Dabei bleibt offen, woran die Rechtswidrigkeit einer tatbestandslosen Handlung anknüpfen soll (vgl. Weißer & Eser, 2019). Die rechtliche Einordnung des § 218a Abs. 1 StGB ist vor diesem Hintergrund umstritten.⁷ Die Konstruktion lässt sich jedoch mit Blick auf die Gesetzgebungsgeschichte und die verfassungsrechtlichen Erwägungen des Bundesverfassungsgerichts erklären (vgl. Wörner, 2021).

Zurückzuführen sind diese Regelungen auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1993. Der Zweite Senat war der Auffassung, das ungeborene Leben sei auch gegenüber der Schwangeren zu schützen, dafür seien vor allem zwei Dinge notwendig: Zum einen müsse der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich als Unrecht erfasst, zum anderen müsse der Schwangeren die Rechtspflicht zur Austragung des Fötus auferlegt werden. Nur so könne der Staat seiner Schutzpflicht gegenüber dem ungeborenen Leben nachkommen.⁸ Im Gegensatz zu seinem ersten Urteil zum Schwangerschaftsabbruch akzeptierte das Gericht ein Beratungsmodell als Teil des Schutzkonzepts für das Ungeborene im Grundsatz. Dem Staat stehe es frei, den Abbruch innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen nach obligatorischer Beratung und Wartefrist zu ermöglichen, da dies dem Schutz des ungeborenen Lebens diene. In der Frühphase, in der regelmäßig nur die Schwangere von der Schwangerschaft wisse, sei eine verpflichtende Beratung die einzige Möglichkeit, auf diese einzuwirken und sie zur Austragung zu »gewinnen«.⁹ Die von der Gesetzgebung gewählte Lösung, einen solchen Schwangerschaftsabbruch nach Beratung als rechtmäßig einzustufen, sei jedoch nicht mit den Verpflichtungen gegenüber dem Fötus zu vereinen. Die Beratungslösung könne höchstens als Tatbestandsausschluss, allerdings nicht als Rechtfertigungsgrund wirken, da ansonsten der *Unrechtscharakter* des Abbruchs entfele.

7 Tendenziell versteht die herrschenden Meinung und das Bundesverfassungsgericht in § 218 Abs. 1 StGB lediglich einen Ausschluss des Strafstatbestands, nicht aber des Unrechtstatbestands (siehe dazu Weißer & Eser, 2019).

8 BVerfG, Urteil vom 28.5.1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203–366, juris Rn. 252f.

9 BVerfG, Urteil vom 28.5.1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203–366, juris Rn. 266.

Neben den zentralen Normen der §§ 218, 218a StGB enthält das deutsche Recht weitere, flankierende Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch. So bestimmt § 219 StGB, dass die Pflichtberatung – als Voraussetzung für den straflosen Abbruch nach § 218a Abs. 1 StGB – auf den Schutz des ungeborenen Lebens hinwirken solle, um einen Entschluss der Schwangeren gegen den Schwangerschaftsabbruch herbeizuführen (vgl. Eschenbach, 2023). Daneben gilt das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (kurz: Schwangerschaftskonfliktgesetz, SchKG), das 1992 erlassen und nach dem Urteil von 1993 an die Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts angepasst wurde. Besonders relevant, insbesondere im Kontext einer Autonomiedebatte, sind dabei die Bestimmungen zur Versorgungslage (§§ 8 und 13 SchKG) sowie zur Kostenübernahme beim Schwangerschaftsabbruch (§ 19 SchKG). Nach §§ 8 und 13 SchKG sind die Länder verpflichtet, ein ausreichend plurales Angebot wohnortnaher Versorgungs- und Beratungsstellen sicherzustellen. Die Beratungsstellen müssen staatlich anerkannt sein. Auf der Kostenebene übernehmen Krankenkasse keine nicht-indizierten Abbrüche nach der Beratungslösung, die in Deutschland momentan 96 Prozent aller Abbrüche ausmachen (vgl. Destatis, 2024a). Nach § 19 Abs. 1 SchKG hat die Betroffene jedoch Anspruch auf Leistungen, wenn ihr die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist. Die Grenze der Zumutbarkeit wird bei einem Einkommen von monatlich 1.446 Euro festgesetzt (BMFSFJ, 2024).

3.2 Law in action

Die rechtliche Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs muss sich an der medizinischen Versorgung ungewollt schwangerer Menschen messen lassen. Während in vielen Regionen Deutschlands kaum noch Ärzt:innen zu finden sind, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, stehen Schwangere, die Einrichtungen der Schwangerschaftskonfliktberatung oder ärztliche Praxen aufsuchen, zudem durch Protestaktionen von Abtreibungsgegner:innen unter Druck. Diese Phänomene müssen immer auch vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Stigmatisierung und Tabuisierung betrachtet werden, die sich nachteilig auf die Gesundheitsversorgung von Menschen auswirken, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden (vgl. Sorhaindo & Lavelanet, 2022).

a) **Prekäre Versorgungslage**

Die Versorgung mit ärztlichen Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, verschlechtert sich in Deutschland stetig, obwohl die Gewährleistung eines Angebots an entsprechenden Einrichtungen eine Staatsaufgabe ist.¹⁰ Nach § 13 Abs. 2 SchKG stellen die Länder ein ausreichendes ambulantes und stationäres Angebot sicher, sie müssen die medizinische Versorgung von ungewollt Schwangeren also in einem Umfang gewährleisten, der den Betroffenen eine Wahlmöglichkeit zwischen ambulanten und stationären Einrichtungen eröffnet.¹¹ Dieser Versorgungsauftrag ist grundrechtlich fundiert, denn er sichert zum einen die staatliche Schutzpflicht für das Leben und zum anderen die körperliche Unversehrtheit der schwangeren Person ab.

Der Zugang zu medizinischen Einrichtungen gewährleistet, dass Schwangerschaftsabbrüche nur durch geschultes Personal durchgeführt werden und ungewollt Schwangere sich nicht den Risiken von Eingriffen aussetzen, die nicht nach den Regeln ärztlicher Kunst und/oder unter unhygienischen Bedingungen durchgeführt werden. Derartige unsichere Schwangerschaftsabbrüche stellten weltweit bis heute eine der häufigsten Todesursachen im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt dar (UNFPA, 2022).

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts steht eine wohnortnahe Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen zudem nicht im Widerspruch zum Schutz des ungeborenen Lebens. Das Gericht stellte vielmehr klar, dass der Versorgungsauftrag diesem Anliegen einen Dienst erweisen könne.¹² Die behandelnden Ärzt:innen müssten sich in einer unklaren Situation nicht wegen einer weiten Anreise der schwangeren Frau gedrängt sehen, den Schwangerschaftsabbruch am selben Tag vorzunehmen, sondern könnten diesen auf einen späteren Zeitpunkt verschieben.¹³ Gleichzeitig erkennt das Gericht an, dass ein wohnortnahes Angebot mit Blick auf Kinderbetreuung und arbeitsrechtliche Verpflichtungen eine »Hilfe in der Not« für Frauen sei.¹⁴

10 Vgl. BVerfG, Urteil vom 28.5.1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203–366, juris Rn. 355.

11 BVerfG, Urteil vom 28.5.1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203–366, juris Rn. 356.

12 BVerfG, Urteil vom 28.5.1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203–366, juris Rn. 354, 362.

13 BVerfG, Urteil vom 28.5.1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203–366, juris Rn. 354, 362.

14 BVerfG, Urteil vom 28.5.1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203–366, juris Rn. 363.

Die Rechtswirklichkeit zeichnet jedoch ein Bild von Engpässen in der medizinischen Versorgung von ungewollt Schwangeren (siehe dazu auch den Beitrag von Krolzik-Matthei & Böhm in diesem Band). Hintergrund ist der Rückgang an Einrichtungen, die laut offizieller Meldung Schwangerschaftsabbrüche vornehmen (Bundesärztekammer, Stand 19.6.2023). Berichte von der mühsamen und in manchen Regionen gar vergeblichen Suche nach Ärzt:innen häufen sich (vgl. Esslinger, 2021; Monecke, 2022; Donheiser et al., 2022). Die Zahl an Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, hat sich in den vergangenen 20 Jahren von 2.050 auf 1.104 Meldestellen beinahe halbiert (vgl. Destatis, 2024b). Die Zahl der vorgenommenen Eingriffe beläuft sich jedoch weiterhin auf rund 100.000 Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr (vgl. Destatis, 2024a). In Bayern kann die Entfernung bis zur nächsten Einrichtung daher mehr als 100 Kilometer betragen (vgl. Ríos Falcón et al., 2022). Wenngleich die Versorgungslücken in ländlichen Regionen besonders groß sind, hat das Phänomen inzwischen auch die Ballungszentren erreicht. In Großstädten wie Freiburg, Würzburg, Augsburg oder Trier gab es im Jahr 2023 keine einzige Praxis, die laut offizieller Meldung Schwangerschaftsabbrüche anbietet (Bundesärztekammer, Stand 19.6.2023). Der Mangel an niedergelassenen Ärzt:innen, die diese Leistung anbieten, wird auch durch die Krankenhausversorgung nicht kompensiert. Offizielle Daten dazu, welche Krankenhäuser Abbrüche anbieten, existieren nicht. Einer privaten Umfrage zufolge, führten im Jahr 2021 lediglich 38 Prozent der befragten Häuser in öffentlicher Trägerschaft Schwangerschaftsabbrüchen durch (vgl. Groß et al., 2022), ein noch geringerer Anteil von 13 Prozent nach der Beratungsregelung, auf die die überwiegende Mehrheit aller Schwangerschaftsabbrüche entfällt (vgl. Destatis, 2024a).

Ergebnisse empirischer Forschung zu den Gründen für die prekäre Versorgungslage fehlen bislang.¹⁵ Als Erklärungsansatz wird bisweilen das Weigerungsrecht aus § 12 Abs. 2 SchkG bemüht, das mit dem Versorgungsauftrag in Konflikt geraten kann. Ärzt:innen und sonstige Hilfspersonen haben nach dieser Vorschrift das Recht, die Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch zu verweigern, sofern keine unabwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung der Schwangeren droht. Medizinstudierende und Ärzt:innen monieren zudem eine unzurei-

15 Im März 2023 startete die ELSA-Studie zu Angeboten der Beratung und Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen.

chende Ausbildung zu den Methoden des Schwangerschaftsabbruchs, die sich negativ auf die Bereitschaft auswirke, diese Eingriffe selbst zu praktizieren (vgl. Baier, 2022; siehe auch das Interview mit Baier in diesem Band). Dabei ist auch die Wirkmacht gesellschaftlicher Tabus und die Stigmatisierung von Ärzt:innen zu berücksichtigen, die in der Debatte um die Abschaffung des § 219a StGB erstmals gesellschaftlich verhandelt wurden. Eine medizinische Dienstleistung, die zugleich unter Strafandrohung steht, bleibt mit einem Unrechtsmakel behaftet. Dies wird besonders anschaulich mit Blick auf die Beratungsregelung, nach der Schwangerschaftsabbrüche zwar straffrei gestellt werden, aber weiterhin als rechtswidrig gelten.

Die vorgenannten Zahlen zum Versorgungsrückgang haben die Frage nach einer angemessenen Versorgung von ungewollt Schwangeren allmählich ins politische Bewusstsein gerückt. Im Koalitionsvertrag der Ampel-Regierung heißt es im Abschnitt über den Schwangerschaftsabbruch: »Wir stellen Versorgungssicherheit her« (Bundesregierung, 2021, S. 92). Politische Antworten, die rechtlicher Prüfung standhalten, bedürfen jedoch empirischer Grundlagen und einer Auseinandersetzung mit den bestehenden Hürden.

Anders als die Gebetsmahnwachen und Gehsteigbelästigungen – hierzu sogleich unter b) – wird der Versorgungsrückgang bislang nicht unter rechtlichen Gesichtspunkten beleuchtet. Dies liegt auch daran, dass die Thematik bisher nicht zu den Gerichten gelangt ist. Als Staatsaufgabe vermittelt der Versorgungsauftrag keinen unmittelbaren individuellen Anspruch, der ohne Weiteres klageweise geltend gemacht werden kann. Das Bundesverfassungsgericht hat die politisch Verantwortlichen jedoch bereits 1993 darauf hingewiesen, dass die Sicherstellung eines angemessenen Angebotes ein umfassendes Konzept für das jeweilige Bundesland verlange, ebenso wie flächenbezogene Erhebungen des voraussichtlichen Bedarfs und der bereits vorhandenen Einrichtungen sowie eine landesweite infrastrukturelle Planung.¹⁶ Gleichzeitig bedarf es rechtlicher Vorkehrungen, um sicherzustellen, dass die Staatsaufgabe des Versorgungsauftrages angesichts des ärztlichen Weigerungsrechts nicht leerläuft. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass § 12 Abs. 2 SchKG eine Ausprägung der grundrechtlichen Gewissensfreiheit darstellt. Auf dieses Grundrecht können sich lediglich Individuen berufen, nicht jedoch die Krankenhausträger als juristische Personen, erst recht nicht stellvertretend für ihr Personal (Starck, 2018; vgl. Krüger, 2018; Chiofalo, 2022, S. 7f.).

16 BVerfG, Urteil vom 28.5.1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203–366, juris Rn. 357.

**b) Der Schutz ungewollt schwangerer Menschen
im öffentlichen Raum –
Gebetsmahnwachen und Gehsteigbelästigungen**

Die Frage, inwieweit ungewollt schwangere Menschen auf dem Weg zu Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und medizinischen Einrichtungen staatlicherseits zu schützen sind, wurde in der Vergangenheit vor den deutschen Verwaltungsgerichten verhandelt. Anlass dieser Gerichtsverfahren waren Protestaktionen, meist fundamentalistisch-religiöser oder politischer Gruppierungen. Die von den Abtreibungsgegner:innen gewählten Versamlungsformen adressieren ungewollt schwangere Menschen und das Personal der entsprechenden Einrichtungen möglichst unmittelbar. Unter dem Begriff Gehsteigbelästigungen wird die Praktik gefasst, Frauen im Nahbereich einer Beratungsstelle gezielt abzapfen und unaufgefordert mit einem Gespräch über ihre Schwangerschaft zu konfrontieren (vgl. Lembke, 2021).¹⁷ Im Rahmen von Mahnwachen versammeln sich Protestierende vor den Eingängen der Einrichtungen, singen und beten im Kollektiv, meist begleitet von Plakaten auf denen (tote) Föten oder glückliche Familien abgebildet sind (vgl. Fittkau, 2018). Besonders präsent ist aktuell die in den USA gegründete Initiative 40 Days for Life (<https://www.40daysforlife.com/en/>), die es sich zum Ziel gesetzt, Schwangerschaftsabbrüche weltweit zu verhindern und über einen Zeitraum von 40 Tagen hinweg vor einzelnen Einrichtungen protestiert (vgl. Petter, 2019).¹⁸ Davon betroffen sind insbesondere die nicht-konfessionellen Beratungsstellen von pro familia, die vielerorts die einzige unabhängige Einrichtung darstellen (vgl. Rath, 2022).

(1) Das grundrechtliche Spannungsverhältnis

Den Ausgangspunkt der Gerichtsverfahren bildeten Versammlungsaufgaben, mit denen die Behörden die Protestaktionen während der Öffnungszeiten der Beratungseinrichtungen örtlich verlegten; in der Regel nur um einige hundert Meter, also außerhalb der direkten Sicht- und

¹⁷ Vgl. VG Freiburg, Beschluss vom 4.3.2011 – 4 K 314/11 –, das den Begriff »Gehsteigberatung« nutzt.

¹⁸ Hiervon betroffen sind neben Beratungseinrichtungen auch medizinische Einrichtungen (vgl. Bury, 2022).

Rufweite.¹⁹ Hiergegen wendeten sich die Abtreibungsgegner:innen durch die Anrufung der Gerichte, da sie sich in ihrem Recht auf Versammlungsfreiheit verletzt sahen. Den Urteilen lag im Wesentlichen eine Abwägung der konfligierenden Grundrechtspositionen der Ratsuchenden einerseits und der Protestierenden andererseits zugrunde. Im Folgenden werden die die Gerichte leitenden Erwägungen nachgezeichnet, wobei auf unterbeleuchtete Aspekte hingewiesen wird.

Meinungs- und Versammlungsfreiheit der Abtreibungsgegner:innen

Die Missbilligung von rechtmäßigen Schwangerschaftsabbrüchen ist ein durch die Meinungsfreiheit aus Art. 5 Abs. 1 GG geschütztes Werturteil, das mit dem Ziel auf die öffentliche Meinungsbildung einzuwirken auch gemeinschaftlich kundgetan werden darf.²⁰ Mahnwachen sind daher durch Art. 8 Abs. 1 GG geschützte Versammlungen (vgl. Fontana, 2021, S. 13). Sowohl die Versammlungs- als auch die Meinungsfreiheit gewährleisten einen pluralen Meinungswettbewerb, weshalb ihnen schlechthin konstituierende Bedeutung für die freiheitlich demokratische Grundordnung zukommt.²¹ Der Schutz durch die Verfassung gebührt Protestierenden unabhängig davon, ob die vertretenen Positionen als begründet oder grundlos, als wertvoll oder wertlos, gefährlich oder harmlos eingeschätzt werden.²² Er umfasst im Grundsatz auch die freie Wahl des Ortes, des Zeitpunktes und der Art einer Äußerung bzw. Versammlung.²³

Das Allgemeine Persönlichkeitsrecht der Ratsuchenden

Diese Rechte der Abtreibungsgegner:innen gelten jedoch nicht grenzenlos, und können insbesondere zum Schutz von Grundrechten anderer staatlich eingeschränkt werden. Im Falle von Mahnwachen und Gehsteigbelästi-

19 Vgl. VG Karlsruhe, Urteil vom 12.5.2021 – 2 K 5046/19 –, juris Rn. 3; VG Frankfurt, Beschluss vom 1.3. 2022 – 5 L 512/22F. –, juris Rn. 5f.

20 Zum sachlichen Schutzbereich der Meinungsfreiheit siehe Wendt (2021); vgl. auch BVerfG, Urteil vom 8.6.2010 – 1 BvR 1745/06 –, juris Rn. 22, das darauf verweist, dass es sich bei dem Thema der Schwangerschaftsabbrüche um einen Gegenstand von wesentlichem öffentlichem Interesse handelt. Zum sachlichen Schutzbereich der Versammlungsfreiheit siehe Höfling (2021).

21 BVerfG, Urteil vom 15.1.1958 – 1 BvR 400/51 –, juris Rn. 32; BVerfG, Beschluss vom 14.5.1985 – 1 BvR 233/81 –, BVerfGE 69, 315–372, Rn. 63.

22 BVerfG, Beschluss vom 13.4.1994 – 1 BvR 23/94 –, juris Rn. 26.

23 Vgl. nur BVerfG, Urteil vom 22.2.2011 – 1 BvR 699/06 – juris, Rn. 64, 97.

gungen gerät die Grundrechtsausübung der Protestierende in Konflikt mit dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht der Schwangeren aus Art. 2 Abs. 1 i. V. m. Art. 1 Abs. 1 GG. Dieses gewährleistet eine den Augen der Öffentlichkeit und der staatlichen Kontrolle entzogene Lebenssphäre, die es dem Menschen ermöglichen soll, sich im Alleinsein oder in Beziehung zu engen Vertrauten zu entfalten (Jarass, 2022; Rixen, 2021). Der Umfang dieses Schutzes variiert, er ist umso intensiver, je näher der betroffene Lebensbereich an die Intimsphäre heranreicht.

Der Zustand einer Schwangerschaft ist der Privatsphäre der schwangeren Person zuzuordnen,²⁴ denn die Entscheidung für oder gegen Elternschaft ist wie kaum ein anderer Lebensbereich identitätsprägend. Diese Frage betrifft die Gestaltung des Sexuallebens ebenso wie die innerste Gefühls- und Gedankenwelt. Letzteres gilt insbesondere dann, wenn sich die Person in einem seelischen Konflikt über die Austragung der Schwangerschaft befindet. Die gezielte Ansprache auf diesen höchstpersönlichen Zustand durch eine fremde Person im öffentlichen Raum bedeutet ein Eindringen in diese Privatsphäre.²⁵ Ein Eingriff in das allgemeine Persönlichkeitsrecht setzt jedoch nicht zwangsläufig eine unmittelbare Ansprache voraus²⁶, sondern kann auch im Zusammenhang mit Mahnwachen vorliegen, die mit optischen und akustischen Mitteln psychischen Druck auf die Schwangeren auszuüben suchen.²⁷

(2) Zu wessen Lasten?

Das skizzierte grundrechtliche Spannungsverhältnis bedarf einer Auflösung, indem die Grundrechte zueinander ins Verhältnis gesetzt und in einen möglichst schonenden Ausgleich gebracht werden.²⁸ Die Gerichte sind in diesem Abwägungsprozess zu unterschiedlichen Ergebnissen gelangt. Während einige Urteile dem Schutz der ungewollt Schwangeren den Vorrang einräumten,²⁹

24 VG Freiburg, Beschluss vom 4.3.2022 – 4 K 314/11 –, juris Rn. 13; Graf & Vasovic (2022).

25 VG Freiburg, Beschluss vom 4.3.2022 – 4 K 314/11 –, juris Rn. 13.

26 Hessischer VGH, Beschluss vom 18.3.2022 – 2 B 375/22 –, juris Rn. 23; VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 25.8.2022 – 1 S 3575/21 –, juris Rn. 55.

27 Hessischer VGH, Beschluss vom 18.3.2022 – 2 B 375/22 –, juris Rn. 28; VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 25.8.2022 – 1 S 3575/21 –, juris Rn. 59.

28 Vgl. BVerfG, Beschluss vom 23.10.2013 – 1 BvR 1842/11 –, BVerfGE 134, 204–239, Rn. 73.

29 VG Freiburg, Beschluss vom 4.3.2022 – 4 K 314/11 –, aufrechterhalten durch VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 10.6.2011 – 1 S 915/11 – und BVerwG, Beschluss vom 22.7.2013 – 6 B 3/13 –.

gaben zuletzt die Verwaltungsgerichtshöfe Hessen und Baden-Württemberg den Abtreibungsgegner:innen Recht.³⁰ Sie kamen zu dem Ergebnis, dass für die Ratsuchenden keine unausweichliche Situation entstehe, denn sie könnten ihren Blick abwenden oder die Straßenseite wechseln.³¹ Das allgemeine Persönlichkeitsrecht vermittele keinen Schutz davor, mit einer unerwünschten Meinung konfrontiert zu werden.³²

Eine abschließende Antwort auf die Frage, inwieweit der Staat ungewollt Schwangere auf dem Weg in die Pflichtberatung zu schützen hat, ist durch diese Urteile jedoch nicht gegeben. Es handelt sich um richterliche Wertungen im Einzelfall, welche die jeweiligen örtlichen Gegebenheiten und konkreten Umstände in den Blick nehmen: Wie viele Meter liegen zwischen den Protestierenden und den Treppenstufen des Beratungsgebäudes, versperren Geäst oder parkende Autos die Sicht, fängt die Geräuschkulisse etwaige Gebete oder Sprechchöre auf? Gleichzeitig ist das Allgemeine Persönlichkeitsrecht in besonderem Maße entwicklungs offen und daher geeignet, veränderte gesellschaftliche Bedingungen und Wertvorstellungen mit Blick auf die Persönlichkeitsentfaltung zu integrieren (vgl. Dreier, 2017). Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass Gerichte in der Zukunft zu anderen Ergebnissen kommen werden. Die Ampel-Regierung hat sich zudem zum Ziel gesetzt wirksame gesetzliche Maßnahmen zum Schutz vor Gehsteigbelästigungen zu ergreifen (vgl. Bundesregierung, 2021, S. 116).

In der besonderen Situation der Schwangerschaftskonfliktberatung sprechen verschiedene Erwägungen für eine Stärkung des Schutzes von ungewollt Schwangeren. Proteste vor den Einrichtungen adressieren Ratsuchende in der Frühphase der Schwangerschaft. Die Beratung hat innerhalb der ersten zwölf Wochen stattzufinden, in denen die Schwangerschaft nach außen nicht sichtbar und das Wissen darum regelmäßig nur im engsten Näheverhältnis geteilt wird. Entsprechend geschützt ist auch das Geheimhaltungsinteresse der Schwangeren, das auch durch die Möglichkeit zur anonymen Beratung gemäß § 6 Abs. 2 SchKG abgesichert wird. In dieser besonders grundrechtssensiblen Phase macht es das Gesetz ungewollt Schwangeren zur Pflicht, eine Beratungseinrichtung aufzusuchen,

30 Hessischer VGH, Beschluss vom 18.3.2022 – 2 B 375/22 –; VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 25.8.2022 – 1 S 3575/21 –.

31 VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 25.8.2022 – 1 S 3575/21 –, juris Rn. 61.

32 Hessischer VGH, Beschluss vom 18.3.2022 – 2 B 375/22 –, juris Rn. 28.

bei der sie angesichts strafbewehrter Fristen zudem unter Zeitdruck stehen (vgl. Bredler, 2023). Dies erlaubt es ungewollt Schwangeren nicht, einen Beratungstermin nicht wahrzunehmen oder zu verschieben, um eine Versammlung vor der Einrichtung zu umgehen.

Ein Schutz der Ratsuchenden im öffentlichen Raum sichert zudem das Beratungskonzept, das nach den Maßstäben des Bundesverfassungsgerichts auch im Schutz des ungeborenen Lebens begründet liegt.³³ Gemäß § 5 Abs. 1 SchKG soll die Beratung ergebnisoffen stattfinden, ermutigen und Verständnis wecken, nicht belehren oder bevormunden. Ein unvoreingenommener Gang in die Beratung ist jedoch durch den von Protestaktionen ausgehenden psychischen Druck gefährdet. Demgegenüber bleibt die Möglichkeit zum öffentlich wirksamen Protest gegen Schwangerschaftsabbrüche auch bei einer räumlichen Verlegung bestehen. Während der Öffnungszeiten der Beratungseinrichtung können Abtreibungsgegner:innen an anderer und womöglich sogar belebterer Stelle von ihrer Versammlungsfreiheit Gebrauch machen (vgl. Fontana, 2021, S. 17).

4 Ausblick: Bewegung im Diskurs

Es herrscht Bewegung im rechtlichen, politischen und gesellschaftlichen Diskurs um den Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. Angefangen mit der Debatte um die Verfassungsmäßigkeit und die Wirkungen des nun abgeschafften § 219a StGB rücken mit den Rechtsstreitigkeiten um Protestformen radikaler Abtreibungsgegner:innen und mit der prekären Versorgungslage weitere Missstände bei der Versorgung ungewollt Schwangerer ins politische Bewusstsein. Diese Debatten und Phänomene sind eng verwoben mit der rechtlichen Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs. Kaum ein Straftatbestand war historisch betrachtet Gegenstand solch heftiger gesellschaftlicher, politischer und juristischer Kämpfe.

Im Kern all der Debatten steht die übergeordnete Frage, ob es einer kategorischen Einordnung des Schwangerschaftsabbruchs als Unrecht von Gesetzes wegen bedarf. Denn der Schwangerschaftsabbruch ist nicht nur ein Straftatbestand, er ist auch ein medizinischer Eingriff, der in Deutschland rund 100.000-mal pro Jahr vorgenommen wird und dafür sorgt, dass Frauen nicht mehr an den Folgen ungewollter Schwangerschaften ver-

33 BVerfG, Urteil vom 28.5.1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203–366, juris Rn. 190ff.

sterben. Internationale Studien weisen darauf hin, dass Strafandrohungen kaum geeignet sind, Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern, jedoch das Risiko für die Gesundheit von ungewollt Schwangeren erhöhen (vgl. Sedgh et al., 2012). Immer mehr Rechtswissenschaftler:innen (vgl. z. B. djb, 2022; Chiofalo, 2023), Vereine (vgl. pro familia, 2023) und politische Akteur:innen (vgl. Tagesschau, 2023) sprechen sich daher gegen eine Kriminalisierung aus.

150 Jahre nach der Verankerung des § 218 StGB im Strafgesetzbuch steht der Paragraph auf dem Prüfstand und mit ihm die kulturellen Erzählungen und historischen Kontinuitäten. Die Kommission wird sich daher auch der Frage nach der Legitimität der Kriminalisierung stellen und in den Blick nehmen müssen, inwiefern die derzeitige Regelung strukturelle Hürden in der medizinischen Versorgung von Menschen schafft, die schwanger werden können.

Literatur

- Baier, A. (2022). »Weil das ist halt so ein heißer Brei, den will keiner anfassen.« Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch. In M. Fröhlich, R. Schütz & K. Wolf, K. (Hrsg.), *Politiken der Reproduktion* (S. 215–228). Bielefeld: transcript.
- Behren, D. v. (2004). *Die Geschichte des § 218 StGB*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Behren, D. v. (2019). Kurze Geschichte des Paragraphen 218 Strafgesetzbuch. *APuZ*, 20.
- Bergmann, A. (2024). Die Abtreibungspraxis im Deutschen Kaiserreich. *Digitales Deutsches Frauenarchiv*. <https://www.digitales-deutsches-frauenarchiv.de/angebote/dossiers/218-und-die-frauenbewegung/die-abtreibungspraxis-im-deutschen-kaiserreich> (02.08.2024).
- Bredler, E. (2023). Schwangerschaftsabbruch und öffentlicher Raum. *Kritische Justiz*, 56(1), 34–35.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2024). Bekanntmachung über die nach § 19 Absatz 2 in Verbindung mit § 24 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes ab dem 1. Juli 2024 geltenden Beträge. Vom 6. Juni 2024. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/242070/8aa1ec4eb0a7e702e55c5ff94b392e18/bekanntmachung-schwangerschaftskonfliktgesetz-2024-data.pdf> (01.08.2024).
- Bundesärztekammer (o.J.). Liste von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen nach § 13 Abs. 3 SchKG. <https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/schwangerschaftsabbruch> (28.07.2024).
- Bundesregierung (2021). Koalitionsvertrag 2021–2025. Mehr Fortschritt wagen. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (25.11.2023).
- Bury, M. (2022). Abtreibungsgegner werden auch in Stuttgart aktiv. *Stuttgarter Nachrichten online*, 29.08.2022. <https://www.stuttgarter-nachrichten.de/inhalt.mahn>

- wache-in-der-innenstadt-abtreibungsgegner-werden-auch-in-stuttgart-aktiv.b6e
de07b-896b-4194-9e9d-d9cdead0eaca.html (27.04.2022).
- Chiofalo, V. (2022). Schriftliche Stellungnahme von Valentina Chiofalo für Doctors for Choice Germany e.V. zur Anhörung zum Werbeverbot für den Schwangerschaftsabbruch. https://www.bundestag.de/resource/blob/895692/5ce7365334433e90219ba22df698612f/Stellungnahme-Chiofalo_Dfc-data.pdf (30.04.2023).
- Chiofalo, V. (2023). Mutterschaft als Norm?. *Kritische Justiz*, 56(1), 18–28.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2024a). Schwangerschaftsabbrüche. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html (28.07.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2024b). Schwangerschaftsabbrüche. Meldestellen in der Schwangerschaftsabbruchstatistik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/aktuell-meldestellen.html> (30.04.2023).
- Deutscher Bundestag (2022). Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche gestrichen. <https://www.bundestag.de/dokumente> (29.06.2023).
- Djb – Deutscher Juristinnenbund e.V. (2022). Policy Paper: Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch. <https://www.djb.de/presse/stellungnahmen/detail/st22-26> (26.02.2024).
- Dreier, H. (2017). Art. 2 Rn. 69. In H. Dreier (Hrsg.), *Kommentar zum Grundgesetz*. 3. Aufl. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Eschelbach, R. (2023). Vor N 1 zu § 219. In B. v. Heintschel-Heinegg (Hrsg.), *BeckOK StGB*. 57. Aufl. München: Beck.
- Esslinger, L. (2021). Warum immer weniger Ärzte Abtreibungen durchführen. *Deutschlandfunk Kultur*, 29.07.2021. <https://www.deutschlandfunk.de/schwangerschaftsabbrueche-in-deutschland-warum-immer-100.html> (30.04.2023).
- Groß, A., Sachse, J., Donheiser, M., Lenz, M. & Stahl, S. (2022). Welche öffentlichen Kliniken keine Abbrüche durchführen. Correctiv. <https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/2022/03/03/keine-abtreibungen-in-vielen-oeffentlichen-kliniken/> (28.07.2024).
- Fittkau, L. (2018). »Danke Mama, dass ich leben darf«. »Lebensschützer« protestieren gegen Pro Familia. *Deutschlandfunk Kultur*, 23.04.2019. <https://www.deutschlandfunkkultur.de/lebensschuetzer-protestieren-gegen-pro-familia-danke-mama-100.html> (27.04.2023).
- Fontana, S. (2021). *Möglichkeiten gesetzlicher Neuregelungen im Konfliktfeld »Gehsteigbelästigungen«*. Rechtsgutachten im Auftrag des Gunda-Werner-Instituts. Berlin: Gunda-Werner-Institut.
- Graf, L. & Vasovic, S. (2022). Proteste von Abtreibungsgegnern vor Beratungsstellen. *NVwZ – Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht*, 22, 1679–1685.
- Höfling, W. (2021). Art. 8 Rn. 13ff. In M. Sachs (Hrsg.), *Kommentar zum Grundgesetz*. 9. Aufl. München: Beck.
- Jarass, H. (2022). Art. 2 Rn. 51. In H. Jarass & B. Pieroth (Hrsg.), *Kommentar zum Grundgesetz*. 17. Aufl. München: Beck.
- Krüger (2018). § 218a Rn. 81. In A. Grünewald, M. Lindemann & R. Rissing-van Saan (Hrsg.), *Leipziger Kommentar zum StGB*. 12. Aufl. München: Beck.

- Lembke, U. (2020). Patriarchat lernen. *Digitales Deutsches Frauenarchiv*. <https://www.digitales-deutsches-frauenarchiv.de/angebote/dossiers/30-jahre-geteilter-feminismus/patriarchat-lernen> (29.06.2023).
- Lembke, U. (2021). Schwangerschaftsabbruch in DDR und BRD. *Digitales Deutsches Frauenarchiv*. <https://www.digitales-deutsches-frauenarchiv.de/angebote/dossiers/30-jahre-geteilter-feminismus/schwangerschaftsabbruch-in-ddr-und-brd> (29.06.2023).
- Monecke, N. (2022). Hier können Frauen lange suchen. *Zeit Online*, 13.05.2022. <https://www.zeit.de/gesellschaft/2022-05/schwangerschaftsabbrueche-bayern-kliniken-verweigerung> (30.04.2023).
- Petter, J. (2019). Radikale Abtreibungsgegner belagern in Frankfurt für 40 Tage eine Beratungsstelle für Schwangere. *Spiegel online*, 25.03.2019 <https://www.spiegel.de/panorama/pro-familia-frankfurt-abtreibungsgegner-legen-beratungsstelle-40-tage-lang-lahm-a-73279788-a0e9-4088-8667-f2d794bb7ed0> (27.04.2022).
- pro familia (2023). pro familia Positionierung und Forderungen zur menschenrechtsbasierten Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs – Für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/verband/Neuregelung_SchwA_BV_07.05.2023.pdf (28.07.2024).
- Rath, C. (2022). Protestbann vor Pro Familia gekippt. *taz online*, 31.08.2022. <https://taz.de/Mahnwache-gegen-Abtreibungen/!5875090/> (27.04.2023).
- Ríos Falcón, B., Garbsch, Donheiser, M., Lenz, M., Anwar, M., Siber, P. & Stahl, S. (2022). Der Weg zum Schwangerschaftsabbruch. »Plötzlich gehört dir dein Körper nicht mehr«. <https://correctiv.org/top-stories/2022/03/03/hindernisse-bei-abtreibung-gen-in-deutschland-schwangerschaftsabbruch/> (30.04.2023).
- Rixen, S. (2021). Art. 2 Rn. 69. In M. Sachs (Hrsg.), *Kommentar zum Grundgesetz*. 9. Aufl. München: Beck.
- Sedgh, G., Singh, S., Shah, I.H., Ahmann, E., Henshaw, S.K. & Bankole, A. (2012). Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379(9816), 625–632.
- SOFI – Sozialistische Fraueninitiative (1990). Positionspapier zur Vereinigung der beiden deutschen Staaten. *Feministische Studien*, 8(1), 143–146.
- Sorhaindo, A.M. & Lavelanet, A.F. (2022). Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. *Social Science & Medicine*, 311, 1–15.
- Starck, N. (2018). Art. 4 Rn. 74. In H.v. Mangoldt, F. Klein & C. Starck (Hrsg.), *Grundgesetz Kommentar*. 7. Aufl. München: Beck.
- Suliak, H. (2023). Brandbrief zum Schutz des ungeborenen Lebens, LTO. 06.09.2023. <https://www.lto.de/recht/hintergruende/h/abtreibung-schwangerschaftsabbruch-218-cducusu-brief-kommission-selbstbestimmung/> (25.11.2023).
- Tagesschau (2023). Paus will Straffreiheit bei Abtreibungen. 05.01.2023. <https://www.tagesschau.de/inland/abtreibungsverbot-schwangerschaftsabbrueche-paus-101.html> (25.11.2023).
- UNFPA – United Nations Population Fund (2022). Weltbevölkerungsbericht. Deutsche Kurzfassung. <https://www.dsw.org/publication/weltbevoelkerungsbericht-2022/> (28.07.2024).
- Weißer, B. & Eser, A. (2019). § 218a Rn. 15. In A. Schönke & H. Schröder (Hrsg.), *Strafgesetzbuch Kommentar*. 30. Aufl. München: Beck.

Wendt, J. (2021). Art. 5 Rn. 20ff. In I. v. Münch & P. König (Hrsg.), *Kommentar zum Grundgesetz*. 7. Aufl. München: Beck.

Wörner, L. (2021). § 218a Rn. 4. In V. Erb & J. Schäfer, J. (Hrsg.), *Münchener Kommentar zum StGB Band 4*. 4. Aufl. München: Beck.

Biografische Notizen

Valentina Chiofalo ist Juristin und Doktorandin an der Freien Universität Berlin. Außerdem ist sie Vorsitzende der Kommission »Europa- und Völkerrecht« des Deutschen Juristinnenbunds e.V. Ihre Schwerpunktthemen umfassen unter anderem reproduktiven Rechte. Publiziert hat sie beispielsweise beim Verfassungsblog, wobei sich die Beiträge im Schwerpunkt mit dem Schwangerschaftsabbruch befassen. Zusätzlich war sie als Sachverständige im Rechtsausschuss zur Streichung des § 219a StGB geladen.

Paulien Schmid ist Rechtsanwältin im Öffentlichen Recht mit Schwerpunkt Verwaltungs-, Verfassungs- und öffentliches Wirtschaftsrecht in Berlin. Sie ist Gründungsmitglied des Legal Teams von Doctors for Choice.

Der Schwangerschaftsabbruch aus international-rechtlicher Perspektive

Bettina Weißer

Eine international-rechtliche Perspektive auf Regulierungen zum Schwangerschaftsabbruch kann eine vertikale oder horizontale Blickrichtung einnehmen: Man kann einerseits – vertikal betrachtet – nach Entwicklungen im übergeordneten völkerrechtlichen Menschenrechtsdiskurs fragen (sogleich Kap. 1). Andererseits kann man in horizontaler Perspektive verschiedene nationale Rechtsordnungen vergleichend in den Blick nehmen (unter Kap. 2). Aus der Vielzahl unterschiedlicher nationaler Regelungsmodelle werden hier zwei herausgegriffen und näher betrachtet: Frankreich und Neuseeland haben das Recht zum Schwangerschaftsabbruch einschließlich der Vorschriften zur Beratung schwangerer Frauen in unterschiedlicher Weise neu gefasst und dabei liberalisiert (Kap. 3). Die beiden Regelungsmodelle stehen stellvertretend für einerseits eine Teil-Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs (in Frankreich) und andererseits die vollständige Entkriminalisierung selbstbestimmter Abbrüche (in Neuseeland). Deutschland steht am Scheideweg einer möglichen Neuregelung. Die vorgestellten Regelungsmodelle können als mögliche Vorbilder für eine wünschenswerte Gestaltung der Rechtslage dienen (Kap. 4).

1 Zur Anerkennung reproduktiver Rechte im internationalen Menschenrechtsdiskurs

Die völkerrechtliche Ebene ist der deutschen Rechtsordnung deutlich voraus, wenn es um die Anerkennung reproduktiver Rechte geht: Im Kern geht es darum, dass Entscheidungen über die eigene Fortpflanzung höchstpersönlich sind – sie betreffen nicht nur die körperliche Integrität, sondern den Menschen insgesamt, sein Verständnis der eigenen Identität und letzt-

lich auch seine individuelle Lebensplanung.¹ Mit dieser Anerkennung der Höchstpersönlichkeit von Reproduktionsentscheidungen verträgt sich eine unterschiedslose Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs nicht. Diese Erkenntnis setzt sich im internationalen Menschenrechtsdiskurs mehr und mehr durch – und sie kommt auf verschiedenen völkerrechtlichen Ebenen und in unterschiedlichen Rechtsinstrumenten zum Ausdruck.

1.1 Vereinte Nationen: Frauenrechtskonvention und Staatenberichtsverfahren sowie Guidelines der Weltgesundheitsorganisation

Zu verweisen ist insoweit zunächst auf die UN-Frauenrechtskonvention aus dem Jahr 1979², die Deutschland im Jahr 1985 ratifiziert hat.³ Damit hat sich Deutschland zugleich dem an die Konvention anknüpfenden sogenannten Staatenberichtsverfahren unterworfen. In diesem Verfahren beurteilen Vertragsausschüsse die Fortschritte der Konventionsstaaten bei der Umsetzung der Konventionsvorgaben auf nationaler Ebene. Deutschland erteilt im Rahmen der jeweiligen Berichtsperioden umfassende Auskunft über die nationale Umsetzungslage hinsichtlich der von der Konvention berührten gesellschaftlichen und rechtlichen Bereiche. Das letzte Berichtsverfahren wurde im Jahr 2023 mit zusammenfassenden Empfehlungen des Vertragsausschusses für Deutschland abgeschlossen. Sie enthielten unter anderem mit Blick auf die Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland die folgende Empfehlung:

»46. (d) Ensure that women have access to a safe abortion in compliance with the guidelines on abortion care of the World Health Organization,

-
- 1 Vgl. exemplarisch die Abschlusserklärung der G7-Staats- und Regierungschefs nach ihrem Gipfel in Hiroshima am 20.05.2023, Nr. 43: »We reaffirm our full commitment to achieving comprehensive SRHR [sexual and reproductive health and rights] for all, including by addressing access to safe and legal abortion and post abortion care« (The White House, 2023).
 - 2 Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW) – sie wurde 1979 geschlossen und ist seit dem Jahr 1981 in Kraft (vgl. United Nations, 1979).
 - 3 BGBl. 1985 II, 647.

which recommends the full decriminalization of abortion, and without subjecting them to mandatory counselling and a three-day waiting period, and that safe and legal abortion services are reimbursed by health insurance [...]».⁴

Die Empfehlung nimmt ausdrücklich die Abortion Care Guidelines der Weltgesundheitsorganisation vom 9.3.2002 in Bezug. Diese wiederum formulieren den Anspruch, dass weltweit der Zugang zu legalen und damit auch sicheren Schwangerschaftsabbrüchen sichergestellt werden müsse. Die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und seine Einordnung als Gesundheitsleistung ist eine Kernforderung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2022, Recommendation 1).⁵ Die Weltgesundheitsorganisation ist ebenso wie die Frauenrechtskonvention unter dem Dach der Vereinten Nationen angesiedelt. Beide Instrumente repräsentieren damit im Kontext der Vereinten Nationen gewonnene Rechtsüberzeugungen, die auch in den Mitgliedstaaten Geltung beanspruchen sollten.

1.2 Europarat und Justizpraxis des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte

Auch im Kontext des Europarats ordnet die Justizpraxis des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte die Entscheidung des Einzelnen für oder gegen die Gründung einer Familie dem Kernbereich der durch Art. 8 EMRK gewährleisteten Privatsphäre zu.⁶ Hinsichtlich der Regulierung

4 Concluding Observations on the ninth periodic report on Germany (31.05.2023), CEDAW/C/DEU/CO/9, S. 14 Recommendation 46 (d). Des Weiteren wird eine ausdrückliche Strafdrohung für »obstetric violence« (die Ausübung von Gewalt gegen Frauen im Rahmen der Entbindung) gefordert, 46 (e). Dieselbe Empfehlung war bereits sechs Jahre zuvor in der letzten Berichtsrunde an Deutschland herangetragen worden, vgl. Committee on the Elimination of Discrimination against women, Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Germany v. 9.3.2017, CEDAW/C/DEU/CO/7-8, Recommendation 38.

5 »Seeking, having, assisting with, or providing abortion to which the pregnant person has provided free and informed consent should never be criminalized« (ebd., S. 25).

6 Vgl. hierzu etwa die Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte in Ur. v. 14.12.2023 (Application no. 40119/21) M.L./Polen, §§ 153–154; Ur. v. 16.12.2010 (Application no. 25579/05) A, B and C v. Ireland, §§ 213–214; Bericht v. 12.7.1977 (Application no. 6959/75) Brüggemann and Scheuten v. Federal Republic of Germany, S. 102 f.

des Schwangerschaftsabbruchs allerdings wird den Konventionsstaaten angesichts insoweit deutlich divergierender nationaler Regelungslagen ein weiter Ermessensspielraum (sog. »margin of appreciation«) eingeräumt.⁷ Klare Anforderungen zur Ausgestaltung nationaler Regelungslagen zum Schwangerschaftsabbruch in den Konventionsstaaten lassen sich deshalb aus der Justizpraxis des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte nicht ableiten.

Aus dem Jahr 2017 stammt allerdings ein Positionspapier des Menschenrechtskommissars des Europarats, in dem zum Schutz reproduktiver Rechte gefordert wird, den Abbruch einer Schwangerschaft jedenfalls in deren Frühstadium zu legalisieren (Council of Europe Commissioner for Human Rights, 2017). Ferner sollten prozedurale Zugangshürden zu legalen Abbrüchen abgebaut werden. Das gelte insbesondere für Beratungs- und Wartepflichten, die abgeschafft werden sollten. In der Sache sollte eine Beratung zudem ergebnisoffen erfolgen, sie dürfe nicht »biased or directive« sein (vgl. ebd., Recommendation V).

1.3 Europäische Union

Auch das Europäische Parlament formulierte in Entschlüssen vom 24.6.2021⁸ und vom 9.6.2022⁹ die Forderung an die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, auf nationaler Ebene den Zugang zu legalen Abbrüchen im Frühstadium der Schwangerschaft zu eröffnen.¹⁰ In Reaktion auf eine Entscheidung des polnischen Verfassungsgerichts¹¹, die die damals

7 Vgl. EGMR Urte. v. 16.12.2010 (Application no. 25579/05) A, B and C v. Ireland, §§ 233, 237.

8 European Parliament, P9_TA (2021) 0314 v. 24.6.2021, Sexual and reproductive rights in the EU, in the frame of women's health.

9 European Parliament, P9_TA (2022) 0243 v. 9.6.2022, Global threats to abortion rights: the possible overturn of abortion rights in the US by the Supreme Court. Die Entschlüsselung erfolgte im Vorfeld der damals erwarteten Entscheidung des US Supreme Court (No. 19–1392, Urte. v. 24.6.2022, Thomas E. Dobbs, State Health Officer of the Mississippi Department of Health et al. v. Jackson Women's Health Organization et al.) zur (abgelehnten) Verfassungsgarantie des Zugangs zu legalen Schwangerschaftsabbrüchen.

10 European Parliament, P9_TA (2021) 0314 v. 24.6.2021, Sexual and reproductive rights in the EU, in the frame of women's health, (34); sowie European Parliament, P9_TA (2022) 0243 v. 9.6.2022, (29), (39).

11 Urteil v. 22.10.2020 (Referenz Nr. K 1/20).

geltende gesetzliche Regelung einer embryopathischen Indikation zum Abbruch einer Schwangerschaft als verfassungswidrig einordnete, erfolgte am 7.7.2022 eine weitere EntschlieÙung des Europäischen Parlaments: In einem neu zu formulierenden Art. 7a der Charta Europäischer Grundrechte solle der Zugang zu legalen und sicheren Abbrüchen garantiert werden.¹²

1.4 Völkerrechtlicher Zwischenbefund

Diese Schlaglichter zeigen eine klare Tendenz der völkerrechtlichen Ebene zu einer Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs mindestens in der Frühphase. Harte Verpflichtungen resultieren daraus für Deutschland nicht – es handelt sich um sogenanntes *soft law*, dessen Umsetzung der souveränen Entscheidung des nationalen Gesetzgebers vorbehalten ist. Und doch: Welcher Staat lässt es sich gerne – im Zusammenhang mit der UN-Frauenrechtskonvention gar gleich mehrfach – vorhalten, Menschenrechtsgewährleistungen im nationalen Recht unzureichend zu realisieren?

2 Aktuelle Entwicklungen nationaler Rechtsordnungen

Die Entwicklung des völkerrechtlichen Menschenrechtsdiskurses spiegelt sich in einem Trend zur (Teil-)Entkriminalisierung des Rechts zum Schwangerschaftsabbruch in sehr zahlreichen Rechtsordnungen. Das Center for Reproductive Rights (o.J.)¹³ weist in einer Erhebung aus dem Herbst 2023 (vgl. ebd., 2023) aus, dass in den letzten 30 Jahren mehr als 60 Rechtsordnungen reproduktive Rechte gestärkt und Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch liberalisiert haben. Dem steht nach Angaben des Center for Reproductive Rights eine Minderheit von vier Rechtsordnungen¹⁴ gegenüber, die im selben Zeitraum zuvor gewährte reproduktive Freiheiten teilweise wieder zurückgenommen haben.

Viel Aufsehen hat insoweit die Entscheidung des US Supreme Court in

12 EntschlieÙung des Europäischen Parlaments v. 7.7.2022, P9_TA (2022) 0302.

13 Eine internationale Menschenrechtsorganisation, die internationale Entwicklungen im Bereich der Garantie reproduktiver Rechte beobachtet, begleitet und dokumentiert.

14 genannt werden El Salvador, Nicaragua, Polen und die USA.

der Rechtssache *Dobbs*¹⁵ im Juni 2022 erregt. Der Supreme Court hat die vormals seit einer Entscheidung aus dem Jahr 1973¹⁶ etablierte Anerkennung eines verfassungsrechtlich verankerten Grundrechts auf Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch verworfen. Seitdem steht es den US-amerikanischen Bundesstaaten frei, den Abbruch einer Schwangerschaft (auch bei Strafe) zu verbieten. Zu beobachten ist insoweit ein Auseinanderdriften der Rechtslagen in den US-amerikanischen Bundesstaaten¹⁷: Während einige Bundesstaaten den Abbruch einer Schwangerschaft unter Strafe gestellt oder den Zugang zu legalen Abbrüchen in sonstiger Weise beschränkt haben,¹⁸ haben andere reproduktive Freiheiten weiter abgesichert und hierzu rechtliche Regulierungen eingeführt.¹⁹

In der Gesamtschau gibt es aber keinen Zweifel an dem Befund eines internationalen Trends hin zu einer Liberalisierung und (Teil-)Entkriminalisierung des Rechts zum Schwangerschaftsabbruch.²⁰ Sie ist getragen von der Erkenntnis, dass das Austragen einer Schwangerschaft, die Geburt eines Kindes und die Erfüllung der Sorgepflichten für das geborene Kind so tiefgreifende Änderungen für die Lebensplanung einer Frau und auch für ihre persönliche Identität mit sich bringen, dass es – zumindest für einen be-

15 US Supreme Court (No. 19–1392, Urt. v. 24.6.2022, Thomas E. Dobbs, State Health Officer of the Mississippi Department of Health et al. v. Jackson Women's Health Organization et al.).

16 US Supreme Court, *Roe v. Wade*, 410 U.S. 113 (1973); vgl. ferner US Supreme Court, *Planned Parenthood of Southeastern Pa. v. Casey*, 505 U.S. 833 (1992).

17 Die Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs erfolgt auf der Ebene der Bundesstaaten, jeder Bundesstaat hat (auch) eine eigene Strafrechtsordnung.

18 Restriktionen in unterschiedlicher Schärfe wurden nach der Entscheidung *Dobbs* eingeführt in Alabama, Arizona, Arkansas, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Kentucky, Louisiana, Mississippi, Missouri, Nebraska, North Carolina, North Dakota, Oklahoma, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah und West Virginia.

19 Liberalisierungen in unterschiedlicher Ausprägung wurden nach der Entscheidung *Dobbs* eingeführt in Colorado, Connecticut, Delaware, Hawaii, Illinois, Kalifornien, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Nevada, New Jersey, New Mexico, New York, Oregon, Pennsylvania, Rhode Island, Vermont, Washington, Washington D.C.

20 Zu den Rechtsordnungen, die in jüngerer Zeit Liberalisierungen des Rechts zum Schwangerschaftsabbruch vorgenommen haben, zählen aus dem europäischen Rechtsraum etwa Belgien, Finnland, Frankreich, Irland, Island, Luxemburg, Malta, die Niederlande, Nordirland, Spanien, das Vereinigte Königreich; über Europa hinaus sind zu nennen Argentinien, Australien, Indien, Neuseeland und einige US-Bundesstaaten (siehe Fn. 19). Schon vor langer Zeit sind Liberalisierungen in Kanada und Südafrika vorgenommen worden.

stimmten Zeitraum – allein ihr obliegen sollte, zu entscheiden, ob sie das möchte.²¹ Der Zugang zu legalen Abbrüchen wird auch als Notwendigkeit des Gesundheitsschutzes gesehen²²; Ein kriminalstrafrechtlich abgesichertes Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen lässt verzweifelte Frauen zu illegalen Angeboten greifen, die abseits des staatlichen Gesundheitssystems mit erheblichen Risiken für die Gesundheit²³ verbunden sind.

3 Rechtsentwicklungen in Frankreich und Neuseeland

Liberalisierungen des Rechts zum Schwangerschaftsabbruch können in graduell unterschiedlicher Weise vorgenommen werden. Im europäischen Rechtsraum findet sich typischerweise der Ansatz einer Teilentkriminalisierung: Der Abbruch einer Schwangerschaft auf Verlangen der Schwangeren wird dabei für die – zeitlich unterschiedlich bemessene – erste Phase der Schwangerschaft

21 Für Südkorea: Constitutional Court South Korea, April 11, 2019, Case No. 2017-Hun-Ba127 (17); für Spanien: TC, Recurso de inconstitucionalidad no. 4523-2010, S. 40; in aml. Übersetzung, S. 11: »No aspect of a woman's life is unaffected by pregnancy and childbirth«; für Kanada: R. v. Morgentaler (1988) 1 S.C.R. 30 (36 f.); für Kolumbien: Corte Constitucional, Sentencia C-055-22, VI. 11.1., Rn. 373 f.: Gewissensfreiheit nach Art. 18 der Verfassung.

22 Für Kolumbien: Corte Constitucional, Sentencia C-055-22, VI. 6.3.2., Rn. 230 zu den Verfassungsgarantien in Art. 16 (freie Entfaltung der Persönlichkeit), Art. 42 (Familie), Art. 49 (Gesundheit); für Spanien: Art. 2 Ley Orgánica 2/2010: Sexuelle Gesundheit beschreibt einen Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in einem Umfeld frei von Zwang, Diskriminierung und Gewalt. Sexuelle Gesundheit bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen in allen Angelegenheiten, sondern auch die Sexualität einer Person in einem umfassenden Sinne; das spanische Verfassungsgericht sieht den Zweck des Gesetzes explizit auch im Schutz von Gesundheit und Leben vor illegalen Schwangerschaftsabbrüchen unter schlechten hygienischen Umständen: TC, Recurso de inconstitucionalidad no. 4523-2010, S. 45; S. 16 in aml. Übersetzung; in Südafrika garantiert Sec. 12(2) der Verfassung das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung als Teil des Rechts auf körperliche Unversehrtheit.

23 Diese Gefahren treffen besonders Frauen aus benachteiligten sozioökonomischen Gruppen, die aus finanziellen Gründen Angebote in prekären hygienischen Umständen wahrnehmen müssen; vgl. hierzu etwa die Entscheidung des kolumbianischen Verfassungsgerichts aus dem Jahr 2023, Corte Constitucional, Sentencia C-055-22, VI. 10.1., Rn. 337; oder entsprechende Wertungen des südafrikanischen Gesetzgebers bei Grundlegung eines Rechts auf Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in der südafrikanischen Verfassung schon im Jahr 1996; hierzu Rao (2016), Rn. 10ff.

entkriminalisiert, für spätere Phasen wird er an das Vorliegen von Indikationslagen geknüpft. Werden Abbrüche jenseits der rechtlichen Vorgaben durchgeführt, so sind sie in bestimmtem Umfang mit Strafe bedroht.

Dem steht das Modell einer vollständigen Entkriminalisierung selbstbestimmter Abbrüche gegenüber. In diesem Regelungsmodell wird das Instrument des Strafrechts jedenfalls dann (gar) nicht hinsichtlich des Abbruchs einer Schwangerschaft zum Einsatz gebracht, wenn dieser Abbruch auf einer autonomen Entscheidung der schwangeren Frau beruhte.

Im Folgenden werden die Rechtsentwicklungen in Frankreich und Neuseeland einer genaueren vergleichenden Betrachtung unterzogen: Beide Rechtsordnungen haben jüngst Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch reformiert und dabei liberalisiert. Sie stehen stellvertretend für die beiden geschilderten Ansätze: Während Frankreich den Weg einer Teilentkriminalisierung gewählt hat, ist Neuseeland mit dem Abortion Legislation Act (2020) einen Schritt weiter gegangen und hat selbstbestimmte Abbrüche vollständig entkriminalisiert. In beiden Rechtsordnungen sind hierbei auch Regelungen zur Beratung schwangerer Frauen neu gefasst worden.

3.1 Frankreich

Die aktuelle französische Rechtslage ist das Ergebnis verschiedener Entwicklungsstadien (siehe Kap. 3.1.1), die aktuell geltende Rechtslage (siehe Kap. 3.1.2) ist zuletzt im März 2024 vom Parlament gestaltet worden.

3.1.1 Zur Rechtsentwicklung in Frankreich

In Frankreich war der Abbruch einer Schwangerschaft ursprünglich als Straftat gemäß Art. 223-11 Code pénal (alte Fassung) mit Strafe bedroht. Im Jahr 1975 erfolgte eine erste Durchbrechung dieses strafrechtlichen Verbotstatbestands: Der Abbruch einer Schwangerschaft auf Verlangen der Frau wurde im ersten Schwangerschaftstrimenon erlaubt (sog. Loi Veil²⁴). Das strafrechtliche Verbot des Abbruchs in Art. 223-11 Code pénal (alte Fassung) wurde bis in das Jahr 2018 aufrechterhalten. In einer neuerli-

²⁴ Benannt nach *Simone Veil*, der damaligen französischen Gesundheitsministerin (und späteren Präsidentin des Europäischen Parlaments), die sich stets in besonderer Weise für die Rechte von Frauen eingesetzt hatte.

chen Reform wurde die Strafdrohung für einen Schwangerschaftsabbruch im Kernstrafrecht dann aufgehoben und die Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs insgesamt in den Code de la santé publique verschoben. Das zeigt deutlich, dass der Schwangerschaftsabbruch seitdem kategorial anders eingeordnet wird. Was früher prinzipiell als Straftat galt, bildet heute eine Leistung der medizinischen Gesundheitsvorsorge. Eine weitere Änderung erfolgte im März 2022: Die Frist für einen Abbruch auf Verlangen der Schwangeren wurde von zwölf auf 14 Wochen verlängert, außerdem wurde die Beratungs- und Wartepflicht abgeschafft (vgl. Légifrance, 2022).

Zudem stieß Präsident Macron am 8. März 2023 (dem Weltfrauentag) in einer öffentlichen Veranstaltung an, eine Garantie selbstbestimmter Abbrüche in der Verfassung niederzulegen (vgl. Élysée, 2023). Am 4. März 2024 wurde die vorgelegte Verfassungsänderung mit der notwendigen Drei-Fünftel-Mehrheit im französischen Parlament angenommen, am 8. März 2024 (wiederum: Weltfrauentag) wurde sie wirksam. Art. 36 der französischen Verfassung²⁵ hält jetzt fest, dass die Voraussetzungen für die Ausübung der garantierten Freiheit zur Wahl eines Schwangerschaftsabbruchs einfachgesetzlich geregelt werden.²⁶

3.1.2 Zur aktuellen Rechtslage in Frankreich

Mit der Verlagerung des Rechts zum Schwangerschaftsabbruch in den Code de la santé publique ist keine vollständige Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs erfolgt, sondern Strafnormen finden sich auch heute im spezialgesetzlich geregelten gesundheitsrechtlichen Kontext. Die einfachgesetzliche Rechtslage lässt sich wie folgt skizzieren:

Voraussetzungen für die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs

In den ersten 14 Schwangerschaftswochen obliegt die Entscheidung über die Fortsetzung einer Schwangerschaft in Frankreich ausschließlich der

25 In Art. 36 der französischen Verfassung wurde die folgende Passage eingefügt: »La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse«.

26 Dass die Verfassung damit die Garantie dieser reproduktiven Freiheit ausdrücklich in Bezug nimmt, wurde bei der parlamentarischen Abstimmung von 780 Abgeordneten befürwortet, 72 stimmten dagegen und 50 Abgeordnete enthielten sich.

Schwangeren (Art. L2212-1 Code de la santé publique). Ohne dass weitere Voraussetzungen erfüllt werden müssten, wird ein Abbruch auf ihr Verlangen hin durchgeführt.

Art. L2212-3 Code de la santé publique regelt insoweit zunächst die durch den Arzt oder die Ärztin vorzunehmende Aufklärung zu medizinischen Aspekten – Methoden, Risiken und Nebenwirkungen des Abbruchs einer Schwangerschaft. Außerdem bestimmt Art. L2212-4 Code de la santé publique, dass volljährigen Frauen systematisch das Angebot einer qualifizierten begleitenden Beratung zu unterbreiten ist. Als sachverständige Personen zur Vornahme solcher Beratungen nennt Art. L2212-4 Code de la santé publique Personen, die eine Qualifikation im Bereich der Eheberatung aufweisen oder die in einer Einrichtung für Familienberatung bzw. -planung, einem Sozialdienst oder einer anderen anerkannten Beratungsstelle tätig sind. Die Einzelheiten und Voraussetzungen einer Anerkennung als Beratungsstelle sind in Art. R2212-1ff. Code de la santé publique detailliert geregelt. Diese qualifizierte Beratung muss aber nur angeboten werden, verpflichtend ist sie nicht. Anders ist das für minderjährige oder aus sonstigen Gründen nicht allein entscheidungsfähige Schwangere. Für sie ist nach Art. L2212-4 Code de la santé publique die Inanspruchnahme einer Beratung – inklusive einer entsprechenden Bescheinigung – verpflichtend.

Nach Ablauf der Frist für einen Abbruch auf Verlangen der Frau ist ein Abbruch (nur) bei Vorliegen einer medizinischen oder einer embryo- bzw. fetopathischen Indikation und entsprechendem Wunsch der Schwangeren möglich. Die Voraussetzungen sind in Art. L2213-1 (1) Code de la santé publique²⁷ geregelt. Der Abbruch aus medizinischen Gründen – so der Oberbegriff – ist ohne Fristerfordernis erstens möglich, wenn die Schwangerschaft und/oder Geburt die Gesundheit der Frau ernsthaft gefährdet. Zweitens ist ein Abbruch aus medizinischen Gründen möglich, wenn das Ungeborene an einer besonders schweren Krankheit leidet, die zum Zeitpunkt der Diagnose unheilbar ist. Die Voraussetzungen dieser beiden Indikationslagen werden jeweils durch ein interdisziplinäres Team festgestellt, dem mindestens zwei Ärzt:innen angehören.

27 »L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à tout moment, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.«

ren – Art. L2213-1 Code de la santé publique gibt die fachliche Zusammensetzung des Teams abhängig von der zu beurteilenden Indikationslage vor. Die Schwangere oder das Paar (so die Formulierung in Art. L2213-1 Code de la santé publique) werden in die Beratungen des (vierköpfigen) Teams auf ihren Wunsch mit einbezogen. Art. 2213-1 Code de la santé publique sieht weiterhin vor, dass der Schwangeren nach der Feststellung der Indikationslage – außer bei medizinischen Notfällen – eine Bedenkzeit von einer Woche vor Vornahme des Abbruchs angeboten wird.

Strafdrohungen

Spezialgesetzliche Strafdrohungen finden sich im Code de la santé publique in Art. L2222-2. Die Vorschrift kriminalisiert den (auch versuchten) Abbruch einer fremden Schwangerschaft jenseits der für einen Abbruch auf Verlangen der Frau vorgesehenen Frist (außer in Fällen der medizinischen Indikation). Die Strafnorm ist bereits tatbestandlich nicht anwendbar für die Schwangere selbst (es geht ausdrücklich um den Abbruch einer *fremden* Schwangerschaft). Art. L2222-4 (3) Code de la santé publique normiert ergänzend ausdrücklich, dass die Schwangere selbst auch nicht als Teilnehmerin einer Förderungshandlung hinsichtlich eines unrechtmäßigen Abbruchs eingeordnet werden darf.

Art. L2222-3 Code de la santé publique kriminalisiert weiterhin die Vornahme eines Abbruchs nach pränataler Diagnose unter Missachtung der im Einzelnen bestimmten Verfahrensvorgaben.

Schließlich verweist Art. L2222-1 Code de la santé publique auf die nach wie vor bestehende Strafnorm des Art. 223-10 Code pénal:²⁸ Im Kernstrafrecht kriminalisiert ist die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs ohne zugrunde liegendes Einverständnis der Schwangeren.

Weigerungsrecht medizinischen Personals

Ausdrücklich geregelt ist im Code de la santé publique auch, dass medizinisches Personal das Recht hat, die Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen zu verweigern (Art. L2212-8 Code de la santé publique). Für Ärzt:innen besteht dieses Recht aber nur bei nicht medizinisch indizierten Abbrüchen. Es

28 Art. 223-10 Code pénal: »L'interruption de la grossesse sans le consentement de l'intéressée est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende.«

handelt sich prinzipiell um ein individuelles Weigerungsrecht, eine pauschale Verweigerung von Abbrüchen durch Krankenhausträger oder Ähnliches ist nicht vorgesehen. Das individuelle Weigerungsrecht bei Ärzt:innen in medizinischen Einrichtungen unter privater Trägerschaft besteht nur dann, wenn eine hinreichende medizinische Versorgung von Frauen in Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft sichergestellt ist. Ferner muss bei Inanspruchnahme des Weigerungsrechts unverzüglich eine entsprechende Mitteilung gegenüber der Schwangeren erfolgen, und sie muss an eine Einrichtung oder Person verwiesen werden, die die Vornahme des Abbruchs sicherstellen.

3.1.3 Zwischenbefund Frankreich

Das französische Recht zum Schwangerschaftsabbruch zeichnet sich durch drei Faktoren aus: Erstens bildet die in die Verfassung eingefügte Bezugnahme auf ein Recht zum Abbruch nach einfachgesetzlichen Regelungen ein Signal für die Anerkennung reproduktiver Rechte speziell von Frauen. Zweitens kombiniert die französische Regelung das Recht auf Zugang zu legalen Schwangerschaftsabbrüchen auf Verlangen der Frau in den ersten 14 Schwangerschaftswochen mit Restriktionen für den Zeitraum danach. Hier ist ein Abbruch nur bei einer durch Dritte festzustellende Indikationslage möglich. Drittens schließlich finden sich Strafvorschriften, die sich auf die Verletzung rechtlicher Vorgaben zum Abbruch einer Schwangerschaft beziehen. Insoweit ist zu betonen, dass die Schwangere selbst ausdrücklich aus dem persönlichen Anwendungsbereich der Normen ausgeklammert wird – ihre Entscheidung für einen Abbruch wird also auch dann nicht kriminalisiert, wenn die rechtlichen Voraussetzungen des Code de la santé publique nicht eingehalten wurden. Die strafrechtliche Haftung ist insoweit auf das den Abbruch durchführende (medizinische) Personal begrenzt. Unter Strafe gestellt ist ferner die Vornahme eines Abbruchs ohne das Einverständnis der Frau. Auch insoweit ist neben dem Schutz ihrer körperlichen Integrität auch derjenige ihrer freien Reproduktionsentscheidung Gegenstand der Strafdrohung.

3.2 Neuseeland

In Neuseeland wurde erst im Jahr 2020 mit dem Abortion Legislation Act eine grundlegende Änderung der Rechtslage vorgenommen. Die seitdem

geltende Rechtslage kommt vollständig ohne ein strafrechtliches Verbot selbstbestimmter Abbrüche aus.

3.2.1 Zur Rechtsentwicklung in Neuseeland

In Neuseeland war der Abbruch einer Schwangerschaft ursprünglich in sec. 187 des Crimes Act (1961) mit Strafe bedroht. Sec. 183 Crimes Act (1961) regelte als Ausnahmen von diesem generellen Verbot Konstellationen der medizinischen oder embryopathischen Indikation sowie bei geistiger Beeinträchtigung der Schwangeren oder bei Beruhen der Schwangerschaft auf Inzest. Jenseits der 20. Schwangerschaftswoche war ein Abbruch nur zur Abwendung eines Gesundheits- oder Lebensnotstands der Schwangeren möglich (vgl. Laing, 2020, S. 158).

Diese Rechtslage wurde als unbefriedigend empfunden: Es sei nicht überzeugend, den Abbruch einer Schwangerschaft einerseits im Rahmen des staatlichen Gesundheitssystems als zu erbringende Leistung vorzusehen, ihn aber gleichzeitig unter einem kriminalstrafrechtlichen Regelungsregime zu betrachten (vgl. etwa New Zealand Abortion Supervisory Committee, 2020). Abgesehen davon wurde es als unangemessen betrachtet, dass die meisten Abbrüche durch eine »mental health«-Indikation der Schwangeren begründet wurden (vgl. ebd., S. 9).²⁹ Die damit verbundene Konnotation mentaler Schwäche abbrechender Frauen wurde als diskreditierend empfunden (vgl. ebd., S. 4ff., insb. S. 7 u. 9; ferner Laing, 2020, S. 161f.). Schließlich sah man es als nicht überzeugend an, dass zwei Mediziner:innen das Vorliegen der rechtlichen Voraussetzungen für einen Abbruch zu beurteilen hatten, während der Schwangeren selbst insoweit kein selbstständiges Entscheidungsrecht eingeräumt wurde.

Aus diesen Gründen wurde diese Rechtslage im Jahr 2020 durch den Abortion Legislation Act abgelöst.

3.2.2 Zur aktuellen Rechtslage in Neuseeland

Mit dem Inkrafttreten des Abortion Legislation Act 2020 wurde das strafrechtliche Regelungsregime abgeschafft und der Abbruch einer Schwangerschaft konsequent als Leistung der medizinischen Daseinsvorsorge einge-

29 Im Jahr 2000 stützten sich 98,2% aller durchgeführten Abbrüche auf eine »mental health«-Indikation – das sei »misleading«.

ordnet. Erklärtes Regelungsziel des Abortion Legislation Act 2020 ist auch die Sicherstellung des Zugangs zu sicheren Abbrüchen (vgl. Laing, 2020, S. 158; Lawley, 2022, S. 91; Snelling, 2022, S. 241).

Voraussetzungen für die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs

Sec. 10 des Abortion Legislation Act 2020 erlaubt den Abbruch einer Schwangerschaft auf Verlangen der Frau bis zur 20. Schwangerschaftswoche.³⁰ Neben der selbstbestimmten Entscheidung der Schwangeren für einen Abbruch sind keine weiteren rechtlichen Voraussetzungen für die Zulässigkeit eines Abbruchs definiert. Medizinischem Personal obliegt die Verpflichtung, Schwangere über das Angebot einer Beratung zu informieren, es ist allerdings ausdrücklich untersagt, die vorherige Inanspruchnahme einer solchen Beratung als Voraussetzung für die Vornahme eines Abbruchs zu verlangen (sec. 12 Abortion Legislation Act³¹).

Jenseits der 20. Schwangerschaftswoche ist ein Abbruch nur möglich, wenn er »clinically appropriate« ist.³² Bei der Beurteilung dieser Frage sind in einer ganzheitlichen Betrachtung alle relevanten Faktoren der individuellen Schwangerschaft einzubeziehen: Neben berufs- und standesrechtlichen Fragen sind ethische Aspekte zu berücksichtigen, aber auch und vor allem das Gestations-

30 Contraception, Sterilization, and Abortion Act (1977) in der Fassung des Abortion Legislation Act 2020: sec. 10 Provision of abortion services to women not more than 20 weeks pregnant: A qualified health practitioner may provide abortion services to a woman who is not more than 20 weeks pregnant.

31 Sec. 12 Abortion Legislation Act: Counselling

- (1) A health practitioner must advise a woman of the availability of counselling services if the woman –
 - (a) seeks advice or information about whether to continue or terminate a pregnancy; or
 - (b) advises the health practitioner of the wish to terminate a pregnancy; or
 - (c) has terminated a pregnancy.
- (2) A qualified health practitioner may not, as a condition of providing abortion services to a woman, require the woman to attend counselling before or after the provision of those services.

32 Sec. 11 Contraception, Sterilization, and Abortion Act (1977) in der Fassung des Abortion Legislation Act (2020): Provision of abortion services to women more than 20 weeks pregnant

- (1) A qualified health practitioner may only provide abortion services to a woman who is more than 20 weeks pregnant if the health practitioner reasonably believes that the abortion is clinically appropriate in the circumstances.

alter der Schwangerschaft, die psychische und physische Gesundheit sowie das *overall well-being* der Schwangeren.³³ Letzteres wiederum erstreckt sich auch auf emotionale, sozioökonomische, kulturelle und spirituelle Faktoren (vgl. Snelling, 2022, S. 233). Auf der Grundlage des durch all diese Faktoren begründeten Gesamtkomplexes haben eine ärztliche Person und eine hinzugezogene Konsiliarärztin oder eine sonst qualifizierte Person³⁴ die »klinische Angemessenheit« eines Abbruchs in der konkreten Situation zu beurteilen.³⁵

Bei Verstößen gegen diese rechtlichen Vorgaben kommen allenfalls Rechtsfolgen nach gesundheitsrechtlichen Vorschriften zu Patientenrechten in Betracht, etwa in den Health and Disability Commissioner (Code of Health and Disability Services Consumers' Rights) Regulations 1996 und auch im Health and Disability Services (Safety) Act 2001. Dort ist geregelt, dass gesundheitsrechtliche Standards³⁶ bei medizinischen Eingriffen eingehalten werden müssen.³⁷ Bei etwaigen Verstößen steht Patienten ein

33 Sec. 11 Contraception, Sterilization, and Abortion Act (1977) in der Fassung des Abortion Legislation Act (2020): Provision of abortion services to women more than 20 weeks pregnant [...]

(2) In considering whether the abortion is clinically appropriate in the circumstances, the qualified health practitioner must –

(a) consult at least 1 other qualified health practitioner; and

(b) have regard to –

(i) all relevant legal, professional, and ethical standards to which the qualified health practitioner is subject; and

(ii) the woman's –

(A) physical health; and

(B) mental health; and

(C) overall well-being; and

(iii) the gestational age of the fetus.

(3) Subsection (2) does not apply in a medical emergency.

Weitere Vorgaben finden sich in der New Zealand Aotearoa Abortion Clinical Guideline 2021 (Ministry of Health, 2021).

34 »Qualified« kann im Einzelfall auch eine Person sein, die nicht über medizinisches Fachwissen verfügt, aber dennoch eine qualifizierte Beurteilung leisten kann, etwa eine Sozialarbeiter:in im Falle einer auf einem Sexualdelikt beruhenden Schwangerschaft.

35 Ein Konsens der beiden »qualified health practitioners« ist nicht erforderlich, es geht lediglich um die »consultation« (vgl. Snelling, 2022, S. 233).

36 Für den Bereich des Schwangerschaftsabbruchs finden sich entsprechende Regeln in der New Zealand Aotearoa Abortion Clinical Guideline (vgl. Ministry of Health, 2021).

37 Right 4 der Health and Disability Commissioner (Code of Health and Disability Services Consumers' Rights) Regulations 1996.

Beschwerderecht³⁸ zu. Denkbar wäre das zum Beispiel, wenn die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs verweigert oder an bestimmte Bedingungen (etwa die Inanspruchnahme einer rechtlich nicht vorgeschriebenen Beratung) geknüpft wird. Bei Verletzungen sind berufsrechtliche Sanktionen nach dem Health and Disability Services (Safety) Act 2001 grundsätzlich möglich (vgl. Snelling, 2022, S. 233).

Strafdrohungen

Strafdrohungen im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs beziehen sich in Neuseeland ausschließlich auf nicht selbstbestimmte Abbrüche. So ist zum Schutz der Gesundheit und des Lebens des Ungeborenen in sec. 182 des Crimes Act (1961)³⁹ die Tötung eines ungeborenen Kindes (»Killing (unborn) child«) gesondert unter Strafe gestellt. Kriminalisiert werden insoweit Handlungen Dritter, die das Ungeborene so schädigen, dass es verstirbt. Ausdrücklich aus dem tatbestandlichen Anwendungsbereich ausgeklammert sind Handlungen, die nach sec. 10, 11 des Contraception, Sterilisation, and Abortion Act in der Fassung des Abortion Legislation Act (2020) zum Abbruch einer Schwangerschaft erfolgt sind – sie sind Ausdruck einer höchstpersönlichen Entscheidung der Schwangeren und fallen deshalb nicht unter die Norm.⁴⁰

Zum Schutz der Gesundheit der Schwangeren ist die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs unter Mitwirkung von nicht hierzu qualifizierten Personen mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren bedroht.⁴¹ Angesichts des Schutzzwecks der Norm zugunsten der Gesundheit der Schwangeren (die

38 Right 10 der Health and Disability Commissioner (Code of Health and Disability Services Consumers' Rights) Regulations 1996.

39 Sec. 182 (1) Crimes Act 1961: (1) Every one is liable to imprisonment for a term not exceeding 14 years who causes the death of any child that has not become a human being in such a manner that he or she would have been guilty of murder if the child had become a human being. [...]

40 Sec 313 (1A) Queensland Criminal Code: (1A) A person does not commit an offence against subsection (1) by performing a termination, or assisting in the performance of a termination, under the Termination of Pregnancy Act 2018. In Neuseeland ist sec. 182 (1) Crimes Act 1961 tatbestandlich ausgeschlossen, wenn ein Schwangerschaftsabbruch nach sec. 10 oder sec. 11 des Contraception, Sterilisation and Abortion Act 1977 vorliegt.

41 Sec. 183 Crimes Act (1961, amended by Abortion Legislation Act 2020): Abortion procured by person other than health practitioner.

durch die Mitwirkung unqualifizierten Personals bedroht sein könnte), stellt sec. 183 subsec. (2) Crimes Act (1961/2020) klar, dass die Norm auf die Schwangere selbst keine Anwendung findet.

Regelungen zur Sicherung des faktischen Zugangs zu legalen Schwangerschaftsabbrüchen

Dem Schutz der freien Entscheidung über die Fortsetzung einer Schwangerschaft ebenso wie der Sicherstellung des ungehinderten faktischen Zugangs zu Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, dient ferner die im Contraception, Sterilisation, and Abortion (Safe Areas) Amendment Act 2022 vorgesehene Einrichtung von Schutzzonen, sogenannten *safe access zones*, um medizinische Einrichtungen. Innerhalb dieser *safe access zones* sind Einschüchterungsversuche und sonstige Belästigungen von Schwangeren und medizinischem Personal im Einzelnen mit Sanktionen bedroht.⁴²

Abgesehen davon wird ungeachtet der insgesamt liberalen rechtlichen Regelungen zu den Voraussetzungen eines Schwangerschaftsabbruchs von teilweise nicht unerheblichen faktischen Zugangshindernissen berichtet

42 Vgl. sec. 13A Contraception, Sterilisation, and Abortion (Safe Areas) Amendment Act 2022, No. 8: Certain behaviour prohibited in safe areas

- (1) A person must not –
 - (a) obstruct a person in a safe area who is approaching [...] any building in which abortion services are provided; or
 - (b) make a visual recording of another person in a safe area in a manner that is likely to cause emotional distress to a person accessing, providing, or assisting with providing, abortion services; or
 - (c) do any of the following in a safe area in a manner that could be easily seen or heard by another person (A) who may be accessing, providing, or assisting with providing, abortion services:
 - (i) advise or persuade A to refrain from accessing or providing abortion services (unless the advice or persuasion is by a person who is, with the consent of A, accompanying A):
 - (ii) inform A about matters related to the provision of abortion services, other than during the course of providing those services, or assisting with provision of those services (unless the information is provided by a person who is, with the consent of A, accompanying A):
 - (iii) engage in protest about matters relating to the provision of abortion services.
- (2) A person who contravenes this section commits an offence and is liable on conviction to a fine not exceeding \$1,000.

(vgl. Laing, 2020, S. 187f.): Sie entstehen vor allem wegen der mitunter weiten Entfernung zu Gesundheitseinrichtungen in den großen Flächenstaaten Neuseelands (vgl. ebd.). Dem wird im Frühstadium zunehmend durch den Rückgriff auf medikamentöse Abbrüche bei telemedizinischer Beratung begegnet. Der Abortion Legislation Act (2020) enthält außerdem eine Verpflichtung des Gesundheitsministeriums, für den landesweiten Zugang von Frauen zur »Pille danach« (*access to emergency contraception*) innerhalb einer Frist von 48 Stunden zu sorgen.

3.2.3 Zwischenbefund Neuseeland

Die neuseeländische Regelungslage lässt sich durch drei Faktoren charakterisieren: Erstens sind selbstbestimmte Abbrüche konsequent als Element der medizinischen Versorgung eingeordnet und reguliert. Sie sind damit vollständig entkriminalisiert. Strafnormen dienen zweitens jenseits selbstbestimmter Abbrüche einerseits dem Schutz der Gesundheit und des Lebens der Schwangeren und des Ungeborenen gegen Eingriffe Dritter sowie andererseits dem Schutz der ungehinderten Umsetzung autonomer Entscheidungen der Schwangeren. Drittens schließlich zeigt die neuseeländische Regelungslage, dass der Zugang zu legalen Abbrüchen nicht allein durch die Schaffung rechtlicher Voraussetzungen bewerkstelligt werden kann. Auch faktische Zugangshindernisse müssen erkannt und überwunden werden.

4 Schlussfolgerungen für die deutsche Debatte

Der Blick auf den völkerrechtlichen Menschenrechtsdiskurs zeigt deutlichen Nachholbedarf für die deutsche Rechtsordnung: Die Anerkennung reproduktiver Entscheidungen als höchstpersönliche Lebensentscheidungen einer Frau – zumindest für das frühe Stadium der Schwangerschaft – ist in Deutschland deutlich unterbelichtet. Hier wird trotz der tatsächlichen Anerkennung einer Entscheidung gegen die Fortsetzung einer Schwangerschaft im ersten Schwangerschaftstrimenon nach wie vor ein Rechtswidrigkeitsurteil über diese Entscheidung getroffen.⁴³ Das ist jedenfalls mit dem Entwicklungsstand des völkerrechtlichen Menschenrechtsdiskurses ebenso

⁴³ BVerfGE 88, 203, 255.

wenig in Einklang zu bringen wie die rechtliche Pflicht zur Inanspruchnahme einer Beratung, die inhaltlich zwar ergebnisoffen, aber dennoch mit einer Zielorientierung erfolgen soll.⁴⁴

Sollte sich der Gesetzgeber zu einer Neuregelung des Gesamtkomplexes Schwangerschaftsabbruch entscheiden, so bieten sich insoweit unterschiedlichste Vorbilder für fortschrittlichere Regulierungen. Eine Entfernung selbstbestimmter Abbrüche aus dem strafgesetzlichen Kontext und damit verbunden eine Verlagerung in ein Spezialgesetz – etwa ein Gesetz zur reproduktiven Gesundheit⁴⁵ – sollte durchaus erwogen werden. Ziel einer Neuregelung sollte Rechtsklarheit für alle Beteiligten sein. Für das erste Schwangerschaftsstadium (das der Gesetzgeber klar vorzeichnen sollte) sollte ein Abbruch auf Verlangen der Frau ohne weitere rechtliche Voraussetzungen erlaubt sein. Ein sinnvolles – und das heißt ergebnisoffenes – Beratungsangebot sollte insoweit jeder Frau offenstehen. Dies gilt auch für spätere Schwangerschaftsabschnitte, für die der Abbruch einer Schwangerschaft an das Vorliegen einer entsprechenden Indikation geknüpft werden kann. Dass zur Absicherung der so skizzierten rechtlichen Voraussetzungen selbstbestimmter Abbrüche strafrechtliche Verbote nicht zwingend erforderlich sind, zeigt der Blick auf die neuseeländische Rechtslage.

⁴⁴ BVerfGE 88, 203, 277ff.

⁴⁵ Diese Regelungstechnik haben neben Frankreich auch Belgien (*Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse* vom 15.10.2018) und Spanien (*Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo*) gewählt.

Literatur

- Center for Reproductive Rights (2023). European Abortion Laws: A Comparative Overview, 13.9.2023. <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/> (04.05.2024).
- Center for Reproductive Rights (o.J.). About us. <https://reproductiverights.org/about-us/> (04.05.2024).
- Council of Europe Commissioner for Human Rights (2017). Issue Paper on women's sexual and reproductive health and rights in Europe. <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-europe-issue-pape/168076dead> (30.04.2024).
- Élysée (2023). Hommage national à Gisèle Halimi. <https://www.elysee.fr/emmanuel-macron/2023/03/08/hommage-national-a-gisele-halimi> (25.03.2024).
- Laing, M. (2020). The passing of the Abortion Legislation Bill. *New Zealand Women's Law Journal*, IV, 157–194.
- Lawley, A. (2022). Women Behaving Badly: Problematisation and Biopolitical Governance of Gender in the New Zealand Abortion Debate *New Zealand Sociology*, 37(2), 81–93.
- Légifrance (2022). Loi du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045287560> (25.03.2024).
- Ministry of Health (2021). New Zealand Aotearoa Abortion Clinical Guideline. Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/publication/new-zealand-aotearoa-abortion-clinical-guideline> (25.03.2024).
- New Zealand Abortion Supervisory Committee (2020). Report of the Abortion Supervisory Committee. <https://www.justice.govt.nz/assets/ASC-Annual-Report-2020.pdf> (25.03.2024).
- Rao, R. (2016). Abortion, in: Max Planck Encyclopedia of Comparative Constitutional Law.
- Snelling, J.M. (2022). Beyond Criminalisation: Abortion Law Reform in Aotearoa New Zealand. *Medical Law Review*, 30(2), 216–241. <https://doi.org/10.1093/medlaw/fwab051>
- The White House (2023). G7 Hiroshima Leaders' Communiqué <https://www.whitehouse.gov/briefing-room/statements-releases/2023/05/20/g7-hiroshima-leaders-communication/> (03.05.2024).
- United Nations (1979). Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women New York, 18 December 1979. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women> (30.04.2024).
- WHO – World Health Organization (2022). Abortion care guideline. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (30.04.2024).

Biografische Notiz

Bettina Weißer, Prof. Dr., ist Direktorin des Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht der Universität zu Köln. Ihre Forschungsgebiete liegen im Allgemeinen Teil des deutschen Strafrechts und in der Rechtsvergleichung. Auch Fragen des strafrechtlichen Lebensschutzes am Beginn und Ende des Lebens bearbeitet sie vornehmlich aus rechtsvergleichender Perspektive. Daneben liegen ihre Spezialisierungen im Staatsschutz- und Terrorismusstrafrecht, im Europäischen Strafrecht und im Völkerstrafrecht.

»Religiöse« und »säkulare« Urteilsbildungen über ungewollt Schwangere

Überlegungen zu Entmoralisierung und Ethik

Regina Ammicht Quinn

Haben Religion und Ethik heute überhaupt noch etwas Relevantes zu Fragen von Abtreibung beizutragen? Historisch war Abtreibung lange Zeit ein gesellschaftliches Thema. Praktisch lag Abtreibung in den Händen mehr oder weniger heilkundiger Frauen, theoretisch und politisch in den Händen von Kirchenmännern, Philosophen und der Strafjustiz. Hier wurden religiöse Gebote, der Status des Embryos als Person, Fragen der Moralfähigkeit von Frauen und das Strafmaß diskutiert. Heute ist in Deutschland und in anderen Ländern mit relativ liberalen Abtreibungsregelungen das Thema in den privaten, oft gesellschaftlich unsichtbaren Bereich abgewandert. Beratungsstellen erscheinen hier als die Knotenpunkte in einem fragilen Band zwischen Individuen und Gesellschaft. Sichtbar wird Abtreibung als medizinische Frage, etwa dort, wo es um genetische Beratung, Pränataldiagnostik, pränatale Eingriffe am Fötus oder Präimplantationsdiagnostik geht – wie es sich in einer säkularisierten Gesellschaft gehört. Oder nicht?

Weltweit sind die Haltungen zu Abtreibungen und die rechtlichen Situationen höchst unterschiedlich. Immer wieder zeigen sich ursprünglich religiöse Argumentationen in neuer Form als identitätsstiftend für konservative oder reaktionäre Politiken.

»Multiple Modernitäten« (Eisenstadt, 2000, S. 1ff.) aber sind nicht so »säkular«, wie sie oft wahrgenommen werden. Es entstehen neue Durchdringungen zwischen religiös und nichtreligiös geprägten Sphären, sodass die »Idee, dass die europäische Moderne eine durch Entmythologisierung gekennzeichnete Epoche sei«, so Koschorke (2013, S. 239), »zu den großen Mythen der europäischen Moderne« gehört. Kulturelle Erzählungen sind also »so etwas wie Formatierungsvorlagen«, die entscheidend dafür sind, ob man Konflikte auf »materielle, ethnische oder religiöse Ursachen« (ebd., S. 258) zurückführt.

Die folgenden Überlegungen konzentrieren sich weitgehend auf den deutschen Kontext. In diesem Text geht es um das Aufbrechen klassischer »Formatvorlagen«, die individuellen und gesellschaftlichen Positionen zu Abtreibung zugrunde liegen. Diskutiert werden zunächst die Problematiken, die im Jahr 1989 zu offenen Kontroversen zwischen dem Philosophen Peter Singer und der »Krüppelbewegung« führten (1). In einem zweiten Schritt werden die oft impliziten ideengeschichtlichen Aspekte des Misstrauens in die Moralfähigkeit von Frauen explizit gemacht (2); die Analyse der Forderung nach Reinheit ist Thema des dritten Schritts (3). Ein vierter Schritt erläutert die Debattenbedingungen, die von pro life/pro choice Positionen geprägt sind (4). Als Konsequenz dieser Analysen können diese häufig unsichtbaren »Formatvorlagen« aufgebrochen (5) und entmoralisiert werden (6): Erst wenn dies geschieht, kann – jenseits binärer Positionen von »pro choice« und »pro life« – ein für Beratung relevanter Raum geschaffen werden, in dem schwierige ethische Fragen ihren Platz bekommen.

1 Im Windschatten der Weltgeschichte 1989: Kontroversen um Selbstbestimmung, eine ignorierte Vergangenheit, Kindstötung und Abtreibung

Das Jahr 1989 war ein Jahr von weltgeschichtlicher Bedeutung. Mit dem Tian'anmen-Massaker in Peking wurde die Protestbewegung in China niedergeschlagen. Aung San Suu Kyi wurde in Myanmar erstmals unter Hausarrest gestellt. In Paraguay wurde der brutale Diktator Alfredo Stroessner, Träger des Bayrischen Verdienstordens, entmachtet. Und die politischen Umwälzungen in Mittel- und Osteuropa bis hin zur Öffnung der Berliner Mauer und der innerdeutschen Grenze hatten erhebliche Auswirkungen auf das Leben der Menschen.

Im Windschatten der Weltgeschichte wurden in Deutschland andere Konflikte inszeniert und ausgetragen. Diese Konflikte betrafen Abtreibung, eine lange ignorierte Vergangenheit, »Behinderung«, Gesundheit, Tierschutz, Frauenfeindlichkeit in philosophischen und gesellschaftlichen Menschenbildern, aber auch Deutungen des Faschismus, Kritik von Fortschrittsgläubigkeit und ökonomische Fragen.

Peter Singer, Philosoph und Ethiker, 1949 in Australien geboren, erlebte im

Jahr 1989 das, was heute häufig in politisch rechter Empörung als Cancel-Culture bezeichnet wird. Singer sollte in Marburg an einer geplanten Konferenz zum Thema »Biotechnik, Ethik und geistige Behinderung« sprechen, ebenso in Dortmund, dort zum Thema »Haben schwerstbehinderte neugeborene Kinder ein Recht auf Leben?«. Nur in Saarbrücken kam er öffentlich zu Wort, begleitet von lautstarken Protesten und Forderungen nach »Faschist raus!«. In Saarbrücken erfuhr das Publikum, dass Singers jüdische Eltern nach dem »Anschluss« Österreichs 1938 ausgewandert waren und drei seiner jüdischen Großeltern im Holocaust getötet wurden (vgl. Herzog, 2018).

Die Frage nach der Tötung schwerstbehinderter neugeborener Kinder hatte Singer in seinem gemeinsam mit der Philosophin Helga Kuhse verfassten und 1985 erschienenen Buch *Should the Baby Live?* (Kuhse & Singer, 1985) schon beantwortet. Die ersten beiden Sätze des Vorworts sind eine Mischung aus »Triggerwarnung« und Schockbehandlung für die Leser:innen: »This book contains conclusions which some readers will find disturbing. We think that some infants with severe disabilities should be killed« (ebd., S. v).

Die Empörung über Singers Thesen, die zunächst von Behindertenrechtsaktivist:innen und der Krüppelbewegung ausging (vgl. Sierck, 1989a: *Unser Lebensrecht ist undiskutierbar!*), und die sich 2015 auf der philosophischen Cologne, dem internationalen Festival für Philosophie, wiederholen sollte, hatte im Jahr 1989 einen spezifischen Kontext: die skandalös verzögerte Zurkenntnisnahme und kritische Analyse der Behindertenmorde während der Nazizeit.

Zwischen Januar 1940 und August 1941 wurden in der sogenannten »Aktion T4« (geplant in der Berliner Tiergartenstraße 4) 70.273 Personen mit psychiatrischen Erkrankungen oder kognitiven Beeinträchtigungen mit Kohlenmonoxid in speziell dafür vorgesehenen Gaskammern ermordet (vgl. Herzog, 2018; zum Überblick: Klee, 1983). Nach Unruhen in der Bevölkerung und Protesten aus religiösen Kontexten – beispielsweise durch den katholischen Bischof von Galen – wurde das Programm auf Anordnung Hitlers offiziell eingestellt, zugleich aber in einer zweiten, dezentralen Phase fortgesetzt. 210.000 Menschen im Deutschen Reich und weitere 80.000 im besetzten Polen und in der Sowjetunion wurden durch Überdosierung von Medikamenten, Vergiftung, systematisches Verhungern lassen, Erschießungen und zunehmend durch Gas getötet (vgl. ebd.). Etwa 120 Männer, die an der Tötung behinderter Menschen beteiligt gewesen waren, wurden gemeinsam mit der inzwischen perfektionierten

Technologie der Kohlenmonoxid-Gaskammern nach Polen verlegt, und zwar in die im Aufbau begriffenen Todesfabriken von Belzec, Sobibor und Treblinka. Es gibt also eine relevante Überschneidung zwischen den Tätern des Holocaust und denen der Behindertenmorde.

Der Journalist Ernst Klee hatte die Verflechtung von Antisemitismus und Behindertenfeindlichkeit 1983 in seinem Buch *Dokumente zur »Euthanasie« im NS-Staat* im Einzelnen dargestellt (vgl. Klee, 1983; 1985). Klee beschreibt beispielsweise den Arzt Eugen Stähle, der im baden-württembergischen Innenministerium das Euthanasieprogramm organisierte. Im Dezember 1940 reagierte er auf den Protest eines evangelischen Oberkirchenrats: »Du sollst nicht töten, das ist gar kein Gebot Gottes, sondern eine jüdische Erfindung« (zit. n. Klee, 1989, S. 58; 1983, S. 16; vgl. Herzog, 2018, S. 44).

Heinrich Himmler hatte schon 1935 die »Reichszentrale zur Bekämpfung der Homosexualität und Abtreibung« eingerichtet. Ihre Aufgaben waren die »zentrale Erfassung« und »wirksame Bekämpfung« dieser beiden »Volksseuchen«. »Homosexualität« und »Abtreibung« wurden als »rassevernichtende Entartungserscheinung« (vgl. Zinn, 2018) wahrgenommen. »Rassevernichtend« ist die (homosexuelle) Verweigerung von Fruchtbarkeit, »rassevernichtend« ist die Abtreibung »gesunder« Föten. »Rassevernichtend« aber ist es auch, wenn man »nicht gesunde« Föten und von der Norm abweichende Menschen am Leben lässt.

In den Nachkriegsjahrzehnten gab es in der BRD für Abtreibungen teilweise eine großzügige Handhabung der »medizinisch-sozialen« Indikation durch Ärzt:innen, wie sie auch in der Weimarer Republik möglich gewesen war. 1971 veröffentlichte das Wochenmagazin *Stern* auf der Titelseite die Kampagne »Wir haben abgetrieben!« Im selben Jahr befürworteten in einer Infratest-Umfrage 80 Prozent der befragten Katholik:innen die Möglichkeit einer Abtreibung im Falle einer fötalen Anomalie (vgl. Pawlowski, 1971, S. 146–149; zit. n. Herzog, 2021).

Gleichzeitig war diese Zeit von öffentlicher Identifikation mit NS-Tätern (auch Täter:innen) und von der Scham der Opfer und ihrer Familien geprägt. Jede »Behinderung« hatte damit auch eine verschwiegene und angstbesetzte Vorgeschichte, die Familien zu kontaminieren schien. Die Abtreibungsfragen in Deutschland waren lange von Fragen nach »Behinderung« durchzogen.

Für Peter Singer wird eine zunehmende Akzeptanz von Abtreibung zu einem der Ausgangspunkte seiner Thesen:

»If the fetus does not have the same claim to life as a person, it appears that the newborn baby does not either, and the life of a newborn baby is of less value to it than the life of a pig, a dog, or a chimpanzee is to the nonhuman animal« (Singer, 1993, S. 169).

Für ihn geht es grundsätzlich um das Ende der religiösen »Formatvorlage«, die »Entsakralisierung« des menschlichen Lebens – zugunsten nicht-menschlicher Lebewesen, zugunsten nicht-behinderter Kinder und deren Familien und zugunsten einer klügeren Ökonomie (vgl. der von Kuhse herausgegebene Band mit Singers Texten unter dem Titel *Unsanctifying Human Life*, 2002).

Inwieweit Singers Präferenzutilitarismus, sein »Effektiver Altruismus« und sein Tierwohl-Engagement sich mit tatsächlicher Feindlichkeit behinderten Menschen gegenüber vermischen, muss im Einzelnen geklärt werden. Entscheidend aber ist, dass diese Kontroversen des Jahres 1989 wichtig waren für die Neujustierung eines Verständnisses und einer rechtlichen Neuausrichtung von Abtreibung.¹

Im Einklang mit relevanten Strömungen innerhalb der katholischen Kirche hatten radikale Abtreibungsgegner:innen schon früh den Vergleich von Auschwitz und Abtreibungen benutzt und auch versucht, Behindertenverbände auf ihre Seite zu ziehen. Ulrich Ochs, Mitglied des »Helen Keller Kreises«, in dem sich eine Gruppe behinderter Menschen zum Kampf gegen Abtreibung zusammengeschlossen hatte, schrieb 1985 in einem offenen Brief an den Bundespräsidenten:

»Ich kann zwischen der Rassenideologie Hitlers und der »Strafrechtsreform« des Abtreibungsparagraphen 218 keinen Unterschied erkennen. Durch die sogenannte »eugenische Indikation« werden die Behinderten ein zweites Mal nach einem »modernen Auschwitz« gebracht. In heutigen Tötungsanstalten (Kliniken) werden sie wieder auf grausame Weise getötet und anschließend in den Verbrennungsofen geschoben« (Ochs, 1985; zit. n. Degener & Köbsell, 1992, S. 98).

1 Aktuell besagt der § 218, dass ein Schwangerschaftsabbruch dann straffrei bleibt, wenn die Schwangere sich mindestens drei Tage vor dem Eingriff in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle beraten lässt. Darüber hinaus werden (physische und psychische) medizinische und kriminologische Indikationen als Gründe für die Straffreiheit anerkannt. Zum aktuellen Stand siehe auch den Beitrag von Chiofalo & Schmid in diesem Band.

Viele Gruppierungen der Krüppelbewegung lehnten diese radikalen antifeministischen Positionen ab: »Aufgrund unserer Erfahrungen als Krüppel und als nichtbehinderte Betroffene dieser Gesellschaft maßen wir es uns nicht an, Frauen, die sich gegen ein behindertes Kind entscheiden, zu verurteilen« (Aktionsgruppe gegen das UNO-»Jahr der Behinderten«, 1981; Reprint in Christoph, 1983, S. 34). Dennoch blieb das Thema schmerzhaft ambivalent. Solange die Angst vor »Behinderung« als »normal« angesehen und durch pränatale Diagnostik objektiviert werde, könne es keine Form der Solidarität geben – so eine klare Positionierung von Gruppierungen der Krüppelbewegung. Hannelore Witlofski, Behindertenaktivistin, konnte sich einen »Gebärzwang« (Christoph et al., 1989, S. 43) im Fall eines behinderten Fötus vorstellen. Einige Gruppen der Behindertenrechtsbewegung forderten die Schließung human-genetischer Beratungsstellen (vgl. Marzell, 2021). Franz Christoph, einer der führenden Aktivisten der Krüppelbewegung, antwortet auf die Frage, warum er die Freigabe von Abtreibung nicht uneingeschränkt unterstützen könne: »Weil ich Angst habe. Ich habe nämlich Angst, dass man bloß so nebenbei Leben unterschiedlich bewertet. [...] Das ist eine Ungeheuerlichkeit, dass man nach dem Dritten Reich wieder mal zwischen wertem und unwerthem Leben unterscheidet« (Christoph et al., 1989, S. 42). Er bezieht sich damit auf die embryopathische Indikation des § 218, also die Freigabe des Schwangerschaftsabbruchs bei einer »Schädigung« des Embryos.

Dieser Konflikt zwischen Selbstbestimmungsrecht der schwangeren Frauen und dem Recht auch behinderter Kinder auf Leben prägte dann die Neuverhandlung des § 218 zu Beginn der 1990er Jahre (vgl. Ewinkel & Hermes, 1985). Zugleich aber gingen Krüppelgruppen davon aus, dass die Entscheidung zu einer Abtreibung nach embryopathischer Indikation keine vollkommen selbstbestimmte Entscheidung sein könne, da die Gesellschaft als Ganze behindertenfeindlich sei. Diese Behinderertenfeindlichkeit wird auch an Orten sichtbar, an denen man sie nicht erwartet: In den 1980er und -90er Jahren zeigten sich technologiekritische und »grüne« Bewegungen mit einem Fokus auf »Gesundheit« in vieler Hinsicht blind für die Nebenwirkungen ihres Aktivismus für behinderte Menschen. So wurde beispielsweise im Nachhall des Großunfalls im Atomkraftwerk Tschernobyl eine verfehlte Fortschrittsgläubigkeit kritisiert und mit behinderten Körpern illustriert. Die Zeitschrift *Konkret* veröffentlichte eine Montagefotografie einer Frau ohne Arme mit dem

Untertitel: »Meine Mutter war für Contergan. Jetzt ist sie für Atomenergie. Vielleicht hat sie diesmal recht«² (Sierck, 1989b, S. 77; vgl. Herzog, 2021).

In diesem Jahr 1989 also verknüpfen sich Diskurse um Abtreibung und Säuglingstötung, Abtreibung und die NS-Behindertenmorde, Abtreibung und Fortschritte in der pränatalen Diagnostik, Abtreibung und dem Schrecken der »Behinderung«, der beispielsweise mit möglichen Folgen von Kernkraft assoziiert wird. Dies ist eine Geschichte, die auch in die Gegenwart eingeschrieben ist und mit »religiösen« und »säkularen« Formatvorlagen korrespondiert.

2 Formatvorlage: Misstrauen gegenüber der Moralfähigkeit von Frauen

Häufig unausgesprochen durchzieht ein Misstrauen gegenüber der Moralfähigkeit von Frauen die Diskussionen um Abtreibung. Und dieses Misstrauen hat eine eigene Geschichte (vgl. im Folgenden auch Ammicht Quinn, 2015; 2019b).

»Weibliche Tugend und Untugend ist«, so Kant, »von der männlichen, nicht sowohl der Art als der Triebfeder nach, sehr unterschieden« (Kant, 1964, S. 654). Diese These illustriert Kant mit einem Beispiel, und seine »Zerstreuten Anmerkungen«, so der Untertitel der Schrift, scheinen mit einem Mal genau das zu sein: ins Unreine gedachte Gedanken einer – vor jeder Erfahrung gegründeten – reinen Vernunft:

»Dem Milton wurde von seiner Frau zugeredet, er solle doch die ihm nach Cromwells Tode angetragene Stelle eines lateinischen Sekretärs annehmen, ob es zwar seinen Grundsätzen zuwider war, jetzt eine Regierung für rechtlich zu erklären, die er vorher als widerrechtlich vorgestellt hatte; »Ach«, antwortete er ihr: »meine Liebe: Sie und andere Ihres Geschlechts wollen in Kutschen fahren, ich aber – muss ein ehrlicher Mann sein« (ebd., S. 654f.).

2 Thalidomid wurde in den 1950er und -60er Jahren unter dem Markennamen »Contergan« und »Softenol« als Beruhigungsmittel empfohlen und führte bei Einnahme in der frühen Schwangerschaft zu schweren Missbildungen oder dem Fehlen von Gliedmaßen und Organen bei Föten.

»Über den Charakter des Geschlechts«, heißt Kants Aufsatz, der eine Antwort gibt auf die Frage nach dem Geschlecht der Moral: Moral ist, zumindest tendenziell, deshalb männlich, weil Unmoral, zumindest tendenziell, weiblich ist.

Diese Marginalität und Minderwertigkeit von Frauen im moralischen Diskurs, die Marginalität ihrer Lebenswelt und die Minderwertigkeit ihrer ethischen Kompetenz ist ein gewichtiges Motiv in der Geschichte der modernen Ethik – bis Freud. Denn Freud ist der Erste, der die moralische Minderwertigkeit der Frau nicht nur konstatiert, sondern auch – durch seinen Entwurf der ödipalen Konstellation – erklärbar macht.

Beim Mann bewirkt das starke Über-Ich verbunden mit einer starken Libido und den entsprechenden Sublimationsmöglichkeiten eine starke Regel-Moral und das Engagement beim Hervorbringen von Kulturleistungen. Die Frau dagegen ist unsicher und unzuverlässig in moralischen Fragen (Freud, 2000 [1925], S. 265f.) und ihr einziger nennenswerter Beitrag zu den Kulturleistungen ist, so Freud, die Technik des Flechtens und Webens – und die entspringt dem Wunsch, das eigene verachtete Geschlechtsorgan zu verdecken (vgl. Freud, 2000 [1933], S. 562).

Von Kant bis Kohlberg (1974; 1996) sehen wir damit eine Abwertung der Moralfähigkeit von Frauen mit der Begründung, dass sie Frauen sind. Der Frauenkörper wird – entgegen der Evidenz gebärender und weltweit körperlich arbeitender Frauen – als genauso schwach wahrgenommen wie die Moralfähigkeit.

Dabei ist der Körper insgesamt in der christlichen Geschichte zum Problem geworden: Dort, wo er auf der Basis eines klaren Leib-Seele-Dualismus als Gefängnis der Seele behandelt wird (vgl. Origenes, 1993, Abs. I, 8), produziert er eine dominante Kultur des Misstrauens dem Körper gegenüber. Da in vieler Hinsicht Körper, Körperlichkeit und Natur als »weiblich« assoziiert werden, zeigt sich in der christlichen Geschichte eine Potenzierung dieses Misstrauens. Die Anforderungen an Frauen spitzen sich in der Kontrolle des Frauenkörpers zu und zeigen sich als Gesetze mit unterliegenden religiösen und kulturellen Narrationen rund um Reinheit.

3 Formatvorlage: Reinheit

»Ich habe sehr früh in meinem Leben versagt. Zumindest dachte ich das. Ich bin Arbeitertochter, in unseren Kreisen gibt es eine klare Reihenfolge,

wie das Leben abzulaufen hat. Heirat, Geld verdienen, Kind. Als ich mit 18 schwanger wurde, wusste ich: Ich habe die Reihenfolge kaputt gemacht. Ich fühlte mich schmutzig« (Valente, 2022, S. 29).

Mary Douglas' kulturanthropologische Studien über Reinheit eröffnen den Blick darauf, dass Schmutz nur im Zusammenhang des Systems verstanden werden kann, das ihn ausschließt: »Kaffee ist nicht schmutzig, aber Kaffee auf der Hose ist schmutzig. Schmutz also ist ›matter out of place‹« (Douglas, 1966, S. 36) – Materie am falschen Platz. Der Schmutz, den man mit Anstrengung und Gewalt aus der Welt schaffen oder wenigstens unter Kontrolle halten will, wird damit zum Symbol für essenzielle Un-Ordnung, für das Chaos (vgl. dazu und im Folgenden Ammicht Quinn, 2019a; 2019b).

Von Schmutz in seiner symbolischen Dimension, von Unordnung und Chaos, sind die Körpergrenzen am meisten bedroht, und an den Körpergrenzen die Körperöffnungen (vgl. Douglas, 1966, S. 122f.) Alles, was diese Grenze passiert (Nahrung, Ausscheidungen, Blut, Menstruationsblut, Samen, genitale Flüssigkeiten – aber auch Ereignisse wie Geburt und Tod), wird besonders wichtig für die Frage nach Schmutz und Reinheit – zunächst im körperlichen, aber auch im übertragenen Sinn. Damit wird der Körper des Menschen zum Symbol der Gesellschaft oder Gemeinschaft, in der er lebt; die Körpergrenzen symbolisieren und spiegeln die Grenzen der Gemeinschaft: Wenn eine Gemeinschaft sich von außen bedroht fühlt und sich stark nach außen abgrenzen muss, werden auch die Körpergrenzen einer strengen Kontrolle durch Reinheitsgebote unterworfen. So wird beispielsweise im Buch Leviticus der Hebräischen Bibel auch mithilfe eines strengen Reinheitscodes die nationale und religiöse Identität des Volkes Israel sichergestellt. Dabei scheint insgesamt das Weibliche anfälliger für Schmutz zu sein – vielleicht, ganz archaisch, eine Konsequenz der andersgearteten und geheimnisvolleren Körperöffnungen der Frau oder, symbolisch, Konsequenz aus der Identifikation von »Frau« und »Natur«: Nach der Geburt einer Tochter ist die Mutter doppelt so lange unrein wie nach der Geburt eines Sohnes.

Auf einem solchen Hinter- und Untergrund entwickelte sich etwa seit dem 12. Jahrhundert die Mariologie. Für Männer – und hier vor allem für die professionellen Männer der Kirche – hängt der Kult der »reinen Mutter« eng mit dem sich zu dieser Zeit durchsetzenden Zölibat zusammen. Für Frauen ist Maria zunächst das weibliche Gesicht innerhalb der

männerdominierten Religion; dieses weibliche Gesicht ist das Gesicht einer sexualitätsfreien Gestalt, die als Mutter und als leidende Mutter dargestellt wird. In der Pietà oder der Frau, deren Herz von sieben Schwertern durchbohrt ist, wird sie zur Identifikationsfigur für Frauen durch die Jahrhunderte.

In der Fortschreibung der Mariologie, die dann über Jahrhunderte hinweg die jungfräuliche Empfängnis, Marias Gottesmutterschaft, die erbsündenfreie Empfängnis Marias selbst und ihre leibliche Aufnahme in den Himmel entfaltet, entsteht ein doppeltes Weiblichkeitsideal: auf der einen Seite das Ideal der reinen Jungfrau-Mutter-Königin als dem weiblichen Ort, der Zuflucht und – spirituelle – Intimität gewährt, und auf der anderen Seite das Ideal der reinen, demütigen, selbstlosen und vor allem sexualitätsfreien Dienerin, die durch ihren Vorsprung der unbefleckten Empfängnis von »normalen« Frauen nie ganz einzuholen, der aber in Selbstverleugnung dennoch nachzueifern ist. Besonders die Frömmigkeitsgeschichte konzentriert sich zunehmend auf die Reinheit Mariens, »die aus der Reinen Schar/Reinste wie keine war« (Laurentius von Schnüffis; zit. n. Schäfer, 2006). Reinheit wird der weibliche Weg zur Heiligung; wenn Frauen nicht die Mutter eines heiligmäßigen Sohnes waren, konnte ihr Leben dann zum Stoff werden, aus dem die Heiligenlegenden sind, wenn sie ihre Reinheit auch unter den vielfältigsten Folterqualen verteidigt haben.

So wurde eine andere Maria, Maria Goretti, 1950 heiliggesprochen, weil sie »den Tod der Sünde« vorzog (Farmer, 1978). Die elfjährige Maria Goretti hatte sich im Jahr 1902 in einem Dorf im Latium südlich von Rom gegen eine Vergewaltigung gewehrt und war vom Vergewaltiger ermordet worden. Die »Sünde«, von der hier die Rede ist und die schlimmer ist als der Tod, ist eine Sünde gegen den Reinheitskodex von Frauen. Welcher kommunikative Impuls und welche Schuldzuschreibung hier im Jahr 1950 für die Millionen im Zuge des Krieges vergewaltigter Frauen gesetzt wurde, wird noch zu erforschen sein.

Zugleich hat diese Betonung der Reinheit einen ganz und gar rationalen Hintergrund: In einer patrilinearen Ökonomie, innerhalb derer der Vater Namen, Status, Land und Vermögen an den Sohn vererbt, kann die Sicherheit der Erbfolge letztlich nur durch die Reinheit und Keuschheit der Frau gewährleistet werden.

Diese ideengeschichtlich und religiös vorausgesetzte mangelnde Moralfähigkeit von Frauen und die umfassenden Reinheitsanforderungen, an

denen Frauen scheitern, liegen den Kontroversen um ungewollte Schwangerschaften und Abtreibungen zugrunde. Sie bleiben in der Regel verdeckt und scheinen lediglich durch Scham- und Schuldzuschreibungen hindurch.

4 Formatvorlage: »pro life« und »pro choice«

Der momentane Kampf um Schwangerschaftsabbrüche in vielen Ländern scheint sich zwischen Lebensschutz und Selbstbestimmung, zwischen »pro life« und »pro choice« abzuspielen. Hier werden die Identitätspolitiken von Frauen gegen eine Identitätspolitik von ungeborenen Kindern ausgespielt, alles auf einem binär geteilten Feld. Diese dualistische Debatte hat aber deutliche Schwächen und Probleme – sowohl in den theoretischen Grundlagen als auch in den ethischen Konsequenzen.

Lebensschutz – »pro life« – macht sich den Schutz menschlichen Lebens von dessen Beginn an zur Aufgabe (vgl. dazu auch Ammicht Quinn, 2015). Damit entsteht ein Problem: »Leben« kann mit der Empfängnis beginnen, mit der Nidation, mit der Aktivierung des neuen Genoms, mit der Fähigkeit, außerhalb des Mutterleibs zu leben, mit der Fähigkeit, Schmerzen zu empfinden, mit der Geburt. All dies wurde im Laufe der Geschichte diskutiert. In der christlichen Geschichte waren – in Anknüpfung an Aristoteles – Theorien der »Sukzessivbeseelung« entscheidend dafür, an welchem Zeitpunkt »ungeborenes Leben« zur »Person« wurde: für Thomas von Aquin am 40. Tag nach der Befruchtung für Jungen, am 80. Tag für Mädchen. Im Judentum wird meist der 40. Tag diskutiert, im Islam häufig der Ablauf von 120 Tagen. Die vielstimmigen Haltungen der Personwerdung des Menschen gegenüber (bei der Empfängnis, beim ersten Atemzug und an unterschiedlichen Punkten dazwischen) kann aber nicht den Blick darauf verstellen, dass die katholische Kirche sich kontinuierlich gegen Abtreibung positioniert hat. Ob aber ein Schwangerschaftsabbruch an einem bestimmten Zeitpunkt der Schwangerschaft als Mord betrachtet wurde, variierte in den Lehren.

Diese pränatalen (Beseelungs-)Diagnosen vor Einsatz des Ultraschalls haben eine gemeinsame praktische Basis: Thomas von Aquin ging davon aus, dass die Seele sich zeigt, wenn das Kind sich im Mutterleib bewegt – und für ihn bewegten sich Jungen früher als Mädchen. Er war auch nie schwanger. Im tatsächlichen Leben galt jahrhundertlang eine Frau dann

als schwanger, wenn sie die Bewegungen des Kindes spürte, in der Regel irgendwann zwischen dem 90. und dem 120. Tag.

In der US-amerikanischen Diskussion wird heute mit einem eigenen Gesetz – dem »heartbeat bill« in Texas und weiteren Bundesstaaten – noch ein weiterer Zeitpunkt als relevant etabliert. Mit dessen Hilfe werden Abtreibungen ab der sechsten Woche – in der Regel gerechnet vom Beginn der letzten Menstruation – verboten. Ein Fötus hat zu dem Zeitpunkt noch kein Herz, das schlagen könnte, wohl aber beginnt die Kontraktion von Zellen, die sich später zu Herzgewebe entwickeln werden. Das Leben beginnt laut diesem Gesetz mit im weitesten Sinne kardiologischer Aktivität, die als moralisch signifikantes biologisches Phänomen gesehen wird. Zugleich aber – und das zeigen die herzförmigen Luftballons, die von Unterstützer:innen des Gesetzes an alle Abgeordneten geschickt wurden – sind der »Herzschlag« und das »Herz« eben nicht ein auf Biologie reduzierbares Phänomen, sondern ein kulturelles: Das Herz ist ein Symbol der Liebe und des Personseins. Absolute »Lebensschutz«-Positionen nutzen hier ein kulturelles Motiv, das die (wissenschaftlich zweifelhafte) biologische Festlegung auf einen Zeitpunkt mit unmittelbarer emotionaler Überzeugungskraft verknüpft.

Selbstbestimmung – »pro choice« – scheint zu sagen: Menschliches Leben ist dann im vollen Sinn des Wortes menschlich, wenn ich darüber bestimmen kann, was am wichtigsten für mein Leben ist. Dies ist richtig – bis zu einem bestimmten Punkt. Es ist ein wichtiger Teil einer durch Freiheit gekennzeichneten menschlichen Existenz, dass Menschen wählen können, wen sie lieben oder heiraten, was sie studieren und anziehen, für wen sie in politischen Kontexten ihre Stimme abgeben, wo und wie sie leben und vieles andere mehr. Zugleich stehen wir in einer abendländischen und patriarchalen philosophischen Tradition, die uns einen aufgeblähten Begriff von Autonomie als Erbe hinterlassen hat: Ein Mensch ist dann und nur dann ein Mensch, so die Lehre aus dieser Tradition, wenn er autonom ist. Autonomie, die »Selbstgesetzgebung«, auch als Freiheit, Mündigkeit und Selbstbestimmung beschrieben, wird als zentrale Eigenschaft des menschlichen Lebens gedacht. In dieser Tradition steht auch Peter Singer.

Autonomie ist wichtig. Aber Autonomie ist nicht der einzige zentrale Punkt, und er wird nie vollständig und nie über den gesamten Lebensverlauf verwirklicht. Menschliches Leben kann nicht allein durch Unabhängigkeit verstanden werden, sondern genauso durch Abhängigkeit, sodass die Frage nach dem Zusammenhang von Mündigkeit und wechselseitiger

Abhängigkeit neu gedacht werden muss. Damit wird jede Autonomie eines menschlichen Lebens zur »relationale[n] Autonomie« (Mackenzie & Stoljar, 2000). Mit dieser Kritik wird Autonomie nicht aufgegeben. Aber Autonomie wird als Denkform und als Praxis in den Kontext vielfältiger Beziehungen und Beziehungsfähigkeiten gestellt. Die Erinnerung daran, dass auch Frauen selbstbestimmt und mündig sind, war zu einem bestimmten Zeitpunkt eine wichtige Erinnerung, die einen Nachholbedarf markierte. Sie markiert diesen Nachholbedarf bis heute. Wichtig ist aber ein weiterer Schritt: Es geht darum, Autonomie in ihren Interdependenzen zu erkennen und zu analysieren, um nicht mit feministischen Absichten in die Fallen einer patriarchalen Tradition zu geraten.

Was wir von Lebensschutz-Positionen lernen, ist die Akzeptanz eines ungeborenen Kindes – gerade dann, wenn es den gesellschaftlichen Standards von Gesundheit, Schönheit oder potenzieller Produktivität nicht gerecht wird. Was wir von Selbstbestimmungs-Positionen lernen, ist die Akzeptanz der Würde von Frauen, die nicht Gefäße oder Container sind, sondern Personen. Wenn wir dies gelernt haben, können wir beruhigt diese Kontroverse hinter uns lassen, denn Akzeptanz bedeutet noch nicht ein Für oder Wider in der Abtreibungsfrage. Dazu ist das Leben zu widersprüchlich, zu unordentlich, zu vernetzt; es lässt sich nicht in Binaritäten zwängen.

5 Was tun mit den Formatvorlagen?

Kulturelle Narrative zeigen sich häufig als unsichtbar gewordene Ideologeme, die den Grundüberzeugungen, den säkularen und religiösen Glaubbenseinstellungen und den lauterer und leiseren Debattenbeiträgen zugrunde liegen.

Eine Ideengeschichte des Zweifels an der Moralfähigkeit von Frauen ist eine der Formatvorlagen für viele der restriktiven Abtreibungsregelungen weltweit.

Reinheitsvorstellungen und Reinheitskodizes haben ihren historisch häufig mit Ritualen verbundenen Ort: Sie warnen vor Tabuverletzungen, und ein komplexes System von Reinigungsriten hilft, die verlorene Reinheit wiederherzustellen. Nur an der Oberfläche erscheinen solche Reinheitsvorstellungen in spätmodernen Gesellschaften bedeutungslos und lächerlich. Sie sind übergangslos von der Werbewirtschaft adaptiert worden,

in der – nach wie vor – Hygienefragen mit moralischen Fragen verknüpft werden. Als ein Hersteller von Menstruationsbinden in einem Werbespot tatsächlich rote Flecken zeigte, war die Reaktion umstritten; nicht wenige Fernsehzuschauer:innen waren angeekelt. »Leaking women« (Fine, 2019) und deren unzuverlässige Körperlichkeiten stehen immer in Gefahr, ein »weißes« Patriarchat oder eine patrilineare Ökonomie zu beschmutzen.

Schließlich sind öffentliche Debatten, die sich entlang der binären Formatvorlagen von »pro life/pro choice« bewegen, eine Verkürzung und eine Verfälschung der Problemlagen. Abtreibungen sind höchst unterschiedlich: Extreme Geschlechterungleichheiten, vor deren Hintergrund ein weiteres Mädchen in der Familie nur als ein Unglück erscheint, sind anders als Abtreibungen im Kontext extremer Armut; im Kontext von Vergewaltigungen als Kriegsverbrechen; im Kontext des erwarteten Ausschlusses aus der Familie oder Gesellschaft; im Kontext der Situationen, in denen der Verlust von Kontrolle über den eigenen Lebensplan als die größte Sünde erscheint; im Kontext möglicher gesundheitlicher Folgen oder möglicher »Behinderungen«; im Kontext von Rassismus; und so weiter. Verfälscht werden die Problemlagen durch die Blindheit für unterschiedlichste soziale Kontexte ebenso wie durch die nicht nur semantische Unterstellung, dass die Wahlmöglichkeit für Frauen gegen »Leben« gerichtet ist.

All diese Formatvorlagen, ob sichtbar oder nicht, fokussieren auf den »Mutterleib«. »Die Frau« steht damit neben ihrem Körper, über den verhandelt wird, ohne dass sie Subjekt sein kann. Konflikte aber können nur gelöst werden, wenn die Orte, an denen die Konflikte entstehen, in den Blick genommen werden. Schwangerschaftskonflikte entstehen in der Regel nicht im Mutterleib.

Diese Formatvorlagen müssen entmoralisiert werden.

6 Entmoralisierung und Ethik: zwei Konsequenzen

Entmoralisierung heißt, dass nicht generell (und immer wieder mit Abscheu) über ungewollte Schwangerschaften geurteilt werden darf. Ein moralistisches Urteil reduziert die komplexe Lebenssituation auf ein einziges Prinzip oder einen einzigen Wert. Häufig wird die eigene Identität an ein solches Prinzip geknüpft. Dabei wird ignoriert, dass eine urteilende Instanz weder absolut ist, noch dass einzelne Prinzipien oder Werte in Konflikten

mit anderen Werten oder Prinzipien stehen können. Moralistische Urteile also haben keinen Platz in gerechten Diskussionen um Abtreibung.

Der Endpunkt einer Entmoralisierung aber ist nicht das Schweigen über moralische Fragen. Entmoralisierung mündet in eine bestimmte Form der Ethik.

Ethik nimmt die Konflikthaftigkeit unterschiedlicher Werte in den Blick. Der Blick richtet sich dabei nicht auf einen individuellen und isolierten »Mutterleib«. Vielmehr wird ein kollektives Subjekt zum Verantwortungsträger (vgl. Young, 2011). Kollektive und geteilte Verantwortung bedeutet nicht, dass dann die weitere Verwandtschaft, die Arbeitgeber:innen und die Peergroup nach ihren Meinungen gefragt werden müssen und alle abstimmen dürfen. Geteilte Verantwortung bedeutet vielmehr, dass Menschen in vielfältigen Beziehungen leben, und dass in diesen vielfältigen Beziehungen die Verantwortung für das Wohlergehen anderer ihren Platz hat.

In der Entmoralisierung der »Formatvorlagen« und der ethischen Frage nach geteilter Verantwortung werden zwei Konsequenzen deutlich.

Die erste Konsequenz ist die *Anerkennung des Entscheidungsrechts von Frauen*³. Empirisch ist mittlerweile völlig klar geworden, dass restriktive Gesetzgebung nicht die Zahl der Abtreibungen mindert. Stattdessen führt eine restriktive Gesetzgebung oder ein De-facto-Verbot wie ein *heartbeat bill* zur Kriminalisierung von Angst und Unsicherheit ebenso wie zu unsicheren Abtreibungen mit allen physischen und psychischen Konsequenzen und einer dramatischen Reduktion von *reproductive care*. Die Entscheidung über eine Abtreibung darf letztlich niemand fällen als die Frau* selbst. Wer sonst? Ihr Vater? Der Vater des Kindes? Der Pfarrer? Eine Justizbehörde? Zugleich ist ein kollektives gesellschaftliches Subjekt unterstützende Verantwortungsträgerin. Dies verweist darauf, dass eine verlässliche Sexualerziehung und der Zugang zu empfängnisverhütenden Mitteln gewährleistet werden müssen. Weltweit nötig sind sichere Abtreibungen im Kontext weiterer physischer, psychischer und sozialer gesundheitlicher Versorgung für Frauen*, die sich nicht in der Lage sehen, ein Kind zur Welt zu bringen. Und wichtig sind Beratungsinstitutionen, die die Solidarität mit schwangeren Frauen* artikulieren, Hilfen geben ohne zu moralisieren und Unterstützung anbieten ohne zu bevormunden. Denn das Recht auf

3 Die Schreibweise Frauen* dort, wo es um ethische Fragen der Gegenwart geht, signalisiert, dass gerade auch in der Diskussion um Reproduktion und Abtreibung es nicht vorentschieden ist, wer und wie eine Frau ist.

die Anerkennung individueller Entscheidungen ist nicht die Forderung nach isolierten Entscheidungen, sondern ein genuiner Ausdruck »relationaler Autonomie«.

Diese Legalisierung von Abtreibungen ist eine grundlegende Notwendigkeit. Zugleich sind mit einer Legalisierung nicht alle Probleme gelöst.

Die zweite Konsequenz einer Ethik kollektiv geteilter Verantwortung ist die *Notwendigkeit von Debattenräumen*. Erst wenn sichere und zugängliche Abtreibungen gegeben sind, können diese Debattenräume gewaltfrei werden: frei von der Gewalt festgelegter Rollenbilder, frei von normalisierten Körpern und normierten Lebensläufen, frei von Strafandrohung des Rechtssystems oder der Familien und mit freiem und ungezwungenem Zutritt. Jenseits verfälschender und verkürzender Formatvorlagen geht es dort um die Komplexitäten und Kontextualitäten von Abtreibungen – und das bedeutet: Es geht um die schwierigen im engeren Sinn ethischen Fragen. Diese Debattenräume sollen verhindern, dass Abtreibungen, wie früher, in eine Sprachlosigkeit der Scham und Illegalität oder, wie es sich heute abzuzeichnen scheint, trotz Legalität in eine Sprachlosigkeit der Scham münden. Die Debattenräume können in Beziehungen, Familien, Schulen und Universitäten, Arbeitsverhältnissen, Sozial- und Gesundheitsinstitutionen, religiösen Gemeinschaften, medialen Räumen entstehen. Von Beratungsstellen könnten erste institutionalisierte Impulse dafür ausgehen. Erst in gewaltfreien Räumen können die schwierigen Fragen des Jahres 1989 neu erörtert werden. Es sind Fragen nach dem Stellenwert von »Normalitäten« und »Gesundheiten« für ein gutes Leben und ein Kind. Es sind Fragen nach dem untergründigen Fortwirken einer behindertenfeindlichen Gesellschaft. Es sind Fragen nach reproduktiven Rechten für behinderte Menschen. Und es sind Fragen nach reproduktiven Rechten auch für queere und trans* Menschen.

In solchen Debattenräumen, für deren Entstehen alle verantwortlich sind, haben ungewollt schwangere Frauen* und Frauen*, die sich für oder gegen eine Abtreibung entschieden haben, eine besondere Stimme. Ungewollt schwangere Frauen* sind immer wieder in schwierigen und verletzbaren Situationen, die sich verschärfen, wenn sie mit moralisierenden Vorurteilen konfrontiert werden. Sie werden verachtet, bemitleidet oder belehrt. Sie sind aber Autoritäten und Expertinnen ihrer eigenen Situation. Zur Würde von freien und gleichen Bürgerinnen gehört auch die Anerkennung ihrer Perspektive, ihrer Erfahrung und ihres Wissens, das Hören ihrer Stimmen und die Anerkennung ihrer Glaub-Würdigkeit. Sie sind Zeuginnen,

und ihnen gebührt die Gerechtigkeit, als Zeuginnen wahrgenommen zu werden. »Testimonial justice« (Fricker, 2007) heißt Zeugenschaft ablegen in einem Kontext, der diese Zeugenschaft willkommen heißt und nötig hat.

Damit werden Auseinandersetzungen zwischen »rein« und »unrein«, zwischen »pro life« und »pro choice«, zwischen »gesund« und »behindert«, zwischen »passend« und »unpassend« beendet, ebenso wie Auseinandersetzung um »sanctifying life« und »unsanctifying life«. Stattdessen geht es um Auseinandersetzungen darum, wie gerechte Strukturen geschaffen werden können, in denen menschliches Gedeihen, »human flourishing«, möglich ist.

Literatur

- Ammicht Quinn, R. (2015). Der Frauenkörper als Aushandlungsort. Vom nötigen neuen theologischen Sprechen über Schwangerschaftsabbrüche. In R. Bucher & R. Oxenkecht-Witzsch (Hrsg.), *Was fehlt? Leerstellen der katholischen Theologie in spätmodernen Zeiten: Ein Experiment* (S. 169–192). Würzburg: Echter.
- Ammicht Quinn, R. (2018). Verfügungsgewalt. Ethische Fragen zum Schwangerschaftsabbruch. *FAMA – feministisch-theologische Zeitschrift*, 34(3), 3–6.
- Ammicht Quinn, R. (2019a). (Un)Ordnungen und Konversionen. *Trans*, Gender, Religion und Moral*. In G. Schreiber (Hrsg.), *Das Geschlecht in mir. Neurowissenschaftliche, lebensweltliche und theologische Beiträge zu Transsexualität* (S. 231–247). Berlin: De Gruyter.
- Ammicht Quinn, R. (2019b). Hat Religion ein Geschlecht? In M. Läser-Nather, A.-L. Oldmeier & D. Beck (Hrsg.), *Backlash?! Antifeminismus in Wissenschaft, Politik und Gesellschaft* (S. 169–187). Frankfurt a.M.: Ulrike Helmer Verlag.
- Christoph, F. (1983). *Krüppelschläge: Gegen die Gewalt der Menschlichkeit*. Reinbek: Rowohlt.
- Christoph, F., Goehler, A., Leyrer, K., Paczensky, S.v. & Witkofsky, H. (1989). Krüppelschläge: Wie weit reicht das Selbstbestimmungsrecht der Frau? KONKRET-Streitgespräch. *Konkret*, 4, 41–48.
- Degener, T. & Köbsell, S. (1992). »Hauptsache, es ist gesund«? *Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle*. Hamburg: Konkret Literatur Verlag.
- Douglas, M. (1966). *Purity and danger: An analysis of concepts of pollution and taboo*. London: Routledge.
- Eisenstadt, S.M. (2000). *Multiple modernities 2000*. New York: Routledge.
- Ewinkel, C. & Hermes, G. (1985). *Geschlecht: behindert, besonderes Merkmal: Frau. Ein Buch von behinderten Frauen*. München: AG SPAK.
- Farmer, D.H. (1978). Maria Goretti. In Farmer, D.H., *The Oxford dictionary of saints* (S. 193). Oxford: Oxford University Press.
- Fine, M. (2019). *Leaking women: A genealogy of gendered and racialized flow*. New York: CUNY Academic Works.
- Freud, S. (2000 [1925]). Einige psychische Folgen des anatomischen Geschlechtsunter-

- schieds. In ders., *Sexualleben. Studienausgabe Bd. V* (S. 253–266). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Freud, S. (2000 [1933]). Die Weiblichkeit. In *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge. Studienausgabe Bd. 1*, S. 544–565.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: power and the ethics of knowing*. Oxford: Oxford University Press.
- Herzog, D. (2018). *Unlearning eugenics. Sexuality, reproduction, and disability in post-Nazi Europe*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Herzog, D. (2021). Behindertenrechte und reproduktive Rechte: Deutschland im Sommer 1989. Vortrag in Tübingen, Oktober 2021. Unveröffentlichtes Vortragsmanuskript. Tübingen.
- Pawlowski, H. (1971). *Krieg gegen die Kinder? Für und Wider die Abtreibung. Mit einer Dokumentation*. Limburg: Lahn-Verlag.
- Kant, I. (1964). Der Charakter des Geschlechts. Zerstreute Anmerkungen. In W. Weischedel (Hrsg.), *Schriften zu Anthropologie, Geschichtsphilosophie, Politik und Pädagogik. Wekausgabe Band XI* (S. 648–658). Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Klee, E. (1983). »Euthanasie« im NS-Staat. Die »Vernichtung lebensunwerten Lebens«. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Klee, E. (Hrsg.). (1985). Dokumente zur »Euthanasie« im NS-Staat. Frankfurt a.M.: Fischer.
- Klee, E. (1989). Von Menschen und Tieren. Eine Kritik praktischen Ethik. *Die Zeit*, Nr. 27, 20.06.1989. <https://www.zeit.de/1989/27/von-menschen-und-tieren> (09.12.2023).
- Kohlberg, L. (1974). *Zur kognitiven Entwicklung des Kindes*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Kohlberg, L. (1996). *Die Psychologie der Moralentwicklung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Koschorke, A. (2013). »Säkularisierung« und »Wiederkehr der Religion«. Zu zwei Narrativen der europäischen Moderne. In U. Willems, D. Pollack, H. Basu, T. Gutmann & U. Spohn (Hrsg.), *Moderne und Religion: Kontroversen um Modernität und Säkularisierung* (S. 237–260). Bielefeld: transcript.
- Kuhse, H. (Hrsg.). (2002). *Unsanctifying human life. Essays on ethics*. London: Wiley Blackwell.
- Kuhse, H. & Singer, P. (1985). *Should the baby live? The problem of handicapped infants*. Oxford: Oxford Paperbacks.
- Mackenzie, C. & Stoljar, N. (2000). *Relational autonomy. Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self*. Oxford: Oxford University Press.
- Marzell, P. (2021). Krüppelfrauen gegen den § 218. Zeit mit (Groß-)Vätern. Elternschaft nach dem Boom. <https://grossvater.hypotheses.org/312> (09.12.2023).
- Ochs, U. (1986). Offener Brief an den Bundestagspräsidenten Philipp Jenninger. *Die randschau. Zeitschrift für Behindertenpolitik*, 1(3). [https://archiv-behindertenbewegung.org/archiv/1-03-1986_\(08-01-2020_22-36-43\).pdf](https://archiv-behindertenbewegung.org/archiv/1-03-1986_(08-01-2020_22-36-43).pdf) (20.08.2024).
- Origenes (1993). *Vier Bücher von den Prinzipien*. Darmstadt: WBG.
- Schäfer, C. (2006). »Wunderschön prächtige«. *Geschichte eines Marienliedes*. Tübingen: Francke.
- Sierck, U. (1989a). Unser Lebensrecht ist undiskutierbar! *Die randschau. Zeitschrift für Behindertenpolitik*, 4(3). [https://archiv-behindertenbewegung.org/archiv/1-3-1989_\(08-01-2020_22-37-09\).pdf](https://archiv-behindertenbewegung.org/archiv/1-3-1989_(08-01-2020_22-37-09).pdf) (29.08.2024).
- Sierck, U. (1989b). *Das Risiko nichtbehinderte Eltern zu bekommen. Kritik aus der Sicht eines Behinderten*. München: Materialien der AG SPAK. [https://archiv-behindertenbewegung.org/archiv/1-3-1989_\(08-01-2020_22-37-09\).pdf](https://archiv-behindertenbewegung.org/archiv/1-3-1989_(08-01-2020_22-37-09).pdf)

bewegung.org/media/18_das-risiko-nichbehinderte-eltern-zu-bekommen-low.pdf (20.08.2024).

Singer, P. (1993). *Practical ethics*. 2. Aufl. Cambridge: Cambridge University Press.

Valente, A. (2022). »Ich habe besser verstanden, was es heißt, eine Frau zu sein«. Fast überall auf der Welt werden Abtreibungen juristisch eingeschränkt und moralisch verurteilt. Frauen aus 17 Ländern schildern, was sie erlebten, nachdem sie sich trotzdem für einen Abbruch entschieden hatten. *Süddeutsche Zeitung Magazin*, 41. 14.10.2022.

Young, I. (2011). *Responsibility for justice*. Oxford New York: Oxford University Press.

Zinn, A. (2018). »Aus dem Volkskörper entfernt?« *Homosexuelle Männer im Nationalsozialismus*. Frankfurt a. M. u. New York: Campus.

Biografische Notiz

Regina Ammicht-Quinn, Dr. theol. habil., ist Professorin für Ethik. Sie war bis Ende 2023 Sprecherin des Internationalen Zentrums für Ethik in den Wissenschaften (IZEW) der Universität Tübingen und Direktorin des Zentrums für Gender- und Diversitätsforschung (ZGD; mit Prof. Dr. Ingrid Hotz-Davies). Im Zuge von Erstplatzierungen bei Berufungen auf Lehrstühle der theologischen Ethik wurde ihr mehrfach das römische »nihil obstat« verweigert. Ihre Schwerpunkte sind Grund- und anwendungsbezogene Fragen der Ethik, insbesondere ethische Fragen digitaler Technikentwicklung und des digitalen Lebens; Kulturethik und ethische Grundlagen kultureller Konflikte; Sicherheitsethik; Ethik von Gender-Diskursen; Körperdiskurse; Sexualität; Scham.

Häufigkeit und Hintergründe ungewollter Schwangerschaften in Deutschland

Tilman Knittel & Laura Olejniczak

Während zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland im Rahmen der amtlichen Statistik systematisch und kontinuierlich Daten erhoben werden, sind für gesicherte, verallgemeinerbare Informationen zu ungewollten Schwangerschaften repräsentative Befragungsstudien erforderlich. Die Grundlage der Ausführungen dieses Beitrags, der sich der Verbreitung und Hintergründe ungewollter Schwangerschaften und der Lebenssituation ungewollter Schwangerer widmet, bilden Ergebnisse der langjährigen empirischen Forschung von Cornelia Helfferich und des von ihr 1996 gegründeten und bis zu ihrem Tod im Jahr 2021 geleiteten Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstituts zu Geschlechterfragen (SoFFI F.) an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Insbesondere die von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geförderte »frauen leben«-Studienreihe widmet sich seit Jahren dem Schwerpunkt ungewollte Schwangerschaften. Mit den Ergebnissen der repräsentativen Studie »frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen« liegen im Zeitraum von 2012 bis 2020 erhobene standardisierte Befragungsdaten von über 19.000 Frauen im Alter zwischen 20 und 44 Jahren vor, die über rund 22.700 beabsichtigte, unbeabsichtigte und ungewollte Schwangerschaften Auskunft geben – eine in Deutschland bislang einzigartige Datenbasis. Über 130 qualitative Interviews mit Frauen, die zu spezifischen Fragestellungen oder Lebensumständen – etwa Schwangerschaften in sehr jungem Alter oder in Gewaltbeziehungen – geführt wurden, ermöglichen darüber hinaus vertiefende Einblicke. Ausführliche Informationen und Ergebnisberichte zu der Studie »frauen leben 3« finden sich bei Helfferich et al. (2016) sowie im Internetportal »Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung« der BZgA im Forschungsfeld »Familienplanung im Lebenslauf« (vgl. BZgA, 2023). In diesem Beitrag werden aufbauend auf einer Diskussion zum Begriff und zur empirischen Erfassung ungewollter

Schwangerschaften zentrale empirische Ergebnisse der Studie zusammengefasst, insbesondere zur Häufigkeit ungewollter Schwangerschaften sowie zu den biografischen Situationen und Lebenslagen, in denen sich ungewollt Schwangere befinden. Ebenso werden Ergebnisse zur Verhütung im Zusammenhang mit ungewollter Schwangerschaft dargestellt. Der abschließende Abschnitt widmet sich der emotionalen Reaktion auf ungewollt eingetretene, letztlich ausgetragene Schwangerschaften.

1 Zur empirischen Erfassung ungewollter Schwangerschaften

Die für eine zuverlässige empirische Erfassung erforderliche präzise Definition des Begriffs *ungewollte* Schwangerschaft ist keineswegs trivial und wirft eine Reihe von Fragen und Problemen auf. Nicht nur im Alltagssprachlichen Gebrauch ist der Begriff ungewollte Schwangerschaft unscharf und missverständlich. So sind die Abgrenzungen etwa gegenüber ungeplanten oder unbeabsichtigten Schwangerschaften uneinheitlich und fließend (vgl. Stanford et al., 2000; Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung, 2001). Zum Teil werden ungewollte Schwangerschaften fälschlicherweise auch mit Schwangerschaftsabbrüchen gleichgesetzt, obwohl – wie weiter unten gezeigt wird – die Mehrzahl der ungewollten Schwangerschaften ausgetragen wird.

Auch in der internationalen Forschung besteht zu Begriff und empirischer Erfassung ungewollter Schwangerschaften keineswegs Einigkeit. Vielmehr finden sich verschiedene alternative theoretische Definitionen und empirische Messansätze, wobei auch in der neueren Forschung noch der Bedarf einer Klärung und Weiterentwicklung betont wird (vgl. Mumford et al., 2016). Als eine wesentliche Schwierigkeit der Begriffsdefinition zeigt sich, dass die Haltung zu einer Schwangerschaft in der Lebenswirklichkeit keineswegs immer eindeutig, sondern häufig durch Widersprüche, Ambivalenzen und verschiedene Grade der (Un-)Gewolltheit gekennzeichnet ist (vgl. Santelli et al., 2003; Helfferich et al., 2014). Diskutiert wird in der Forschung daher ebenfalls, inwieweit es überhaupt sinnvoll und sachgerecht möglich ist, die Schwangerschaftsintention trennscharfen Kategorien wie »ungewollt« oder »ungeplant« zuzuordnen. Hall et al. (2017) empfehlen etwa, bei der Anwendung des vielfach genutzten validierten Erhebungsinstruments London Measure of Unplanned Pregnancy

die Schwangerschaftsintention als Kontinuum zwischen den Polen gewollt und ungewollt bzw. ungeplant zu betrachten und von kategorialen Zuordnungen zu geplanten und ungeplanten Schwangerschaften abzusehen.

Zu Missverständnissen führt zudem, dass sich die Bewertung einer Schwangerschaft im Zeitverlauf ändern kann. Zu beobachten ist dies vielfach bei anfänglich ungewollten Schwangerschaften, die letztlich ausgetragen werden. In der Forschung hat sich in den vergangenen Jahren durchgesetzt, mit der (Un-)Gewolltheit von Schwangerschaften die Intention der Schwangeren – Partner, Partnerinnen oder weitere Personen werden nur in Ausnahmefällen berücksichtigt – bei Eintritt der Schwangerschaft zu bezeichnen.

Konsens ist in der internationalen Forschung, dass bei der empirischen Erfassung ungewollter Schwangerschaften verschiedene Dimensionen zu berücksichtigen sind. Der seit den 1970er Jahren in den USA im Rahmen des National Survey of Family Growth (NSFG) verwendete Ansatz berücksichtigt neben dem generellen Kinderwunsch als affektiver Dimension zusätzlich das passende (oder unpassende) Timing der Schwangerschaft als zeitliche Dimension. Neuere Messansätze von Barrett et al. (2004) oder Mumford et al. (2016) nehmen darüber hinaus als zusätzliche Dimension das Verhalten in Bezug auf Verhütung und weitere Aspekte des Gesundheitsverhaltens in den Blick. Durch die Berücksichtigung verschiedener Dimensionen ist es möglich, auch ambivalente oder widersprüchliche Haltungen abzubilden.

Im Rahmen der Studie »frauen leben 3« erfolgt die Erfassung ungewollter Schwangerschaften in Anlehnung an die Systematik des NSFG anhand der affektiven Dimension und des Timings. Konkret wurden die an der Studie teilnehmenden Frauen zu jeder Schwangerschaft gefragt, ob sowohl die Schwangerschaft als auch der Zeitpunkt gewollt waren, ob die Schwangerschaft gewollt war, aber eigentlich erst später, ob sie ungewollt eingetreten ist oder ob die Befragte zwiespältig bzw. unentschieden war. Als *ungewollte* Schwangerschaften werden ausschließlich die explizit als ungewollt eingetreten angegebenen Schwangerschaften berücksichtigt. Schwangerschaften mit den Antworten »gewollt, aber eigentlich erst später« oder »zwiespältig bzw. unentschieden« sind ebenfalls dem weiteren Kreis der unbeabsichtigten Schwangerschaften zugeordnet.

Unter ungewollten Schwangerschaften verstehen wir in einem engeren Sinne dezidiert bzw. ausdrücklich ungewollte Schwangerschaften. Sie bilden eine Teilmenge der unbeabsichtigten Schwangerschaften, worunter wir sämtliche Schwangerschaften fassen, die nicht dezidiert gewollt sind.

Hierunter fallen etwa Schwangerschaften mit unklarer oder ambivalenter Intention. Die Bewertung der Ungewolltheit oder Gewolltheit bezieht sich auf den Zeitpunkt des Eintritts der Schwangerschaft. Veränderungen der Bewertung im Zuge der Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft in deren späteren Verlauf werden hierbei nicht berücksichtigt. Abgebrochene Schwangerschaften sind im Rahmen von »frauen leben 3« aus forschungspragmatischen Erwägungen ohne weitere Differenzierung den ungewollten Schwangerschaften zugeordnet.

2 Häufigkeit ungewollter Schwangerschaften

Nach den Ergebnissen von »frauen leben 3« ist etwa jede fünfte befragte Frau (21 %) im Alter ab 40 Jahren im Laufe ihres Lebens mindestens einmal ungewollt schwanger geworden. Mehr als jede dritte Befragte im Alter ab 40 Jahren war mindestens einmal unbeabsichtigt schwanger (35 %).

Wie in Abbildung 1 dargestellt, sind etwa 70 % aller ausgetragenen oder abgebrochenen Schwangerschaften beabsichtigt, das heißt, sie waren zum Zeitpunkt ihres Eintritts gewollt oder eigentlich bereits früher gewünscht (circa 1 %).

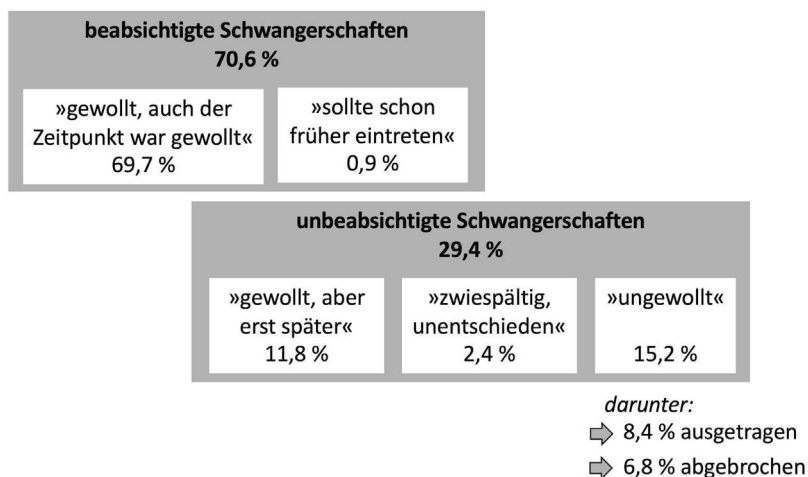


Abb. 1: Häufigkeiten beabsichtigter, unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften in Deutschland; Quelle: Datensatz »frauen leben 3«, N = 22.706 zwischen 1983 und 2020 ausgetragene oder abgebrochene Schwangerschaften

Demgegenüber treten knapp 30 % aller Schwangerschaften unbeabsichtigt ein. Hierzu zählen rund 12 % der Schwangerschaften, die zwar grundsätzlich gewollt waren, die aber erst zu einem späteren Zeitpunkt hätten eintreten sollen. Bei weiteren 2–3 % der Schwangerschaften waren die Frauen zwiespältig oder unentschieden. Ausdrücklich ungewollt sind 15 % aller Schwangerschaften. Diese werden zu über der Hälfte ausgetragen (55 % aller ungewollten Schwangerschaften) und zu 45 % abgebrochen.

Es ist anzumerken, dass aufgrund der verschiedenen genutzten Messinstrumente belastbare internationale Vergleiche der Häufigkeit von ungewollten Schwangerschaften im Regelfall nicht möglich sind (vgl. Aiken et al., 2016).

Wie die »frauen leben 3«-Daten weiter zeigen, treten ungewollte Schwangerschaften über weite Teile der fertilen Lebensphase mit einer vergleichbaren Häufigkeit ein: Im Alter zwischen 19 und 35 Jahren werden etwa zehn von 1.000 Frauen eines Altersjahres ungewollt schwanger. In höherem Alter geht die Prävalenz zurück, im Alter über 40 Jahren liegt sie – ebenso wie bei noch nicht volljährigen Frauen – bei weniger als fünf ungewollten Schwangerschaften je 1.000 Frauen gleichen Alters (siehe Abb. 2). Es gibt mithin keine begrenzte typische Altersspanne für ungewollte Schwangerschaften. Dies zeigt sich in vergleichbarer Weise auch bei

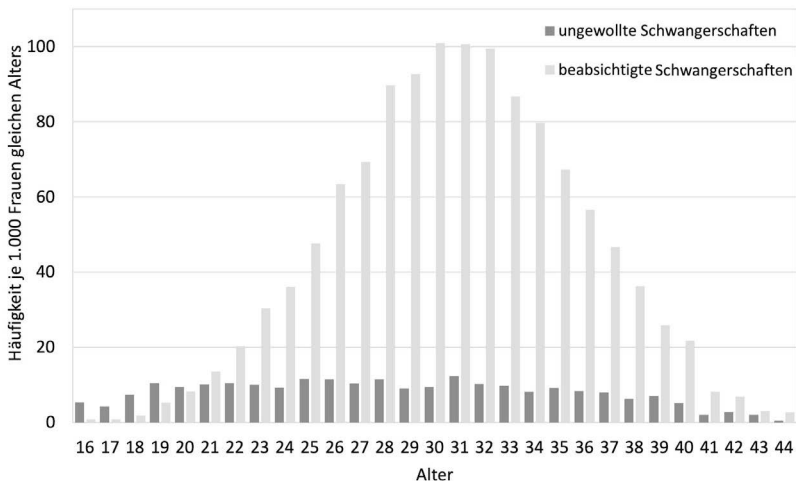


Abb. 2: Häufigkeiten beabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften nach Altersjahren; Quelle: Datensatz »frauen leben 3«, N = 22.706 zwischen 1983 und 2020 ausgetragene oder abgebrochene Schwangerschaften

Schwangerschaftsabbrüchen, deren Häufigkeit in Relation zur gleichaltrigen weiblichen Bevölkerung gemäß amtlicher Statistik zwischen 18 und 40 Jahren nicht in größerem Umfang variiert (vgl. Destatis, 2024).

Während ungewollte Schwangerschaften über die Altersjahre hinweg ähnlich verbreitet sind, sind gewollte und geplante Schwangerschaften im Alter zwischen 28 und 34 Jahren besonders häufig. Betrachtet man den Anteil ungewollter Schwangerschaften an allen Schwangerschaften, ist der Anteil ungewollter Schwangerschaften in dieser Altersspanne besonders gering. Bei jungen Frauen unter 20 Jahre sind Schwangerschaften häufiger ungewollt als beabsichtigt, der Anteil ungewollter Schwangerschaften an allen Schwangerschaften ist mithin am höchsten. Dennoch wäre es irreführend, ungewollte Schwangerschaft als Thema zu betrachten, das besonders junge Frauen betrifft.

Differenziert nach der Zahl der bereits geborenen Kinder zeigen die »frauen leben 3«-Ergebnisse, dass nach der zweiten Geburt der Anteil ungewollter Schwangerschaften mit steigender Kinderzahl deutlich zunimmt (siehe Abb. 3). Bei Schwangerschaften nach der ersten Geburt sind ungewollte Schwangerschaften am seltensten. Dies steht fraglos im

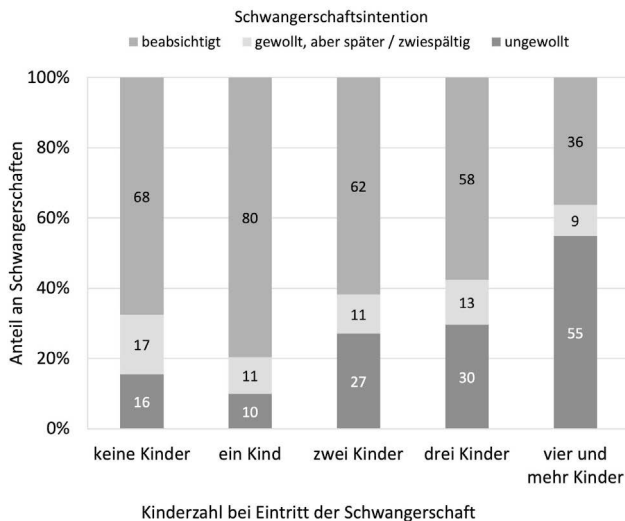


Abb. 3: Anteile beabsichtigter, unbeabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften nach Zahl der bereits geborenen Kinder; Quelle: Datensatz »frauen leben 3«, N = 22.706 zwischen 1983 und 2020 ausgetragene oder abgebrochene Schwangerschaften

Zusammenhang mit der gesellschaftlich dominierenden Idealvorstellung einer Zweikindfamilie. Auch bei Schwangerschaften von Kinderlosen ist der Anteil der dezidiert ungewollten Schwangerschaften geringer als bei Schwangerschaften von Frauen mit zwei oder mehr Kindern. Häufiger sind bei zuvor kinderlosen Frauen Schwangerschaften, die zwar unbeabsichtigt sind und erst später eintreten sollten, aber nicht ausdrücklich als ungewollt bezeichnet werden. Bei Frauen, die bereits mehr als drei Kinder geboren haben, sind über die Hälfte der weiteren Schwangerschaften ungewollt.

3 Zur Lebenssituation von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften

Wie die dargestellten Verteilungen ungewollter Schwangerschaften nach Alter und Parität bereits vermuten lassen, zeigt sich auch bei den weiteren untersuchten Lebensumständen ungewollt Schwangerer eine ausgeprägte Heterogenität. Eine als typisch zu bezeichnende Lebenssituation von Frauen mit ungewollten Schwangerschaften gibt es nicht. Allerdings zeigt sich im direkten Vergleich mit gewollt Schwangeren, dass beim Eintritt ungewollter Schwangerschaften für eine Familiengründung oder -erweiterung ungünstige Lebensumstände unter anderem in den Bereichen Partnerschaft, berufliche und finanzielle Situation oder Gesundheit deutlich häufiger verbreitet sind als bei beabsichtigten Schwangerschaften (siehe Tab. 1).

Bei über zwei Dritteln der ungewollten Schwangerschaften (68 %) ist die berufliche und/oder finanzielle Situation allenfalls eingeschränkt geeignet dafür, ein Kind zu bekommen. 46 % der Frauen mit ungewollten Schwangerschaften weisen auf gesundheitliche Bedenken oder Probleme hin. Tritt lediglich jede siebte ungewollte Schwangerschaft bei Frauen ohne feste Partnerschaft ein, deuten bei insgesamt 42 % der ungewollten Schwangerschaften ein oder mehrere Merkmale auf eine schwierige oder nicht vorhandene Partnerschaft hin. 60 % der ungewollt Schwangeren nennen weitere schwierige oder unpassende Lebensumstände wie das Gefühl, zu jung und unreif zu sein, eine unzureichende Wohnsituation oder eine starke Beanspruchung durch die Betreuung und Pflege von Kindern oder anderen Angehörigen.

Während fast die Hälfte (48 %) der beabsichtigt schwanger gewordenen Frauen überhaupt keine schwierigen Lebensumstände und weitere 30 % Schwierigkeiten in lediglich einem Bereich nennen, ist bei ungewollten

Schwangerschaften eine Kumulation nachteiliger Lebensumstände typisch: Über zwei Drittel der ungewollt Schwangeren verweisen auf ungünstige Umstände in zwei oder mehr Lebensbereichen, lediglich 11 % nennen überhaupt keine Schwierigkeiten. Erfragt wurde hierbei die biografische Situation zum Zeitpunkt des Eintritts der Schwangerschaft – und nicht die während oder nach dieser. Die schwierigen Lebensumstände sind vielfach als ursächlich für die Ungewolltheit von Schwangerschaft zu betrachten.

Tab. 1: Verbreitung schwieriger Lebensumstände beim Eintritt beabsichtigter und ungewollter Schwangerschaften nach Alter (Angaben in Prozent); Quelle: Datensatz »frauen leben 3«, N = 22.706 zwischen 1983 und 2020 ausgetragene oder abgebrochene Schwangerschaften

	beabsichtigt	ungewollt	ungewollt nach Alter (in Jahren)				
			unter 20	20 bis unter 25	25 bis unter 30	30 bis unter 35	35 und älter
schwierige berufliche/finanzielle Situation	32	68	93	79	64	53	45
Berufstätigkeit/Berufspläne schwer vereinbar mit Kind	21	47	59	50	45	42	37
berufliche oder finanzielle Unsicherheit	12	47	75	60	41	28	19
in Ausbildung/Studium	9	31	69	45	21	9	2
keine konsolidierte Partnerschaft	6	42	60	51	40	30	17
nicht der richtige Mann für eine Familie	5	34	54	44	31	17	11
unsichere Partnerschaft, Krise, Trennung	3	28	45	34	26	20	9
kein Partner	1	13	15	16	14	10	7
gesundheitsbezogene Einschränkungen	24	46	46	40	45	46	60
allgemeine Überforderung und Erschöpfung	14	33	38	30	31	33	40
gesundheitliche Bedenken oder Probleme, das ungeborene Kind betreffend	12	21	16	16	22	21	37

	beabsichtigt	ungewollt	ungewollt nach Alter (in Jahren)				
			unter 20	20 bis unter 25	25 bis unter 30	30 bis unter 35	35 und älter
gesundheitliche Bedenken oder Probleme, mich selbst betreffend	10	19	15	16	19	18	35
weitere schwierige Lebensumstände	22	60	87	71	50	45	44
sehr beansprucht durch die Betreuung von Kindern oder Angehörigen	12	26	23	21	25	31	34
unzureichende Wohnsituation	8	30	50	36	23	20	17
jung, unreif	5	33	80	51	18	3	2

Wie oben gezeigt, treten ungewollte Schwangerschaften über weite Phasen der fertilen Lebensphase in nahezu gleicher Häufigkeit ein. Was sich jedoch mit dem Alter ändert, sind die für Familiengründungen bzw. -erweiterungen ungünstigen biografischen Situationen der ungewollt Schwangeren. Je jünger Frauen bei ungewollten Schwangerschaften sind, desto verbreiteter sind schwierige Lebensumstände. Dies betrifft in besonderer Weise die bei jungen Frauen vielfach noch nicht umfassend erfolgte berufliche Etablierung, also etwa die noch nicht abgeschlossene Ausbildung, aber auch berufliche und finanzielle Unsicherheiten in der Berufseinstiegsphase sowie Hürden bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Auch die Partnerschaften sind bei jüngeren Frauen oft noch nicht ausreichend konsolidiert, um eine verlässliche Grundlage für eine Familiengründung zu bieten. Zudem sind bei jüngeren Frauen die Selbsteinschätzung, zu jung und unreif für Kinder zu sein, oder auch eine unzureichende Wohnsituation stärker verbreitet. Entsprechend zeigt sich insbesondere bei jüngeren Frauen häufiger eine Kumulation schwieriger Lebensumstände.

Gegenüber jüngeren Frauen haben bei in höherem Alter ungewollt schwanger gewordenen Frauen gesundheitliche Bedenken – sowohl in Bezug auf sich selbst als auch auf das ungeborene Kind – eine deutlich größere Bedeutung. Bei ungewollt Schwangeren im Alter von 35 Jahren oder

mehr verweisen über 60 % auf ein eingeschränktes Wohlbefinden oder gesundheitliche Bedenken.

Ungünstige berufliche und finanzielle Lebensumstände, darunter insbesondere Hürden bei der Vereinbarkeit von Familie und Beruf, werden auch bei über 30-jährigen ungewollt Schwangeren noch von etwa der Hälfte als schwierige Rahmenbedingungen der Schwangerschaft angeführt.

Jenseits schwieriger Lebenssituationen wird mit steigendem Alter der Umstand, dass die Familienplanung bereits abgeschlossen und die gewünschte Familiengröße erreicht ist, als Hintergrund der ungewollten Schwangerschaft zunehmend relevant. Bei ungewollt Schwangeren zwischen 30 bis unter 35 trifft dies auf knapp die Hälfte (48 %), im Alter ab 35 bereits auf 71 % der ungewollten Schwangerschaften zu.

4 Verhütung und Verhütungsversagen bei ungewollten Schwangerschaften

Ungewollte und unbeabsichtigte Schwangerschaften sind keineswegs nur auf unterlassene Verhütung zurückzuführen, sondern zu einem beträchtlichen Anteil das Ergebnis versagender Verhütung. Der Anteil unter Verhütung eingetretener unbeabsichtigter Schwangerschaften liegt nach »frauen leben 3«-Daten bei knapp 40 %. Während bei den zu früh oder mit unentschiedener bzw. zwiespältiger Intention eingetreten Schwangerschaften bei etwa 30 % Verhütungsmethoden angewendet wurden, liegt der Anteil unter Verhütung eingetretener Schwangerschaften bei den dezidiert ungewollten Schwangerschaften mit 48 % deutlich höher.

Tieferegehende Fragen im Zusammenhang mit dem Versagen von Verhütungsmethoden wurden in der standardisierten »frauen leben 3«-Befragung nicht erhoben. Kursorische Aufschlüsse geben allerdings die Ergebnisse qualitativer Interviews, die im Rahmen der Studie durchgeführt wurden (siehe hierzu auch den Beitrag von Göppert in diesem Band). Genannt wurden hierbei als Hintergründe des Verhütungsversagens eine eingeschränkte Wirkung hormoneller Verhütungsmethoden infolge von Krankheiten und Medikamenteneinnahme oder auch der Wechsel der Verhütungsmethode.

Als Gründe für die Nichtnutzung von Verhütung trotz fehlender Schwangerschaftsabsicht werden bei unbeabsichtigten Schwangerschaften

ten individuelle und strukturelle Hürden, wie zum Beispiel Nebenwirkungen oder zu hohe Kosten (18 %) sowie die irrtümliche Annahme, nicht schwanger werden zu können (8 %), genannt (vgl. Helfferich et al., 2021b). Bei knapp einem Drittel der ohne Verhütung eingetretenen unbeabsichtigten Schwangerschaften werden allerdings auch die Motivlagen »Spielen mit dem Kinderwunsch« oder »Leichtsinn« für den Verhütungsverzicht genannt. In Übereinstimmung mit Mumford et al. (2016) legen die qualitativen Ergebnisse nahe, dass die Nichtverwendung von Verhütungsmitteln bei nicht vorhandener Schwangerschaftsabsicht bei einem Teil der Frauen als eine weniger strikte Ablehnung einer Schwangerschaft interpretiert werden kann – wobei dies eben nur auf einen Teil zutrifft und in gleichem Maße verbreitete individuelle und strukturelle Barrieren bei der Verhütung nicht aus dem Blick geraten dürfen.

5 Reaktionen auf ungewollte Schwangerschaften

Wie in diesem Beitrag eingangs in den Abschnitten zur Begriffsdiskussion ausgeführt, bezieht sich die (*Un-)*Gewolltheit der Schwangerschaft auf die Intention und damit auf den Zeitpunkt vor bzw. während des Eintritts einer Schwangerschaft. Eine ungewollte Schwangerschaft bedeutet daher keineswegs, dass sich die Einstellung gegenüber der Schwangerschaft nicht im weiteren Verlauf ändern und aus einer ungewollten Schwangerschaft nicht letztlich ein gewolltes Kind hervorgehen kann.

Bereits unmittelbar bei Bemerken der Schwangerschaft zeigt sich eine große Bandbreite an Reaktionen. Auf 38 % der ausdrücklich ungewollten Schwangerschaften, die im Nachhinein ausgetragen wurden, reagierten die Schwangeren spontan mit negativen Gefühlen. Etwa jede fünfte der ungewollt Schwangeren (21 %) berichtete dagegen, über die Schwangerschaft spontan (sehr) erfreut gewesen zu sein. Auf unbeabsichtigte Schwangerschaften insgesamt reagierten die Befragten zu 39 % erfreut und zu 21 % negativ. Die unterschiedlichen Reaktionen stehen dabei in einem signifikanten Zusammenhang sowohl zu der Anwendung von Verhütungsmethoden als auch zu den Lebensumständen: Sofern nicht verhütet wurde und die Lebenssituation günstig für die Gründung oder Erweiterung einer Familie war, fiel die spontane Reaktion auf die unbeabsichtigte Schwangerschaft positiver aus (vgl. Helfferich et al., 2021a).

6 **Fazit**

Wie im Beitrag an mehreren Stellen betont wird, weist der Begriff der ungewollten Schwangerschaft erhebliche Unschärfen auf, die sowohl in der Forschung als auch in der Beratung von ungewollt Schwangeren berücksichtigt werden müssen. Inkonsistenzen wie etwa die fehlende Übereinstimmung der Schwangerschaftsintention (kein Kinderwunsch) einerseits mit dem tatsächlichen Verhalten (keine Anwendung von Verhütungsmitteln) oder der Reaktion (freudiges Begrüßen der Schwangerschaft) andererseits sind bei den ungewollten Schwangerschaften durchaus verbreitet. Insbesondere die große Bandbreite an Reaktionen bei Bemerkungen der Schwangerschaft legt nahe, dass keineswegs jede unbeabsichtigte Schwangerschaft als Problem betrachtet wird bzw. werden muss. Wie aus den qualitativen Interviews hervorgeht, bestehen bei einem Teil der Frauen durchaus Unklarheit und Unsicherheit bezüglich ihrer Einstellung zu ihrer Schwangerschaft.

Trotz aller Unschärfen des Begriffs der ungewollten Schwangerschaft und der Heterogenität der individuellen Lebenswirklichkeiten ungewollt Schwangerer sind anhand der empirischen Analysen klare Hintergründe und Strukturen erkennbar. Zunächst ist festzuhalten, dass ungewollte Schwangerschaften über nahezu die gesamte fertile Lebensphase hinweg in vergleichbarer Häufigkeit eintreten. Als Rahmenbedingung – wenn nicht vielfach als Ursache – ungewollter Schwangerschaften zeigt sich gegenüber gewollten Schwangerschaften eine strukturelle Häufung von für eine Familiengründung oder -erweiterung ungünstigen Lebensumständen. Die Lebenssituationen ungewollt Schwangerer sind dennoch sehr heterogen und variieren insbesondere nach dem Alter. Bei Frauen, die in jüngerem Alter schwanger werden, sind die Voraussetzungen für eine Familiengründung in Bezug auf Partnerschaft, berufliche Etablierung, finanzielle Absicherung und – mit vorgenannten Aspekten zusammenhängend – eine für eine Familie geeignete Wohnsituation vielfach noch nicht gegeben, und auch die persönliche Reife wird noch als unzureichend eingeschätzt. Mit steigendem Alter werden diese Voraussetzungen zunehmend erfüllt, wobei dann gesundheitliche Belastungen und Bedenken, die Beanspruchung durch die Betreuung von Kindern oder Angehörigen und auch eine bereits abgeschlossene Familienplanung gegen Schwangerschaften sprechen. Für die Forschung wie auch für Angebote zur Beratung un-

gewollt Schwangerer ergibt sich hieraus die Anforderung, dieser Heterogenität jeweils gerecht zu werden.

Auch wenn in der »frauen leben 3«-Erhebung ein breites Spektrum an Aspekten im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften berücksichtigt werden konnte, ist festzuhalten, dass wesentliche Fragen und Aspekte weiterhin offenbleiben. Wenig beleuchtet sind bislang die Dynamiken und Prozesse innerhalb von Partnerschaften bei ungewollten Schwangerschaften. Die »frauen leben 3«-Daten deuten darauf hin, dass sich bei einer Mehrzahl der ungewollten Schwangerschaften die Schwangeren und ihre Partner bzw. die beteiligten Männer bei der Bewertung der Schwangerschaft einig sind. Unterschiedliche Bewertungen der Partner sind dennoch keineswegs seltene Ausnahmen. Einer tieferen empirischen Forschung sind hier allerdings durch den äußerst schwierigen, nur mit erheblichem Aufwand möglichen Zugang zum Forschungsfeld Grenzen gesetzt. Insofern bleibt bislang auch unklar, inwiefern und in welchem Ausmaß bei Frauen und Männern unterschiedliche Aspekte der Lebenslage bei der Gewolltheit oder Ungewolltheit von Schwangerschaften relevant sind.

Unklar ist bislang ebenfalls, in welchem Maße sich gesellschaftliche Rahmenbedingungen auf die Häufigkeit ungewollter und gewollter Schwangerschaften auswirken. Die im Beitrag ausgeführte Bedeutung der – subjektiv wahrgenommenen – finanziellen Sicherheit und beruflicher Perspektiven legt nahe, dass gesellschaftliche und insbesondere wirtschaftliche Rahmenbedingungen einen Einfluss auf die (Un-)Gewolltheit von Schwangerschaften ausüben. Dies betrifft mutmaßlich strukturelle Aspekte wie die faktischen Möglichkeiten zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie – vor allem die typischen Arbeitsbedingungen, die Kinderbetreuungsinfrastruktur sowie die gesellschaftlich geprägte innerfamiliäre Aufgabenteilung –, aber auch kurzfristige Entwicklungen. Auch wenn gesicherte empirische Erkenntnisse fehlen, ist etwa zu vermuten, dass der abrupte Anstieg der Schwangerschaftsabbrüche ab Mitte des Jahres 2022 und die gleichzeitig rückläufige Zahl der Schwangerschaften – erkennbar an der gesunkenen Geburtenzahl ab dem ersten Quartal 2023 – zumindest zu einem Teil auf eine tiefgreifende Verunsicherung durch die hohe Inflation, die Energiekrise und die Rezession in der Folge des russischen Kriegs in der Ukraine zurückzuführen sind.

Literatur

- Aiken, A. R. A., Westhoff, C. L., Trussell, J. & Castaño, P. M. (2016). Comparison of a timing-based measure of unintended pregnancy and the London Measure of Unplanned Pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48(3), 139–146. <https://doi.org/10.1363/48e11316>
- Barrett, G., Smith, S. C. & Wellings, K. (2004). Conceptualisation, development, and evaluation of a measure of unplanned pregnancy. *J Epidemiol Community Health*, 58(5), 426–433. <https://doi.org/10.1136/jech.2003.014787>
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2023). Portal Sexuaufklärung, Verhütung und Familienplanung. Forschungsfeld Familienplanung im Lebenslauf. <https://www.sexualaufklaerung.de/forschung/forschungsfelder/familienplanung-im-lebenslauf/> (19.01.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2024). Statistik der Schwangerschaftsabbrüche. Am- bulante und stationäre Schwangerschaftsabbrüche (je 100.000 Frauen). <http://www.gbe-bund.de> (19.01.2024).
- Hall, J. A., Barrett, G., Copas, A. & Stephenson, J. (2017). London Measure of Unplanned Pregnancy: guidance for its use as an outcome measure. *Patient Related Outcome Measures*, 8, 43–56. <http://dx.doi.org/10.2147/PROM.S122420>
- Helfferich, C., Hessler, A., Klindworth, H. & Wlosnewski, I. (2014). Unintended pregnancy in the life-course perspective. *Advances in Life Course Research*, 21(5), 74–86. <https://doi.org/10.1016/j.alcr.2014.04.002>
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexuaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BzgA.
- Helfferich, C., Gerstner, D., Knittel, T., Pflügler, C. & Schmidt, F. (2021a). Unintended conceptions leading to wanted pregnancies – an integral perspective on pregnancy acceptance from a mixed-methods study in Germany. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 26(3), 227–232. <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1870951>
- Helfferich, C., Holz, J.-L., Knittel, T., Olejniczak, L. & Schmidt, F. (2021b). »Risk it« – warum Frauen ohne Schwangerschaftsabsicht nicht verhüten. Sonderauswertung der BzgA-Studie »frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen«. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64(11), 1408–1415. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03439-1>
- Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung (2001). *Schwangerschaftskonflikt. Motive für bzw. gegen den Schwangerschaftsabbruch*. Wien: Ludwig Boltzmann Institut für Frauengesundheitsforschung.
- Mumford, S. L., Sapra, K. J., King, R. B., Louis, J. F. & Buck Louis, G. M. (2016). Pregnancy intentions – a complex construct and call for new measures. *Fertility and Sterility*, 106(6), 1453–1462. <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2016.07.1067>
- Santelli, J., Rochat, R., Hatfield-Timajchy, K., Colley Gilbert, B., Curtis, K., Cabral, R., Hirsch J. S. & Schieve, L. (2003). The measurement and meaning of unintended pregnancy. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 35(2), 94–101.
- Stanford, J. B., Hobbs, R., Jameson, P., DeWitt, M. J. & Fischer, R. C. (2000). Defining dimensions of pregnancy intendedness. *Maternal and Child Health Journal*, 4(3), 183–189.

Biografische Notizen

Tilmann Knittel ist Soziologe und Wissenschaftlicher Geschäftsführer des Sozialwissenschaftlichen Instituts zu Geschlechterfragen (SoFFI F.) im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg. Zuvor war er langjährig in der Beratung im Bereich Demografie-, Familien- und Gesellschaftspolitik tätig.

Laura Olejniczak ist Soziologin und als Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Sozialwissenschaftlichen Institut zu Geschlechterfragen (SoFFI F.) im Forschungs- und Innovationsverbund an der Evangelischen Hochschule Freiburg tätig. Sie forscht zu ungewollten Schwangerschaften mit besonderem Schwerpunkt auf der Stigmatisierung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen.

Schwangerschaftsberatung in Deutschland

Historische und aktuelle Perspektiven

Ulrike Busch

In Deutschland existiert eine räumlich flächendeckende, personell und materiell weitgehend gut ausgestattete Beratungslandschaft im Themenfeld Schwangerschaft, Familienplanung und Sexuaufklärung. Etwa 1.300 Beratungsstellen¹ pluraler Trägerschaft mit gut ausgebildeten Fachkräften in zum Teil interdisziplinären Teams bilden eine anerkannte Säule der psychosozialen Beratung. Im internationalen Vergleich ist dies relativ einzigartig. Der Beitrag geht der Frage nach, was der Hintergrund dafür ist, in welchen historischen Traditionen die Schwangerschaftsberatung in Deutschland gründet und was die wesentlichen Eckpunkte ihrer Entwicklung in den letzten 100 Jahren darstellen. Von besonderer Bedeutung ist die Verbindung zur Gesetzeslage um den Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. Die Trägerlandschaft wird in ihren Besonderheiten skizziert, es werden Chancen wie Grenzen für die professionelle Arbeit in diesem Segment der psychosozialen Beratung diskutiert sowie Perspektiven der Beratung beleuchtet.

1 Historische Einordnung

1.1 Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts

Die Zeit um Ende des 19. und Beginn des 20. Jahrhunderts war durch gravierende gesellschaftliche Veränderungen gekennzeichnet. Der sich rasant

¹ Da keine aktuelle Erfassung der Gesamtzahl der Beratungsstellen, ihrer Differenzierung nach Trägerschaft und der Zahl der Mitarbeiter:innen (Vollzeit) existiert, fußen die im Beitrag verwendeten Zahlen auf eigenen Recherchen bei den jeweiligen Trägern, Homepages der Landesministerien und ersten Zwischenergebnissen der ELSA-Studie (Maika Böhm et al., HS Merseburg).

entwickelnde Industriekapitalismus zeitigte heterogene soziale Folgen. Sozialer Sprengstoff war entstanden, auf den erste kapitalismuskritische Bewegungen reagierten. Dazu zählten sowohl politische Parteien und Bewegungen, darunter eine entstehende Frauenbewegung, als auch sozialwissenschaftliche, medizinische und therapeutische Akteur:innen. Die Verbesserung der Lebensverhältnisse bildete vielfach den Fokus, von individualisierten fürsorge- und wohlfahrtsorientierten Unterstützungsstrategien bis zu Forderungen nach grundlegendem sozialem und gesellschaftlichem Wandel reichend – je nachdem, ob es sich eher um bürgerliche oder der proletarischen Bewegung verbundene Akteure handelte. Die Sozialmedizin war entstanden, den Blick auf das soziale, psychische und gesundheitliche Wohlbefinden richtend. Die aufkommende Sozialarbeit als sich professionalisierende Disziplin konzeptualisierte und praktizierte Unterstützungen für vielfältige Klient:innengruppen (unter anderem Jugendliche, Frauen, Migrant:innen) in diversen Problemfeldern. Psychotherapeutische Konzepte wie die Psychoanalyse und Verhaltenstherapie, meist im medizinischen Kontext eingebettet, sind vor allem auf individuelle Behandlungsmethoden und -ansätze und eher auf bürgerliche Schichten gerichtet.

All dies beeinflusste die sich herausbildenden Beratungs- und Aufklärungsansätze zu sexualitäts- und familienplanungsbezogenen Themen. Der Kinderreichtum in armen bäuerlichen und proletarischen Familien oder die unerträgliche Situation alleinerziehender Mütter erklärte sich nicht zuletzt aus dem fehlenden Wissen und Zugang zu Verhütung und Schwangerschaftsabbruch. Wirkungsvolle Verhütungsmittel waren kaum gegeben und wenn sie verfügbar waren, dann waren sie teuer und ihre Verwendung setzte Information und Aufklärung zu Sexualität und der Verhinderung ungewollter Schwangerschaften voraus. Somit blieb Verhütung lange ein Privileg des reichen gebildeten Bürgertums und war zu einer sozialen Frage ersten Ranges geworden. Die gesellschaftliche und juristische Stigmatisierung und Kriminalisierung von Verhütung und Schwangerschaftsabbruch trugen das ihre dazu bei, so der seit 1871 im RStGB verankerte § 218 oder § 184 (die sogenannte Lex Heinze), der Information zu Verhütung als Werbung und unsittliche Handlung der Strafverfolgung unterstellte.

Progressive Vertreter:innen der benannten politischen, medizinischen, therapeutischen und sozialarbeiterischen Gruppen begannen, aktiv auf diese Situation zu reagieren. Exemplarisch seien hervorgehoben der Arzt und Sexualwissenschaftler Magnus Hirschfeld, die Frauenrechtlerin und Sexualreformerin Helene Stöcker, die Ärztinnen Hermine Heusler-Eden-

huizen und Else Kienle. Hirschfeld konstatierte eine »erschütternde Unkenntnis über die einfachsten Vorgänge der Befruchtung und ihrer Verhinderung« und »wie bitter notwendig jede kleine, bescheidene Möglichkeit ist, aufklärend zu wirken« (Hirschfeld, 1928, S. 7). Mit dem 1919 gegründeten ersten Institut für Sexualwissenschaft wollte er nicht nur die wissenschaftliche Forschung zum Sexualleben befördern (hervorzuheben sind seine Forschungen zur Entkriminalisierung der Homosexualität), sondern auch den unsäglichen Zustand des Zugangs zu Wissen und Versorgung zu sexuellen und reproduktiven Fragen beeinflussen. Er musste aber feststellen, wie schwierig das war angesichts der sozialen Lage der Bevölkerung und der fehlenden Bereitschaft der Politik, auf diese Situation zu reagieren. Das Institut selbst fungierte unter anderem als Beratungseinrichtung für Menschen, die diesbezüglich in Nöte geraten sind und/oder Information bedürfen. Auch Helene Stöcker brachte sich in die Aufklärung und Versorgung von Frauen ein, indem sie bereits 1905 den Bund für Mutterschutz gründete (später Deutscher Bund für Mutterschutz und Sexualreform), der sich über die Hilfe für »gefallene Mädchen« hinaus für den Schutz lediger Mütter – unter anderem durch aktive Sexuaufklärung insbesondere zu Fragen der Verhütung und Sexualhygiene – speziell für die Unterstützung unverheirateter Frauen und Mütter einsetzte. Ende der 1920er, Anfang der -30er Jahre gab es circa 400 solcher Beratungsstellen im Kontext privater sexualreformerischer Initiativen in Deutschland.

Mit der Machtübernahme des faschistischen Regimes 1933 wurden Familie und Familienplanung, Sexualität und Beziehung in eine klar rassistisch, eugenisch und bevölkerungspolitisch dominierte Politik eingeordnet. Verbote zu Information über oder Versorgung durch Verhütung und Schwangerschaftsabbruch drückten dies aus. Die progressiven Beratungsstellen wurden geschlossen, ihre zum Teil jüdischen und/oder kommunistisch und sozialdemokratisch engagierten Vertreter:innen gingen vielfach ins Exil. Die staatlich geförderten neuen Einrichtungen fungierten als Eheberatungsstellen und Mütterschulen, die unter anderem Bräutekurse anboten. So wurden Ehestandsdarlehen an den Besuch derartiger Schulen geknüpft und es durften zum Beispiel SS- und später auch SA-Angehörige nur mit dem Nachweis einer Teilnahme daran heiraten. Ehetauglichkeitsuntersuchungen oder Untersuchungen zur Verhütung sogenannten erbkranken Nachwuchses zum Ausschluss bestimmter Krankheiten und zur Beförderung der Rassereinheit waren gesetzlich bereits 1933 und 1935 geregelt worden.

1.2 Die zweite Hälfte des 20. Jahrhundert

Nach dem Zweiten Weltkrieg kam es mit der Etablierung von zwei deutschen Staaten unterschiedlichen gesellschaftlichen Charakters in der Folge auch für den Bereich der Beratungsangebote im familienplanerischen Kontext zu sehr unterschiedlichen Entwicklungen.

Die BRD war weit bis in die 1960er Jahre von einem dominierenden Konservatismus unter anderem auch zu den Themen Sexualität, Verhütung und Umgang mit ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch gekennzeichnet. Familie galt als »Stabilitätsrest« nach dem gesellschaftlichen Desaster des »Dritten Reiches« und in der Zeit der Umordnung (Schelsky, 1954). Starre Rollenbilder und Prüderie in sexuellen Fragen entsprachen den vorherrschenden konservativ-patriarchalen Politik- und Moralvorstellungen der Adenauer-Ära – Mutterschaft galt als die zentrale Bestimmung der Frau. Angesichts dieser grundsätzlichen gesellschaftlichen Einbindung sowie der großen materiellen und sozialen Notlagen vieler Frauen und Familien nach dem Zweiten Weltkrieg waren Unterstützungsangebote durch einen stark fürsorglichen und das »Prinzip Mütterlichkeit« stützenden Charakter gekennzeichnet. Die Reichsmutterschulen der faschistischen Ära waren aufgelöst, Neu- und Wiedergründungen von Beratungsstellen erfolgten, zunächst konzentriert auf Erziehungs- und Familienberatung², sowie Mütterschulen, die mit ihren Kursen zu Haushaltsführung, Pflege und Erziehung des Säuglings und Kleinkindes sowie Vorbereitung auf Ehe und Familie ganz auf Frauen ausgerichtet waren. Dies war anfangs als vorrangig kommunale Aufgabe konzipiert. Es folgten evangelische und katholische Mütterschulen sowie Ehe- und Lebensberatungsstellen, die sich schon frühzeitig als offen für Menschen jeglichen Alters und jedweder Problemlage präsentierten. Das rechtlich verankerte Subsidiaritätsprinzip (zunächst im Sozial- und Kinder- und Jugendhilferecht, dann als genereller Verfassungsaspekt) unterstützte die zunehmend plurale Trägervielfalt auch im Bereich der psychosozialen Beratung.

Eine besondere Rolle spielte ob ihrer Themen- und Wertefokussierung von Anbeginn an die 1952 gegründete Deutsche Gesellschaft für Ehe und Familie – pro familia (so die damalige Bezeichnung). Die Gründung erfolgte zeitgleich mit der der International Planned Parenthood Federation

2 1949 wurde der Deutsche Arbeitskreis für Familienberatung, später DAJEB, ins Leben gerufen.

(IPPF), deren Gründungsmitglied pro familia war, und war gekennzeichnet unter anderem von der Auseinandersetzung mit Sozialhygiene und Bevölkerungspolitik des Dritten Reiches, den Nachkriegsfolgen und dem Konservatismus der Nachkriegsära. Das Recht auf »freie Kindschaftsplanung«, so die damalige Terminologie, bildete dabei eine wesentliche Klammer und anknüpfend an die progressiven Traditionen am Beginn des 20. Jahrhunderts die Themen Verhütung, Sexualaufklärung und ungewollte Schwangerschaft. Erste Beratungsstellen wurden in Kassel, Berlin und Frankfurt am Main gegründet, getragen von der Initiative progressiver Ärzt:innen wie Dr. Anne-Marie Durand-Wever.

Ende der 1960er, Anfang der -70er Jahre setzten Veränderungen ein, die einerseits mit der Wandlung der Gesellschaft hin zu einer Leistungs-, Konsum- und Dienstleistungsgesellschaft und andererseits mit dem Aufbegehren einer jungen, vor allem akademischen Generation gegen die starren konservativen Normierungen verbunden waren. Die beginnende Individualisierung und damit auch Destandardisierung von Biografien schaffte neue Möglichkeiten und Herausforderungen. Selbstverwirklichung und individuelle Freiheit wurden zunehmend zu zentralen Werten und betrafen auch Beziehung, Sexualität und Familienplanung. Frauen forderten Geschlechtergerechtigkeit ein. Progressive Akteur:innen der feministischen und Gesundheitsbewegung trieben diese Entwicklungen maßgeblich voran. Sozialwissenschaftliche, medizinische und therapeutische Konzepte fundierten dies und beeinflussten die weitere Professionalisierung und inhaltliche Ausrichtung der psychosozialen Beratung. Strukturen und Akteur:innen der sozialen und psychosozialen Versorgung veränderten sich, erhielten nicht selten über ihre Protagonist:innen eine emanzipatorische Ausrichtung. Familienbildung trat an die Stelle der Mütterschulen, weitere nichtkonfessionelle Träger begannen sich einzubringen. Anstelle alter fürsorgeorientierter und paternalistischer Konzepte traten partizipatorische und klientenzentrierte Ansätze, die den Menschen in seiner Subjektivität und nicht als defizitäres Wesen sehen. Die humanistische Psychologie strahlte auch auf die psychosoziale Beratung aus.

Beratung zu sexuellen und reproduktiven Themen fand zunächst entweder nicht oder integriert in die Ehe- und Familienberatung oder in einzelne psychotherapeutische Angebote statt. Nach wie vor galt in der BRD ein striktes Abtreibungsverbot. Die Pille als modernes Verhütungsmittel war zwar seit 1962 auf dem Markt, wurde aber nur zögerlich und zunächst nur verheirateten Frauen, die bereits Kinder hatten,

verordnet. Kondome waren schwer zu bekommen, als Verhütungsmethode dominierte der Coitus interruptus. Damit entstanden zahlreiche ungewollte Schwangerschaften. Die Folge waren »Muss-Ehen« (fast jede dritte Braut war zur Hochzeit schwanger) und eine große Zahl illegaler Abtreibungen mit allen problematischen gesundheitlichen und sozialen Folgen (vgl. Herzog, 2005, S. 155). Aufklärung zu Verhütung und Sexualität fand allenfalls durch für die damalige Zeit revolutionäre Formate wie die Medien von Beate Uhse oder Oswald Kolle statt. Unter den professionellen Trägern von Beratungsstellen hatte sich einzig pro familia, 1970 in »Gesellschaft für Familienplanung und Sexualberatung« umbenannt, explizit dem sukzessiven Ausbau der Aufklärungs- und Beratungsangebote verschrieben. Ohne staatliche Förderung erfolgte diese nur langsam. Mit den zunehmenden öffentlichen Diskussionen um eine notwendige Wandlung im Abtreibungsrecht und dessen Ausgestaltung im Rahmen einer Reform von § 218 StGB, unter anderem unter Einschluss von Beratungsdienstleistungen, förderte das Familienministerium seit 1973 Modellprojekte. Daran beteiligten sich verschiedene Träger, so der Sozialdienst katholischer Frauen e. V. (SkF), aber natürlich auch pro familia, letztere mit 26 Modellberatungsstellen. Darüber hinaus hatte die Partnerschafts-, Sexual- und Familienplanungsberatung keine eigenständige disziplinäre und gesetzliche Fördergrundlage. Dies änderte sich erst Mitte der 1970er Jahre.

In der DDR war § 218 StGB zwar bereits frühzeitig gestrichen worden und durch eine außerstrafrechtliche Regelung in § 11 des Gesetzes über den Schutz von Mutter und Kind reguliert. Damit wurde seit 1952 eine medizinisch-embryopathische Indikation verankert, die allerdings mit engen prozeduralen Bedingungen verknüpft war. Das führte dazu, dass nur wenige Anträge auf Schwangerschaftsabbruch gestellt und genehmigt wurden. Die Pille kam 1965 auf den Markt und hat nach anfänglicher Zögerlichkeit relativ schnell eine gute Verbreitung gefunden. Dennoch waren ungewollte Schwangerschaften und damit verbundene schwierige Situationen für Frauen und Paare/Familien an der Tagesordnung. In der DDR gab es keine eigenständige Frauenbewegung, die die Themen öffentlich diskutiert und Veränderungen eingefordert hätte. Die Realisierung der Gleichberechtigung der Frau war aber aufgrund staatlicher Programme und Maßnahmen durchaus weiter vorangeschritten als in der BRD. Das zeigte sich unter anderem in der hohen Berufstätigkeit und damit stärkeren ökonomischen Unabhängigkeit der Frauen, in der staatlichen Förde-

rung von Kinderbetreuungseinrichtungen und in zunehmenden familienpolitischen Maßnahmen (z. B. besserer Zugang zu Wohnraum, Kredite bei Eheschließung, deren Rückzahlung bei der Geburt von Kindern partiell erlassen wurde, Einführung eines Babyjahres, ab 1986 bei vollem Lohnausgleich).

Das System der gesundheitlichen und sozialen Versorgung lag fast vollständig in staatlichen Händen. Schwangeren- und Mütterberatungsstellen waren primär mit der gesundheitlichen Versorgung der Frauen, Säuglinge und Kleinkinder beauftragt. So gab es 1979 zum Beispiel 897 Schwangerenberatungsstellen und 9.955 Mütterberatungsstellen, in denen 225.600 Mütter und deren Säuglinge durch Ärzt:innen, Hebammen und Fürsorger:innen (so die damalige Bezeichnung, im Übrigen auch in der BRD) betreut wurden (Böttcher, 2022). Sobald Frauen schwanger waren, wurden sie nicht mehr durch ihre Ärzt:innen in den Polikliniken und staatlichen Praxen, sondern in den spezialisierten Schwangerenberatungsstellen medizinisch und psychosozial versorgt. Aufgabenprofil und strukturelle Einbindung dieser Beratungsstellen waren also ganz anders als die der später in der BRD sich entwickelnden Schwangerschaftsberatungsstellen. Zudem gab es progressive Ärzt:innen, Psychotherapeut:innen und Wissenschaftler:innen insbesondere aus dem medizinischen Bereich, die bereits frühzeitig begannen, sich für Sexualaufklärung und Beratung zu Familienplanung, Partnerschaft und Sexualität einzusetzen. Dies geschah bewusst in der Tradition der progressiven Sexualreformbewegung der 1920er Jahre und wurde befördert durch die in der sowjetischen Besatzungszone schon unmittelbar nach Kriegsende erfolgte Schließung der NS-Beratungsstellen sowie die Anordnung der Neugründung von Ehe- und Sexualberatungsstellen (vgl. Stumpe, 2020, S. 305). Mit der 1965 erfolgten Verabschiedung des Familiengesetzbuches der DDR stieg die Zahl innerhalb von zwei Jahren auf 160, wenn auch häufig nur nebenberuflich durch Ärzt:innen und Psychotherapeut:innen betrieben. In jedem Kreis des Landes sollten derartige Beratungsstellen zu Sexualität, Eheproblemen, Familienplanung und Verhütung beraten (vgl. ebd., S. 306). Namhafte Wissenschaftler:innen wie S. Schnabl, K.-H. Mehlan und L. Aresin waren in der Bevölkerung durch Buchveröffentlichungen, Zeitschriftenbeiträge oder Funk und Fernsehen bekannt und geschätzt.

Dennoch: Auch in der DDR war Handlungsbedarf zum Thema ungewollte Schwangerschaft- und Schwangerschaftsabbruch entstanden.

1.3 Die Zäsur der 1970er Jahre

In der DDR führten verschiedene Entwicklungen (vgl. Busch & Hahn, 2021, S. 92f.) dazu, dass 1972 ein ausgesprochen progressives Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch beschlossen wurde. Begründet mit der Gleichberechtigung der Frau in allen Lebensbereichen sollte sie nunmehr frei und auf eigenen Wunsch über die Fortsetzung einer Schwangerschaft entscheiden können, ohne Pflichtberatung (abgesehen von der ärztlichen, primär medizinisch ausgerichteten Beratung), als Gesundheitsleistung krankenkassenfinanziert – ebenso moderne Verhütungsmittel wie Pille und Spirale. Für Beratungen bei Konflikten standen die Ehe- und Sexualberatungsstellen zur Verfügung, wurden jedoch kaum in Anspruch genommen. Frauen und Paare trafen diese Entscheidung für sich und in ihrem persönlichen Lebenskontext. In der Regel wurden Folgeschwangerschaften abgebrochen. Die meisten Frauen gaben an, keinen Kinderwunsch mehr zu haben (abgeschlossene Familienplanung), gefolgt davon, dass sie sich zu jung oder zu alt fühlten oder familiäre Gründe und Belastungen nannten (vgl. Henning, 1984, S. 206).

Anders in der BRD: Mitte der 1970er Jahre führten die gesellschaftlichen Auseinandersetzungen um das Abtreibungsthema in ihrer Einbettung in internationale Entwicklungen (viele Länder hatten im Vergleich zur BRD bereits deutlich liberalere und zum Teil außerstrafrechtliche Regelungen getroffen) zwar zu einer grundlegenden Reform der Rechtslage, allerdings nach wie vor innerhalb des Strafrechts. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hatte dazu die Maßstäbe gesetzt, da eine erste Gesetzesfassung als zu liberal und nicht verfassungskonform beurteilt worden war (vgl. u. a. von Behren, 2020, S. 462ff.). Im Mai 1976 trat die Neufassung von § 218 StGB in Kraft.

2 Die Bedeutung der Einführung der Pflichtberatung

2.1 Die Pflichtberatung im Kontext der § 218-Reform von 1975

Die Einführung der Beratungspflicht geschah im Zusammenhang mit der Reform von § 218 StGB in den Jahren 1975/76. Grundlegend blieb die Bewertung des Abbruchs einer ungewollten Schwangerschaft als Straftat und damit die Annahme einer grundsätzlichen Gebärspflicht der Frau. Al-

lerdings wurden im Rahmen einer Indikationenregelung vier Ausnahmen ermöglicht, darunter die sogenannte Notlagenindikation. Diese wurde mit einer verpflichtenden Beratung in einer anerkannten Beratungsstelle verknüpft. Obwohl diese Regelung deutlich hinter den Forderungen vieler Verbände, Fachgesellschaften und Expert:innen sowie politischer Akteur:innen zurückblieb, war sie dennoch ein Fortschritt, da sie nunmehr den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch legal ermöglichte. Die große Bedeutung der Lebenslagen für die Entscheidungen von Frauen und Paaren wird unter anderem daran deutlich, dass etwa 95 % der Abbrüche fortan nach sozialer Indikation stattfanden. Die Beratung selbst wurde nicht explizit in einem gesonderten Paragraphen oder Gesetz geregelt, sondern erfolgte nach § 218b, Absatz 2. Sie hatte das Ziel, über Hilfen zu informieren, die die Fortsetzung einer Schwangerschaft erleichtern sollten und war darüber hinaus, der Urteilsbegründung des Bundesverfassungsgerichts von 1975 folgend, in den Lebensschutzauftrag von § 218 StGB eingeordnet.³

Diese bundesgesetzliche Normierung einer Beratungspflicht enthielt die Aufforderung zur staatlichen Förderung eines flächendeckenden Netzes an Beratungsstellen. Sie wurde in die Obliegenheit der Bundesländer gegeben, die dies auf ihre Weise ausgestalteten. Gesundheitsämter und konfessionelle Träger agierten sofort und wurden in diesem Beratungsfeld tätig. Unter den nichtkonfessionellen Trägern begann sich die AWO zu beteiligen. Größter Träger mit der entsprechenden fachlichen und fachpolitischen Untersetzung war indes pro familia – bereits 1977 gab es deutschlandweit 139 Beratungsstellen. Je nach Träger waren die Teams interdisziplinär, in der Hauptsache waren es aber, dem Auftrag des Gesetzes folgend, Sozialarbeiter:innen. Der Deutsche Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF) bildete ein Gremium, in dem die größten Trägerverbände sich mit den fachlichen Grundsätzen ihrer Be-

3 Dieser staatliche Schutzauftrag für das ungeborene Leben, so die Logik des Bundesverfassungsgerichts, ergibt sich daraus, dass Ausnahmen von der grundsätzlichen Gebärpflicht nur dann zugelassen sind, wenn sie so schwer sind, dass sie das Unzumutbarkeitskriterium erfüllen. Dies könne auch bei einer sozialen Indikation der Fall sein. Das Gebot der Kongruenz zwischen den einzelnen Indikationen verlange indes, nicht nur das Vorliegen einer Indikation zu prüfen und zu bescheinigen, sondern dass durch die verpflichtende Beratung das Ziel verfolgt wird »die Schwangere an die grundsätzliche Pflicht zur Achtung des Lebensrechts des Ungeborenen zu mahnen, sie zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und sie – vor allem in Fällen sozialer Not – durch praktische Hilfsmaßnahmen zu unterstützen« (BVerfGE, S. 23).

ratungsarbeit auseinandersetzen. Es ist mithin der problematischen strafrechtlichen Einbindung von Schwangerschaftsabbruch geschuldet, dass sich ein flächendeckendes und professionell agierendes Beratungsfeld entwickelte, das letztlich auch die Grundlage der heutigen Angebotssituation darstellt.

2.2 Die Etablierung der zielorientierten Beratungspflicht nach § 219 StGB

Vom Einigungsvertrag bis zum Bundesverfassungsgerichtsurteil 1993

Die Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs Anfang der 1990er Jahre war vor dem Hintergrund der deutschen Einheit notwendig geworden. Nach langem Ringen wurde im Einigungsvertrag festgelegt bis Ende 1992 »eine Regelung zu treffen, die den Schutz vorgeburtlichen Lebens und die verfassungskonforme Bewältigung von Konfliktsituationen« (EV § 31.4) gewährleistet. Angesichts der Maßstäbe der BVerfGE von 1975 ließ dies die Einführung von § 218 StGB für ganz Deutschland erahnen. Im Vorgriff darauf legte der Einigungsvertrag zudem die Etablierung eines flächendeckenden Netzes an Schwangerschaftsberatungsstellen in Ostdeutschland fest.

Der Einigungsprozess führte zur Auflösung der bislang bestehenden Versorgungsstrukturen in den neuen Bundesländern und zu ihrer Angleichung an die Strukturen der BRD. Die in der DDR bereits, wenn auch in geringem Umfang, existierenden Einrichtungen in kirchlicher Trägerschaft (Caritas und Diakonie) nutzten ihre günstigen Ausgangsbedingungen mit Unterstützung der westlichen Dachverbände. Nichtkonfessionelle Verbände mussten sich zunächst auf schwierige Weise neugründen. So kam es dazu, dass sich auch Verbände ohne Tradition in diesem Arbeitsfeld wie das DRK (ebenfalls in der DDR existent gewesen) auf dem rasch umkämpften Markt etablierten. Traditionell im Thema engagierte Verbände wie pro familia und die Arbeiterwohlfahrt strebten ebenfalls danach, pro familia verfügte bereits vor der Wende über eine fachliche Kooperation mit der Sektion Ehe und Familie der Gesellschaft für Sozialhygiene der DDR.⁴

⁴ Diese Sektion bildete das fachliche Dach der Sexualwissenschaftler:innen, Therapeut:innen und Berater:innen in der DDR und war ob ihrer Verortung in den Traditionen der

Mit der daraus gegründeten Gesellschaft für Ehe und Familie (EfA) wurde eine von gegenseitigem Respekt für die unterschiedlichen Erfahrungen getragene Assoziation und dann Vereinigung angestrebt und seitens pro familia (West) mit entsprechendem fachlichen bzw. beratungsspezifischen Know-how die Beantragung und Etablierung von Beratungsstellen (Ost) begleitet. Viele ehemalige Mitarbeiter:innen von Ehe- und Sexualberatungsstellen, aber auch aus der Schwangeren- und Mütterberatung oder aus Gesundheitsdiensten der DDR fanden in den neuen Beratungsstellen eine berufliche Chance. Kennzeichnend war von Anfang an eine meist geringe personelle Ausstattung, sodass wirkliche Interdisziplinarität und Vielfalt im Angebotsprofil nur schwer zu erreichen waren.

Eine markante Bedeutung für die gerade entstandenen ostdeutschen Beratungsstellen besaßen der erste Versuch der gesetzlichen Neuregelung von 1992 und das Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1993. Das vom Bundestag beschlossene Gesetz regelte den Abbruch in den ersten zwölf Wochen im Sinne einer Fristenregelung. Es bewegte sich aber immer noch im Rahmen des Strafrechts und war mit einer zwar ergebnisoffenen Beratungspflicht verknüpft, die aber vom Schutz des ungeborenen Lebens ausging und damit die Voraussetzung für die erklärte Straffreiheit und Rechtmäßigkeit schaffen sollte. Die Beratungspflicht wurde nunmehr auch in den neuen Bundesländern etabliert. Die Frauen in der DDR reagierten irritiert, entsetzt, fühlten sich kriminalisiert, stigmatisiert oder nahmen es als gegeben hin (nach dem Motto »Beratung kann ja nicht schaden«) – so erste Erfahrungsberichte von Berater:innen. Auch Berater:innen irritierte das massive Hineinwirken einer staatlichen Auftraggebung in ihre Arbeit (vgl. Busch, 1994, S. 125f.). Fachverbände und Expert:innen warnten schon früh vor möglichen Folgen. Auf Antrag konservativer Abgeordneter und des Landes Bayern wurde das Gesetz durch die BVerfGE von 1993 in wesentlichen Punkten revidiert (vgl. Berghahn, 2015, S. 164). Die entstandene Situation bildete den Ausgangspunkt für die dann folgende und bislang geltende zweite Reform des Abtreibungsrechts 1995.

progressiven Sexualwissenschaft der 20er Jahre des 20. Jahrhunderts in vielen Positionen ein geeigneter Partner für pro familia. Engagierte Mitglieder der Sektion hatten bereits im Frühsommer 1990 eine eigene Familienplanungsgesellschaft gegründet, die aber aufgrund der sich schnell überschlagenden Ereignisse kaum wirksam werden konnte (Stumpe, 2020, S. 310).

Die Neuregelung von 1995 und die Etablierung der Pflichtberatung nach § 219 StGB

Weder deutschlandweite Debatten noch internationale Entwicklungen waren geeignet, die Verfassungsgrundsätze von 1975 wirksam infrage zu stellen. Die Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs fand 1995 wiederum im Rahmen des Strafrechts statt, auf der Grundlage des alten Urteils und untersetzt durch das sich in dieser Tradition verortende Urteil von 1993. Wesentlich war die Begrenzung auf zwei ärztliche Indikationen – die medizinische und die kriminologische. Die Notlagenindikation wurde gestrichen und die Möglichkeit eines straffreien Abbruchs auf Wunsch der Frau in den ersten zwölf Wochen integriert. Der Gesetzgeber sah sich mit der Schwierigkeit konfrontiert, eine solche Neuregelung verfassungskonform auszugestalten: Die Urteile des Bundesverfassungsgerichts hatten den Rahmen für Ausnahmen von der Gebärpflicht gesteckt. Währenddessen bei ärztlichen Indikationen Ärzt:innen die Unzumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft attestieren, ist dies bei einem Abbruch auf Wunsch der Frau nicht der Fall. Um dennoch Verfassungsmäßigkeit zu sichern und damit Straffreiheit zu ermöglichen wurde die bereits bestehende Beratungspflicht in ihrer Zielorientierung und prozeduralen Ausgestaltung im neu eingeführten § 219 StGB konkret beschrieben und ergänzend auf das eigens geschaffene Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) verwiesen.⁵ So findet sich in § 219 StGB dann die Formulierung aus dem Bundesverfassungsgerichtsurteil zum Zumutbarkeitskriterium und zur Bewusstmachung der Opfergrenze wieder. Das zeigt, dass die Beratungspflicht nicht primär auf einen individuellen Schwangerschaftskonflikt abhebt, sondern die verfassungsgemäße Lösung des Schwangerschaftskonflikts – also die Sicherung des Lebensschutzes – den eigentlichen Zielauftrag darstellt. Das SchKG insgesamt ist diesem Zielauftrag unterstellt, das heißt nicht nur die Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch nach § 5ff., sondern ebenso § 1.1, der Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) und damit die Konzepte zur Sexualaufklärung

5 Es liegt in der Länderhoheit, ein wohnortnahes, plurales und ausreichendes Beratungsangebot sicherzustellen (SchKG § 3) und die konkreten Regelungen für Anerkennung, Finanzierung, Qualifikation, Berichterstattung der Beratungsstellen im eigenen Bundesland zu treffen. Diese erfolgen in unterschiedlicher Form (Förderrichtlinien, Gesetze, Durchführungsbestimmungen).

und die Erstellung von Aufklärungsmaterialien (§ 1.3). Dies betrifft ebenso die Beratungsansprüche nach § 2, das heißt die allgemeine Schwangerschaftsberatung, die Sexualaufklärung, die Förderung staatlich anerkannter Schwangerschaftsberatungsstellen und späterhin die Frühen Hilfen sowie die vertrauliche Geburt.

Bereits damals sollten die durch Expert:innen und Fachverbände diskutierten problematischen Folgewirkungen dadurch gemildert werden, dass in SchKG § 5 zugleich fixiert wurde, dass die Beratung nicht bevormunden, sondern ergebnisoffen sein soll und die Frau zwar in ein Konfliktgespräch eintreten, aber nicht zur Nennung der Gründe gezwungen werden soll. Die inhärente Widersprüchlichkeit entfaltete dennoch ihre Wirkung: auf Verbände, Berater:innen wie Frauen (siehe unten). Das SchKG erfuhr im Laufe der Jahre verschiedene Erweiterungen, so zu den Frühen Hilfen (2008), zu Beratungsangeboten nach pränataldiagnostischen Befunden (2010) und zur Beratung zur vertraulichen Geburt (2014).

2.3 Die Wirkungen auf die Beratungslandschaft

Das SchKG fixierte die Grundlagen der Strukturierung der Beratungslandschaft im Handlungsfeld der Familienplanung. Pluralität und Subsidiarität wurden mit dem SchKG als basale Ausgangspunkte beibehalten. Neben den Gesundheitsämtern bauten die Großen unter den Verbänden nun ihre Angebote auch in den neuen Bundesländern aus und entwickelten vielfach eigene Fort- und Weiterbildungsangebote für die Berater:innen.⁶ Andere freie Träger konnten sich nur marginal etablieren. Exemplarisch seien die feministischen Frauengesundheitszentren genannt. In Trägerschaft des öffentlichen Gesundheitsdienstes befinden sich derzeit noch etwa 180 Beratungsstellen. Viele Gesundheitsämter übertrugen ihre Beratungsstellen nach und nach freien Trägern. Generell ist zu konstatieren: Angesichts der gesetzlichen Einbindung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland ist ein auch im internationalen Vergleich bemerkenswertes Netz anerkannter Schwangerschaftsberatungsstellen mit einem breiten Angebotsspektrum rund um Sexualaufklärung und Familienplanung ent-

⁶ Der Entwicklungsvorsprung konfessioneller Träger machte sich insbesondere in Ostdeutschland noch längere Zeit bemerkbar, wenn man einschlägige Länderanalysen und -berichte heranzieht.

standen und hat sich zu einer festen Säule der psychosozialen Versorgung entwickelt.⁷

Markante Unterschiede zwischen den freien Trägern betreffen ihre Trägerphilosophie zu (ungewollter) Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, ihre Haltung zur Pflichtberatung und die Schwerpunktbildung im Rahmen des jeweiligen Leistungsprofils. Bereits kurze Zeit nach der Entscheidung zur Reform des Abtreibungsrechts traten die wichtigsten freien Träger mit Stellungnahmen zu ethischen und juristischen Aspekten und den beraterischen Folgerungen an die Öffentlichkeit. Am deutlichsten erkennbar sind die Unterschiede zwischen konfessionellen und nicht konfessionellen Trägern. Zu den großen konfessionell orientierten Verbänden zählen die Caritas, der Sozialdienst katholischer Frauen (SkF), die Diakonie und donum vitae, wobei letzterer eine besondere Position einnimmt (siehe unten).

Caritas und SkF sind in Trägerschaft der katholischen Kirche. Von Anfang an gehörte auch die Beratung und Unterstützung schwangerer Frauen und Familien in ihr zunächst stark caritativ geprägtes Arbeitsfeld. In der Frage der ungewollten Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruchs sind die Verbände direkt den kirchlichen Beschlusslagen unterstellt. Bis 2000 balancierten die Berater:innen auf der Grundlage ihres professionellen Beratungsverständnisses aus, bei einem Träger zu arbeiten, der Schwangerschaftsabbruch bis heute auf seine Weise sanktioniert (wesentlich die Enzyklika *Humanae Vitae* von 1968 und der Codex Kanonischen Rechts von 1992⁸). Auf päpstliche Weisung wurde nach langen Debatten Ende 1999 durch den damaligen Vorsitzenden der Bischofskonferenz, Bischof Karl Lehmann, der Ausstieg der katholischen Beratungsstellen aus der Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch verkündet. Der Zentralrat des Deutschen Caritasverbandes verabschiedete Ende 2000 die Rahmenkonzeption für die Arbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen »Ja zum Leben«. Sie bildet die Grundlage aller folgenden Dokumente, so beispielsweise das »Lebensschutzkonzept der katholischen Schwangerschaftsberatung« aus dem Jahr 2017:

»Menschenwürde kommt dabei schon dem ungeborenen menschlichen Leben zu. Dementsprechend ist alles, was dem Schutz des Lebens – von

7 Es muss angemerkt werden, dass auch Ärzt:innen zur Beratung nach § 219 StGB zugelassen werden. Die Anzahl der zugelassenen ÄrztInnen lässt keine Schlüsse auf den Anteil an den § 219-Beratungen zu.

8 Beide gelten noch heute. Letztere sieht Exkommunikation vor.

seinem Beginn ab der Zeugung bis zu seinem Ende mit dem Tod – dient, zu fördern und allem, was das Leben gefährdet, (auch präventiv) entgegenzuwirken« (Deutscher Caritasverband e.V. & Sozialdienst katholischer Frauen, o.J., S. 5).

Der Zielauftrag des Lebensschutzes wird aus dem göttlichen Gebot dazu und dem Glauben, dass der Mensch ein Ebenbild Gottes sei, abgeleitet (ebd., S. 7). Diese Grundhaltung prägt die Ausrichtung der Beratung. Zugleich sollen anerkannte professionelle beraterische Standards gesichert werden, indem betont wird, dass die Beratung »dialogisch«, »prozesshaft« und »ergebnisoffen« sein müsse (ebd., S. 8).

Nach dem Rückzug der katholischen Träger aus der Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch zogen sich auch viele Bundesländer zunächst aus der Förderung dieser Beratungsstellen zurück, da sie einen wesentlichen Auftrag nach dem SchKG nicht mehr erfüllten. Nach einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts Mitte 2004 sowie 2015 haben diese Beratungsstellen dennoch einen Anspruch auf angemessene Förderung.⁹ Heute verfügen Caritas und SkF deutschlandweit über etwa 270 Beratungsstellen. Sie bieten durchaus auch Beratungen für Frauen im »existenziellen Schwangerschaftskonflikt« an, verweisen allerdings für den Schein gegebenenfalls auf andere Beratungsstellen. Die katholischen Beratungsstellen sind zentriert auf die allgemeine Schwangerschaftsberatung, inklusive der Vermittlung konkreter Hilfen, Beratungen im Kontext pränataler Diagnostik, zu Familienplanung und Verhütung, Adoption und vertraulicher Geburt¹⁰, Onlineberatungen und Angeboten der Sexuellen Bildung, und bieten Fort- und Weiterbildungen an.

In *evangelischer Trägerschaft* befinden sich etwa 390 Beratungsstellen, inklusive der Außenstellen. Die Diakonie ist darunter der mit Abstand größte Träger.¹¹ Die Arbeit ist den Werten der evangelischen Kirche unterstellt. Letztere betont in ihrer Stellungnahme einerseits die Bedeutung des Schutzes des ungeborenen Lebens. Sie beruft sich dabei auf eine ge-

9 Begründet wurde dies damit, dass die Beratungspflicht zum Schutz des ungeborenen Lebens umfassend angelegt sei und auch durch die Beratungen nach § 2 erfüllt werde.

10 Nicht selten kooperieren sie mit Einrichtungen, die anonyme Geburt oder Babyklappen vorhalten.

11 Die oben genannten Beratungsstellen sind zu 80 % in diakonischer Trägerschaft, weitere 13 % sind in evangelisch-kirchlicher bzw. ökumenischer Trägerschaft und die Träger der restlichen 7 % sind weitere Einrichtungen und Institutionen im evangelischen Raum.

meinsame Erklärung mit der Deutschen Bischofskonferenz von 1989. Andererseits wird anerkannt, dass Frauen jedoch in eine »derart ausweglose Konfliktsituation« geraten könnten, dass sie für sich keinen anderen Weg sehen, als die Schwangerschaft abubrechen. Diese Gründe werden notlagenorientiert interpretiert. Letztlich sei die Entscheidung der Frau zu respektieren (EKD, 2023a). Auch in der aktuellen Beschreibung zur Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung wird deutlich, dass die Wertschätzung und Würde jeder/s Einzelnen sowie die Anerkennung der Schutzbedürftigkeit des ungeborenen Lebens als »Kernstück des christlichen Glaubens« »handlungsweisend« sind. Zugleich wird hervorgehoben: »Die bedingungslose Annahme von Frauen und Männern mit ihren physischen, psychischen und sozialen Konflikten ist Grundlage dieser Haltung. Die Schwangerschaftskonfliktberatung ist der Ergebnisoffenheit und dem Respekt vor der Gewissensentscheidung der betroffenen Frau verpflichtet« (Diakonie Deutschland e. V., 2019). Es wird zwar gesehen, dass die Pflichtberatung mit einer Drucksituation verbunden ist, indes werde »das vertrauliche und neutrale Gespräch in der Beratungsstelle zumeist als positiv und hilfreich erlebt« (ebd.). Neben der Pflichtberatung sind die Beratungsstellen in allen Beratungsfeldern nach dem SchKG tätig. Etwa 140 Schwangerschaftsberatungsstellen arbeiten als mit der Ehe-, Lebens-, Familien- und Erziehungsberatung integrierte Einrichtungen. In der damit einhergehenden Interdisziplinarität und einem günstigeren Ressourcenmanagement werden positive Effekte gesehen. Hervorhebenswert sind die qualifizierten Fort- und Weiterbildungsangebote des Evangelischen Zentralinstitutes zum Themenfeld und die Herausgabe einschlägiger Schriften für Berater:innen.¹²

Vor dem zu erwartenden Rückzug der katholischen Kirche aus der Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch wurde 1999 von katholischen Laien mit *donum vitae* ein sich an einem ähnlichen Wertegefüge orientierender Verein gegründet.¹³ Ziel war, das plurale Angebot im Rahmen der Beratung nach § 5 auch für Frauen katholischen Glaubens

¹² Zu nennen ist hier vor allem Manfred Koschorke mit seinen Veröffentlichungen.

¹³ Donum vitae ist ein Verband, der sich zwar strukturell nicht in kirchlicher Trägerschaft befindet, der aber eine deutliche Orientierung im Sinne eines christlich-katholischen Glaubensbekenntnisses aufweist. Meist wird er statistisch als nichtkonfessioneller Verein geführt, was allerdings den Eindruck weltanschaulicher Neutralität erzeugt und Klient:innen keine eindeutige Orientierung gibt.

aufrechtzuerhalten. Nach der Weiterförderung von Caritas und SkF blieb *donum vitae* im Handlungsfeld und verfügt heute, inklusive der Außenstellen, über Beratungsstellen an etwa 200 Orten. Das Beratungsverständnis betont das christliche Menschenbild, die Gottgegebenheit menschlichen Lebens, erkennt aber auch die »besondere[] Situation von Bedrängnis und Not« an, in der

»eine schwangere Frau jedoch in eine so umfassende Krise geraten [kann], dass sie den Eindruck hat, ihr bliebe als Ausweg letztlich nur die Entscheidung für einen Abbruch der Schwangerschaft. Beratung hat in dieser Situation zunächst die Aufgabe, die Not der Frau zu verstehen, mit ihr gemeinsam nach Hilfsmöglichkeiten zu suchen, die Frau in ihrer reflektierten Entscheidungsfindung zu begleiten und in diesem Zusammenhang die Würde des Ungeborenen und sein Recht auf Leben ins Bewusstsein zu rufen. Dies geschieht in der Absicht, dass die Frau die Möglichkeit zulässt, sich ein Leben mit dem Kind vorzustellen und entsprechende Hilfsangebote wahrzunehmen. Dazu gehört es nach unserem Verständnis auch, dass keine aktive Hilfe im Verfahren eines Schwangerschaftsabbruches geleistet werden darf« (*donum vitae*, 2019, S. 1f.).

Letzteres führt unter anderem dazu, dass *donum vitae* Frauen vielfach keine Adressen von Einrichtungen mitteilt, in denen Abbrüche durchgeführt werden. Dennoch werden die beraterischen Grundprinzipien der Ergebnisoffenheit und des Respekts »vor der personalen Freiheit und Würde der Frau« sowie der Anerkennung der Beratung als freiheitlicher Prozess anerkannt (ebd., S. 7).

Unter den nichtkonfessionellen Trägern dominieren neben der AWO und *pro familia* insbesondere in den neuen Bundesländern Einrichtungen in Trägerschaft des DRK und des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes.¹⁴ Das *Deutsche Rote Kreuz* ist ein relativ neuer Träger im Handlungsfeld. Der Verband hat die Wendeereignisse genutzt, um primär in den neuen Bundesländern Schwangerschaftsberatungsstellen zu beantragen und unterhält heute etwa 50, inklusive der Außenstellen. Er gehört damit zu den größten Anbietern im Bereich der Schwangerschaftsberatung in den

¹⁴ Damit sind nicht die Einrichtungen von *pro familia* oder anderen Vereinen, die im Dachverband von Paritätischen sind, gemeint, sondern explizit Einrichtungen des Paritätischen.

neuen Bundesländern. Im Verband insgesamt besitzt dieses Arbeitsgebiet eine marginale Bedeutung. Das spiegelt sich auch darin wider, dass es im Vergleich zu anderen Verbänden keine Fachreferentin für diesen Arbeitsbereich gibt. Dezidierte Stellungnahmen des Verbandes zur Frage des Beratungsverständnisses und zur grundlegenden Haltung zum Thema Schwangerschaftsabbruch liegen nicht vor. Auf der Verbandshomepage werden die Vertraulichkeit der Beratung und die Schwerpunkte der Beratung benannt sowie hervorgehoben, dass die Frau in der Beratung »ausreichend Zeit und Gelegenheit [erhält], sich mit der neuen Situation offen auseinanderzusetzen« (drk.de, o.J.) und einen Anspruch auf den Beratungsschein und eine Nachberatung hat.

Der *Paritätische Wohlfahrtsverband* ist ein Dachverband, dessen Landesverbänden diverse, in der Regel kleinere Vereine angehören, die Angebote im Rahmen der Schwangerschaftsberatung unterbreiten. Der größte Mitgliedsverband ist pro familia (siehe unten). Der Paritätische selbst unterhält unter der Regie der jeweiligen Landesverbände originär auch etwa zehn eigene Beratungseinrichtungen. Der Verband sieht sich den sexuellen und reproduktiven Rechten verpflichtet, hat sich vor allem im Kontext der Streichung von § 219a oder der Initiativen für eine unentgeltliche Verhütung engagiert, bietet partiell Fortbildungen an und betont in gemeinsamen Stellungnahmen, unter anderem mit pro familia, seinen rechtbasierten Standpunkt, auch hinsichtlich des Schutzes der Frauen vor sogenannten Gehsteigbelästigungen und für eine bessere Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch. Im Zuge der Neuregelung des Rechts zum Schwangerschaftsabbruch plädiert der Paritätische für die Sicherung der existierenden Beratungsstrukturen auf der Grundlage der Freiwilligkeit des Zugangs.

Auch die *Arbeiterwohlfahrt* ist ein Träger, in dessen breitem Tätigkeitsspektrum die Schwangerschaftsberatung nur einen geringen Umfang einnimmt. Dennoch ist die AWO in diesem Bereich bereits seit Mitte der 1970er Jahre engagiert und unterhält heute etwa 85 Beratungsstellen. Dieses Engagement wurzelt in der langjährigen Verbundenheit mit den sozialdemokratischen Traditionen der Frauenbewegung. So wurde eine erste AWO-Beratungsstelle nur für Frauen im Bereich Ehe und Sexualität 1931 in Kiel eröffnet. Die AWO-Gründerin Marie Juchacz war sich bereits 1925 der dramatischen Situation ungewollt schwangerer Frauen bewusst und sah in der Sexualberatung eine originäre Aufgabe der AWO. Auch heute kritisiert der Verband die strafrechtliche Verortung von

Schwangerschaftsabbruch, die zielorientierte Pflichtberatung und die damit einhergehende Stigmatisierung von Frauen und Ärzt:innen und fordert klaren Respekt vor ihrer Entscheidungskompetenz und der Entscheidung selbst.

pro familia (Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V.) ist der einzige Träger im Handlungsfeld, der sich explizit als Fachverband im Kontext von Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung versteht. Der 1952 gegründete Verband hat sich seit Jahrzehnten kritisch zur strafrechtlichen Regelung des Schwangerschaftsabbruchs und der damit verknüpften Sanktionierung und Stigmatisierung von Frauen und Ärzt:innen geäußert. Die Anerkennung des Rechts auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung ist für alle Arbeitsfelder von *pro familia* essenziell. In seiner Positionierung hebt *pro familia* das grundsätzliche Entscheidungsrecht der Frau hervor, begründet damit, dass dies die gesamte Existenz der Frau betreffe (vgl. *pro familia*, 2012). Dabei stützt sich der Verband auf die Positionen der IPPF und anderer relevanter Organisationen wie der WHO. *pro familia* macht es sich zum Ziel, Menschen über ihre sexuellen und reproduktiven Rechte zu informieren, »damit sie diese zum Wohl ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit wahrnehmen können« und befähigt sind, in den verschiedenen für sie bedeutsamen Lebenssituationen zu »selbstbestimmten, eigenverantwortlichen Entscheidungen und Konfliktlösungen zu kommen« (ebd., S. 15).

Die beraterischen Standards betreffend orientiert sich *pro familia* an den gemeinsam mit anderen Beratungsverbänden im DAKJEF formulierten Grundsätzen (vgl. *pro familia*, 2006, S. 7). Dazu gehört das Prinzip der Freiwilligkeit. Zu dem entstehenden Widerspruch äußert sich *pro familia* wie folgt:

»Die Pflicht zur Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch wird von *pro familia* aus fachlichen und menschenrechtlichen Erwägungen abgelehnt. Als Träger von staatlich anerkannten Beratungsstellen und medizinischen Einrichtungen ist *pro familia* den gültigen Gesetzen verpflichtet. Die MitarbeiterInnen sind verpflichtet, diese Gesetze uneingeschränkt zu befolgen. Diese Gesetze gleichwohl fachlich und politisch zu kritisieren und für ihre Veränderung einzutreten, hält *pro familia* in einer demokratischen Gesellschaft für selbstverständlich« (ebd., S. 7).

pro familia verfügt über etwa 200 Beratungsstellen. Vor allem in den alten Bundesländern folgen viele davon einem interdisziplinären Arbeitsansatz und haben neben Berater:innen und Sexualpädagog:innen auch Psycholog:innen oder Ärzt:innen in ihren Teams. Als Fachverband ist pro familia zudem seit Jahrzehnten im Fort- und Weiterbildungsbereich qualifizierend tätig, sichert über eine starke innverbandliche Kommunikation die Qualität der Arbeit im Handlungsfeld und informiert potenzielle Klient:innen, Fachpersonen sowie mediale und politische Akteur:innen in verschiedenen Medien (z. B. Homepage, *pro familia magazin*, Pressemitteilungen, Politikberatung).

Neben den anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen gibt es Anbieter, die mit der Unterstützung für ungewollt schwangere Frauen werben, aber *nicht staatlich anerkannt* sind. Zum Teil unterhalten sie weitgefächerte Onlineinformationen, Angebote zur telefonischen Beratung, aber durchaus auch Face-to-Face-Beratungsangebote. In ihrer Beratungsphilosophie haben sie häufig einen mehr oder weniger klar ersichtlichen Hintergrund in Strukturen der Abtreibungsgegner, bis in personelle Verbindungen zu den entsprechenden Vereinen. Die Beratung zum Austragen der Schwangerschaft steht im Vordergrund, vor psychischen und körperlichen Problemen nach Schwangerschaftsabbruch wird gewarnt. Pro femina als bekanntester Anbieter fällt durch einen Namen auf, der Verwechslungen mit pro familia ermöglicht. 1000+ ist ein von pro femina in München unterhaltenes Beratungsprojekt. Aktion Lebensrecht e. V. bietet telefonische und E-Mail-Beratung an. Bei sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatungen werden keine Beratungsscheine ausgestellt.

Anders ist es bei Kaleb e. V., der sich als »erste Lebensrechtbewegung in den neuen Bundesländern und [...] im Jahr 1990 von aktiven Christen in Leipzig gegründet« (Kaleb e. V., o. J.) versteht. Ein Schwangerschaftsabbruch wird als »vorzeitige Tötung« abgelehnt, die Arbeit versteht sich als »Parteinahme für das Leben des noch nicht geborenen Kindes« und sei nicht gegen die Mutter/Familie gerichtet. Daraus erklären sich die Hilfeangebote für Frauen und Familien (Kaleb e. V., Satzung). Einzig in Chemnitz wird unter dieser Ausrichtung zugleich eine anerkannte Schwangerschaftsberatungsstelle betrieben, die zwar keine Beratung nach § 5 SchKG durchführt, aber integriert in die allgemeine Schwangerschaftsberatung nach § 2 SchKG auch Schwangerschaftskonfliktberatung anbietet.

3 Die Dilemmata der zielorientierten Pflichtberatung¹⁵

3.1 Begriffliche Ausgangspunkte

Bedeutsam für das Verständnis der Dynamiken in der Beratung nach § 219 ist die orientierende Wirkung, die dem im Gesetz angewandten Begriff des Schwangerschaftskonflikts zukommt. Der Begriff suggeriert, dass es sich um ein individuelles intrapsychisches Konfliktgeschehen handelt, dem Frauen ausgeliefert sind, wenn sie ungewollt schwanger sind und einen Abbruch erwägen.¹⁶ Diese Sichtweise birgt zwei Problematiken in sich. Zum ersten entspringt sie dem bisher vorherrschenden Notlagennarrativ, das ungewollt schwangere Frauen tendenziell pathologisiert. Die meisten Frauen befinden sich zwar in einer Lebenssituation, die mit einer besonderen Herausforderung ob des Erlebens der tiefgreifenden Bedeutung dieser Entscheidung für sie, ihre Lebenspläne, ihre gegebenenfalls bereits bestehende oder künftige Familie/Beziehung verbunden ist. Sie nehmen in diesem Zusammenhang durchaus auch Abschied von einer Lebensoption, die sie (jetzt) nicht leben wollen oder können, inklusive trauriger Gefühle. Aber sie erleben dies nicht zwangsläufig als Konflikt im psychischen Sinne, sondern haben einen klaren Entscheidungsimpuls und können den Abbruch in der Regel sehr wohl in ihr Leben integrieren (vgl. Busch, 2015). In emotional schwierige Situationen geraten sie eher durch Reaktionen ihres Umfeldes, Stigmatisierungen, die sie in vielfältiger Hinsicht erleben oder durch die erfahrenen Versorgungsdefizite. All dies überlagert die ohnehin bestehende emotionale Besonderheit einer ungewollten Schwangerschaft und der zu treffenden Entscheidung.

Zum zweiten enthält der Begriff Schwangerschaftskonflikt eine Fokusverschiebung. Es wird ein primär öffentlicher, gesellschaftspolitischer Konflikt uminterpretiert zu einem individuellen intrapersönlichen Konflikt.

¹⁵ Ungewollte Schwangerschaften spielen im Beratungsalltag nicht nur im Zusammenhang mit der Beratung zum Schwangerschaftsabbruch eine Rolle. Immerhin wird knapp die Hälfte aller ungewollten Schwangerschaften ausgetragen. Auch davon werden im Schwangerschaftsverlauf nicht alle zu gewollten Schwangerschaften. Aufgrund der notwendigen Beschränkung wird im Folgenden eher auf die Situation bei Schwangerschaftsabbruch eingegangen (zu weiteren Hilfeangeboten u. a. Busch, 2017, S. 86ff.).

¹⁶ In tradiertter Lesart ist dies damit begründet, dass die natürliche Bestimmung der Frau die Mutterschaft sei und jede andere Entscheidung dem widerspräche, mithin latent konflikthaft sei.

Der gesellschaftspolitische Konflikt entsteht aus der Unmöglichkeit, zwei sich widersprechende Gesetzaufträge gleichzeitig zu erfüllen: die Gewährleistung des Selbstbestimmungsrechts von Frauen im Sinn von sexuellen und reproduktiven Rechten auf der einen und den Schutz des ungeborenen Lebens auf der anderen Seite. Um vor der Unauflöslichkeit dieses Konflikts nicht kapitulieren zu müssen, verschiebt man ihn auf die einzelne betroffene Schwangere. Man gewährt ihr die Möglichkeit, eine quasi freie Entscheidung zutreffen, unterstellt ihr dabei einen Konflikt und verpflichtet sie, eine Beratung in Anspruch zu nehmen, die dem Auftrag des Lebensschutzes geschuldet ist. Auf die Probleme, die sich aus der daraus folgenden Pflicht sowie der Zielvorgabe ergeben, haben Expert:innen vielfach hingewiesen, so unter anderem Koschorke (2007), Messmer (2018) oder die DGVT (2012). Widersprüche zum professionellen Beratungsverständnis (Freiwilligkeit, Nondirektivität, Klientenzentriertheit) sind inkludiert, auch wenn sie durch die Betonung der Ergebnisoffenheit und des nicht bevormundenden Charakters ausgeschaltet werden sollen und die Berater:innen diese Situation in der Praxis auf ihre je eigene Weise ausbalancieren. Es sind Folgen der Grundkonstruktion dieser Beratung.

3.2 Wirkungen auf die Frauen

Bisherige empirische Befunde sprechen eine klare Sprache. Die qualitative Untersuchung von »frauen leben 3« (Helfferich, 2016) zeigt, dass das in den Interviews am stärksten benannte Thematisierungsfeld der Frauen darin besteht, in der Beratung einen Überredungsversuch zu vermuten. Sie haben das Gefühl, sich rechtfertigen zu müssen, wissen nicht genau, wovon der Schein abhängig gemacht wird, wollen sich schützen, wehren ab. Eine weitere große Gruppe erlebt die Beratung durchaus als Chance zum nochmaligen neutralen Abwägen, bleibt aber bei ihrer Entscheidung, nutzt die Beratung zur Stärkung, Entlastung. Eine kleine Gruppe hat das Gefühl, mehr Beratung gebraucht zu haben (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 162ff.). Auch quantitativ bestätigt die Studie »frauen leben 3«: Für etwa 70 % der Frauen hatte die Beratung keinen Einfluss auf die Entscheidung. Etwa 50 % geben an, sich dann in ihrer Entscheidung sicherer gefühlt zu haben, etwa 60 % haben nicht einmal neue Informationen erhalten (vgl. ebd., S. 160).

Die *Möglichkeit* für ein nochmaliges neutrales Abwägen der Entscheidung oder für ein Mehr an Beratung rechtfertigt allerdings keine straf-

rechtliche *Beratungspflicht*. Und es ist eine einmalige Situation, dass sich erwachsene Frauen in einem strafbewehrten Zusammenhang in eine Beratung begeben müssen. Viele Frauen kennen die bestehende Gesetzeslage und ihre Hintergründe nicht oder nicht genau, aber sie haben offenbar ein Gespür dafür, dass die Auflage einer Pflichtberatung ohne eigenen Beratungswunsch der Missbilligung ihrer Entscheidung entspringt. Sie treffen ihre Entscheidung bereits vorher und zumeist für sich oder in dem ihnen nahen Umfeld, wie auch internationale Studien zeigen, und reagieren sehr unterschiedlich auf die nun eingetretene Situation (vgl. Franz, 2015, S. 265f.). Um eine vertrauensvolle Gesprächssituation herzustellen, brauchen die Frauen vor allem Transparenz über die Rahmenbedingungen dieser Beratung und ihre Rechte, unter anderem auf die Akzeptanz ihrer Entscheidung, den Beratungsschein, auf die Schweigepflicht, die Hinzuziehung Dritter nur auf ihren Wunsch. So wird auch in einer weiteren Studie geschlussfolgert:

»Angesichts des gesetzlich festgelegten Pflichtcharakters der Beratung und des am Schutz des ungeborenen Lebens orientierten Zielauftrags bleibt jedoch ungewiss, ob der Rahmen ausreichend offen und vertrauensvoll gestaltet werden kann, um – jenseits der rechtlichen Vorgaben und der ›Scheinpflicht‹ – den Bedarfen der Ratsuchenden gerecht zu werden« (Böhm, 2020, S. 130).

Freiwilligkeit und Klientenzentriertheit als Leitlinien eines Beratungsangebots anstelle einer zielorientierten Pflichtberatung würden es betroffenen Frauen vermutlich erleichtern, Beratung ohne diese Barrieren in Anspruch zu nehmen. Auch die Schwangeren, die sich tatsächlich in einer individuell schwierigen Konfliktsituation befinden, könnten einer Beratung offener gegenüberstehen, wenn sie nicht befürchten müssten, sich gegen Überredungsversuche wehren zu müssen. Es gelingt den Berater:innen häufig, durch eine Klärung des Settings am Beginn der Beratung eine gute Ausgangsbasis für ein Gespräch zu schaffen, aber die störende Wirkung der beschriebenen Grundsituation bleibt grundsätzlich bestehen (vgl. Franz, 2015, S. 260ff.).

3.3 Wirkungen auf Berater:innen

Auch aus der Perspektive der Berater:innen werden die Besonderheiten, die eine zielorientierte Pflichtberatung in sich trägt, deutlich. Berater:innen er-

leben sowohl Frauen, die sich bedrängt fühlen, keine Notwendigkeit zur Beratung sehen, für sozial konform gehaltene Antworten geben, sich verschließen, als auch Klient:innen, die die Beratung zur Stärkung ihrer Entscheidung nutzen (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 168). Insbesondere in den ersten Minuten der beraterischen Begegnung muss die Berater:in erkennen und zum Thema machen, wo die Klientin steht, was sie erwartet und befürchtet und was die Rahmenbedingungen der Beratung sind (vgl. Bomert et al., 2022). Ob sich in der von vielen Berater:innen erlebten Dankbarkeit seitens Klient:innen ausdrückt, dass ihnen die Beratung wichtig war, oder eher Erleichterung, weil es »doch nicht so schlimm war wie befürchtet«, sie respektvoll beraten wurden und den erforderlichen Beratungsschein erhielten, muss angesichts der oben benannten Befunde offenbleiben. Es ist anzunehmen, dass sich die Heterogenität der Haltungen und der Bedarfslagen der Frauen auch im Erleben der Berater:innen widerspiegelt.

Für die Berater:innen sind mit dem Thema der zielorientierten Pflichtberatung zentrale Aspekte ihrer Identität als psychosoziale Berater:innen verknüpft. Widersprüchliche Wirkungen lassen sich erkennen. Zum einen wird dem strafrechtlich eingebundenen Charakter der Beratung durchaus eine hinderliche Wirkung aufgrund des Rechtfertigungsdrucks zugemessen, zum anderen ist diese Arbeit beruflicher Alltag und sie wollen diese so gut wie möglich und sinnerfüllt tun. Sie haben trägerübergreifend den Anspruch einer akzeptierenden und respektierenden Haltung den Frauen gegenüber. Der ungünstigen Ausgangssituation (vgl. Koschorke, 2007, S. 1117ff.) begegnen sie mit dem Anspruch der Klärung des jeweiligen Anliegens der Klient:innen, auch und besonders derjenigen, die eine klare Entscheidung offenbar schon getroffen haben und für sich keinen Beratungsbedarf sehen (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 172f.). Auf dieser Grundlage erleben die Berater:innen viele Beratungen durchaus als für die Frauen hilfreich und ihre Tätigkeit in diesem Arbeitsfeld als ausfüllend, interessant und bereichernd.

In den Gesprächen oder Fortbildungen mit Berater:innen spiegelt sich die diffizile Wirkung der Situation aber auch darin wider, dass sie in der Beratung eine Chance sehen, die die Frauen nicht wahrnehmen würden, wenn es diese Pflicht nicht gäbe.¹⁷ Viele Berater:innen sehen sich in einer

17 Es gibt durchaus auch andere und zudem hochkonfliktvolle Lebenssituationen, in denen Menschen keiner Pflichtberatung unterstellt sind. Auch hieran wird deutlich, dass es dem Gesetzgeber nicht um die intrapsychische Konfliktsituation der Frauen geht, sondern um den wertebasierten Konflikt und seine verfassungskonforme Lösung.

doppelten Anwaltschaft: für die Frau *und* das ungeborene Leben, durchaus differierend je nach Trägerschaft. Etwa 50 % der Berater:innen fühlen sich nicht primär dem Gesetz, sondern den Klient:innen und ihrem eigenen Gewissen verpflichtet, sind aber auch zufrieden mit dem Gesetz, da ihnen die Ergebnisoffenheit Gestaltungsraum lasse (vgl. Madeker et al., 2012, S. 30ff.). Ebenso sehen etwa 50 % geborenes und ungeborenes Leben als gleich schützenswert und vertreten die Ansicht, Menschenwürde komme auch dem Embryo zu – hier sind die Trägerunterschiede noch deutlicher. Dennoch wird der Schwangerschaftsabbruch nicht als Unwert betrachtet.

Auch an diesen Befunden wird deutlich, wie stark der widersprüchliche Auftrag zwischen Lebensschutz und ergebnisoffener Beratung auch die Einstellungen der Berater:innen beeinflusst und in die Begegnung mit den Klient:innen hineinwirkt. Dem ausschließlich über methodische Überlegungen zum Ablauf der Beratung nach § 219 StGB oder supervisorische Bearbeitung und Falldiskussion zu begegnen greift zu kurz, blendet es doch aus, dass die entscheidende Voraussetzung der Aufhebung der problematischen Wechselwirkungen der derzeitigen Ausrichtung der Beratung in einer den Grundprinzipien der Freiwilligkeit und Klientenzentriertheit verpflichteten Beratung liegt, die allerdings eine außerstrafrechtliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch intendiert.

4 Fazit und Ausblick¹⁸

Ungewollte Schwangerschaften wird es immer geben und selbstverständlich sind in diesem Kontext auch professionell hochwertige, wohnortnahe und plurale Beratungen unverzichtbar. Mit den Diskussionen um eine außerstrafrechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs steht allerdings auch die basale Sicherung der Schwangerschaftsberatung als staatliche Pflichtaufgabe zur Disposition. Neben aller fachlichen Besorgnis macht das vielen Berater:innen und Beratungsverbänden im Handlungsfeld auch Sorgen, die Arbeitsplätze und ein ganzes etabliertes Arbeitsfeld in der psychosozialen Versorgung betreffend. Hier ist fachpolitisches Agieren erforderlich. Nahezu alle relevanten Träger von Schwangerschaftsberatungsstel-

¹⁸ Ausführliche Argumentationen zur Zukunft der Schwangerschafts(konflikt)beratung stellt Sarah Claasen in diesem Buch zur Diskussion.

len haben sich inzwischen mit Positionspapieren und Stellungnahmen in die öffentliche Debatte eingebracht. Eine Streichung von §§ 218/219 StGB und damit des darauf basierenden Schwangerschaftskonfliktgesetzes erfordert eine Neukonzipierung der Beratung zu Sexualität und Familienplanung, die durchaus viele neue Möglichkeiten klientenzentrierter Angebote in sich birgt. Wie diese gesetzlich zu sichern sind, muss geklärt werden. Sollte es dem Gesetzgeber tatsächlich um die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und die Unterstützung von Frauen und Familien in den vielfältigen Übergangssituationen gehen, dann hätte er hier nunmehr reichhaltige Möglichkeiten dies umzusetzen.

Literatur

- AWO – Arbeiterwohlfahrt (2023). Für das Recht auf Entscheidung. <https://awo.org/fuer-das-recht-auf-entscheidung> (22.02.2023).
- Behren, D. v. (2020). *Die Geschichte des § 218 StGB*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Berghahn, S. (2015). Weichenstellungen in Karlsruhe – Die deutsche Reform des Abtreibungsrechts. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 163–192). Bielefeld: transcript.
- Böhm, M. (2020). Schwangerschaftsabbrüche – Entscheidungsprozesse und Erfahrungen mit psychosozialer und medizinischer Versorgung aus Sicht junger Frauen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 33(3), 125–133.
- Bomert, C., Hocks, P., Grotwinkel, B., Golomb, L. & Kudec, V. (2022). *Abschlussbericht. Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren. Ergebnisse eines partizipativen Praxisforschungsprojekts mit Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in der Region Stuttgart und der Universität Tübingen*. Tübingen: Universität Tübingen.
- Böttcher, S. (2022). Gesundheit und Gesundheitsversorgung in der DDR. <https://www.bpb.de/themen/deutsche-einheit/lange-wege-der-deutschen-einheit/505032/gesundheits-und-gesundheitsversorgung-in-der-ddr/#footnote-reference-29> (14.12.2022).
- Busch, U. (1994). Die Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch in den neuen Bundesländern. *RdJB Recht der Jugend und des Bildungswesens*, 42(1), 119–129.
- Busch, U. (2015). Vom individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Abtreibung. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 13–40). Bielefeld: transcript.
- Busch, U. (2017). Ungewollte Schwangerschaft: Handlungsoptionen und Unterstützungssysteme jenseits von anonymer Kindsabgabe. In U. Busch, C. Krell & A.-K. Will (Hrsg.), *Eltern (vorerst) unbekannt: anonyme und vertrauliche Geburt in Deutschland* (S. 86–103). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Busch, U. (2023). Ungewollte Schwangerschaften. Dimensionen des Erlebens und Aspekte der Beratung. In A. Eickhorst & M. Matzner (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit mit Müttern* (S. 209–227). Weinheim: Beltz Juventa.

- Busch, U. & D. Hahn (2021). Schwangerschaftsabbruch in BRD und DDR. *Ariadne. Forum für Frauen und Geschlechtergeschichte*, 77, 80–101.
- DAKJEF – Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (2001). Fachliche Standards von Ehe-, Familien- und Lebensberatungsstellen. http://www.dakjef.de/pdf/fachliche_standards_efl.pdf (10.12.2023).
- DAKJEF – Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Erziehungs- und Familienberatung (2021). Ethische Standards in der Ethischen Beratung. http://www.dakjef.de/pdf/2021-17-03_DAKJEF_EthischeStandards_final.pdf (22.02.2023).
- DGVT – Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (2012). Zweite Frankfurter Erklärung zur Beratung. https://www.dgvt.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Fachgruppen/Handbuch_Beratung_Bd3_Zweite_Frankfurter_Erklärung.pdf (22.02.2023).
- Deutscher Caritasverband e.V. (2000). Ja zum Leben. Rahmenkonzeption der katholischen Schwangerschaftsberatung. Freiburg im Breisgau.
- Deutscher Caritasverband e.V. & Sozialdienst katholischer Frauen. Gesamtverband e.V. (2017). Das Lebensschutzkonzept der katholischen Schwangerschaftsberatung. https://www.skf-zentrale.de/cms/contents/skf-zentrale.de/medien/dokumente/schwangerschaftsberatung/das-lebensschutzkonzept/lebensschutzkonzept_schwangerschaftsberatung_v2.pdf (10.12.2023).
- Diakonie Deutschland e.V. (2019). Wissen kompakt. Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung. <https://www.diakonie.de/informieren/unsere-themen/frauen-kinder-familie> (10.12.2023).
- Donum vitae (2019). Beratungskonzept. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Frei_vom_Bundesverband/Downloads/Beratungskonzept_Dezember19_12te_Auflage.pdf (10.12.2023).
- DRK – Deutsches Rotes Kreuz (o. J.). Schwangerschaftsberatung/Familienberatung. <https://www.drk.de/hilfe-in-deutschland/kinder-jugend-und-familie/schwangerschaftsberatung/> (10.12.2023).
- EKD – Evangelische Kirche in Deutschland (2023a). Die Rolle der Frau in der EKD. Anhörung vor dem Gleichstellungsausschuss des Europarats »Frauen und Religion« am 10. September 2004. <https://www.ekd.de/26343.htm> (10.12.2023).
- EKD – Evangelische Kirche in Deutschland (2023b). Gott ist ein Freund des Lebens. https://www.ekd.de/gottistfreund_1989_ueber.html (10.12.2023).
- Forum Beratung der DGVT (2012/2013). Anhang: Zweite Frankfurter Erklärung zur Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Bd. 3: Neue Beratungswelten. Fortschritte und Kontroversen* (S. 1831–1839). Tübingen: dgvt.
- Franz, J. (2015). Beratung nach § 219 StGB – Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 257–277). Bielefeld: transcript.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaft*. [Forschung und Praxis der Sexuaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BZgA.
- Henning, G. (1984). *Kinderwunsch = Wunschkind?* Berlin: Dietz Verlag.
- Herzog, D. (2005). *Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des 20. Jahrhunderts*. München: Siedler.

- Hirschfeld, M. (1928). *Empfängnis – Verhütung – Mittel und Methoden*. Berlin: Neuer Deutscher Verlag.
- Kaleb e.V. (o.J.). Entstehung. <https://kaleb.de/ueber-uns/entstehung/> (10.12.2023).
- Koschorke, M. (2007). Schwangerschaftskonflikt-Beratung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Siekendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (S. 1111–1126). Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Madeker, M., Jakobs, M. & Simon, A. (2012). Beratungs- und Rollenverständnis von Schwangerschaftskonfliktberaterinnen*. Ergebnisse einer empirischen Befragung. *Frauenarzt*, 531(1), 30–34.
- Messmer, H. (2018). Wie sich in der unfreiwilligen Beratung Macht konstituiert. Eine Fallanalyse. In H. Schulze, D. Höblich & M. Mayer (Hrsg.), *Macht – Diversität – Ethik in der Beratung: Wie Beratung Gesellschaft macht* (S. 258–272). Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- pro familia (2006). Standpunkt Schwangerschaftsberatung. Standards und aktuelle Herausforderungen. https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Standpunkt_Schwangerschaftsberatung.pdf (10.12.2023).
- pro familia (2012). Das Recht der Frau auf selbstbestimmte Entscheidung. pro familia Position zum Schwangerschaftsabbruch. <https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/Position-Recht-selbstbestimmte-Entscheidung.pdf> (10.12.2023).
- Schelsky, H. (1954). *Wandlungen der deutschen Familie in der Gegenwart*. Erlangen: Enke Verlag.
- Skf – Sozialdienst katholischer Frauen Gesamtverband e.V. (2023). Schwangerschaftsberatung. <https://www.skf-zentrale.de/beitraege/schwangerschaftsberatung/1587095/> (10.12.2023).
- Stumpe, H. (2020). Die vergessene DDR-Sexualwissenschaft. In H.-J. Voß (Hrsg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft. Bestandsaufnahme und Ausblick* (S. 299–320). Gießen: Psychosozial-Verlag.

Biografische Notiz

Ulrike Busch, Dr. phil., war bis 2018 Professorin für Familienplanung an der HS Merseburg und arbeitete schwerpunktmäßig in Lehre und Forschung zu sozialwissenschaftlichen Aspekten der Familienplanung, so zu den Themen ungewollte Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Teenagerschwangerschaften, Schwangerschaftsberatung, Frühe Hilfen und vertrauliche Geburt. Sie war selbst Beraterin und in Fortbildungen für Beratungsfachkräfte tätig.

Teil II

***Aktuelle Entwicklungen innerhalb
der psychosozialen und medizinischen Versorgung
und Praxis der Schwangerschaftskonfliktberatung***

Der Schwangerschaftsabbruch

Gesellschaftliche Diskurse, Normen der Familie und die Folgen für die Forschung

Daphne Hahn

2021 jährte sich die 150-jährige Existenz von § 218 im Strafgesetzbuch, der den Abbruch einer Schwangerschaft regelt. Mit Veranstaltungen, Tagungen und medialen Debatten wurde der verschiedenen Etappen, der rechtlichen Veränderungen in dieser Zeit in Ost- und Westdeutschland gedacht und die aktuelle rechtliche wie gesellschaftliche Situation reflektiert. Karl Kraus hat § 218 StGB in *Sittlichkeit und Kriminalität* (1966) als ein »Präservativ gegen die Untreue« bezeichnet, was vor allem auf seine Ausrichtung zielte, die monogame Ehe abzusichern.

Obwohl die WHO den Schwangerschaftsabbruch als wichtige Gesundheitsdienstleistung für Frauen einordnet, die gesundheitliche Bedeutung für eine stigmatisierungsfreie gute Versorgung bekannt ist, ist der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland noch immer im Strafrecht verankert (vgl. WHO, 2022). Der Umgang mit ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen ist eng mit den Lebensbedingungen von Frauen und den damit verbundenen Entscheidungen, ihrer Position in der Gesellschaft, Normen der Familienplanung und Partnerschaft, Debatten zur Bevölkerung, den gesellschaftlichen Deutungen über ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche sowie ihren rechtlichen Codierungen verknüpft (vgl. Busch & Hahn, 2015a; 2022; Hahn, 2015). Auch die Ausrichtung von Forschungsfragen und -themen lässt sich nur verstehen, wenn sie in ihren zeithistorischen Bedingungsgefügen betrachtet werden. Gleichwohl ist die Forschung auch ein wesentlicher Teil der Diskurse um den Schwangerschaftsabbruch und generiert Wissen, das als Legitimation für rechtliche Regelungen dient (vgl. Hahn, 2000). Ich werde in diesem Beitrag eine zeithistorische Zuordnung von Forschungsperspektiven auf den Schwangerschaftsabbruch vornehmen und zeigen, dass und wie Forschungsfragen, Schwerpunkte und Ergebnisse in ihrer jeweiligen Zeit verortet und mit den Diskursen zum Schwangerschaftsabbruch verknüpft waren.

Im ersten Teil des Beitrags werde ich gesellschaftliche Diskurse rund um den Schwangerschaftsabbruch darstellen und die Entwicklungen in West- und Ostdeutschland getrennt aufgreifen, weil sie sich nach 1945 auseinander bewegt haben. Der zweite Teil beinhaltet die Veränderung von Begriffen und Normen zur Familienplanung, die ebenfalls mit der Ausrichtung von Forschung verknüpft sind. Im dritten Teil stelle ich die Veränderung von Forschungsthemen im Kontext der gesellschaftlichen Bedingungen dar. Am Schluss will ich den Gewinn dieser Einbeziehung historischer Bezüge für aktuelle wissenschaftliche Herangehensweisen beleuchten. Im abschließenden Ausblick werden Leerstellen für die Forschung skizziert.

1 Historische Entwicklungen zum Schwangerschaftsabbruch und ihre Wirkung bis heute¹

In diesem ersten Teil werde ich die rechtliche Situation in der Nachkriegszeit, die mit dem Ende des Nationalsozialismus als historischer Einschnitt Ansätze für Veränderung bot, erstens für West- und zweites für Ostdeutschland skizzieren.

Entwicklungen in Westdeutschland bzw. der BRD

Unsicherheit und Rechtszersplitterung kennzeichneten die Situation um den Schwangerschaftsabbruch nach Kriegsende. Durch einen Kontrollratsbeschluss wurde die im Nationalsozialismus eingeführte Todesstrafe für Verhütung und Abtreibung aufgehoben. Bestehen blieb jedoch die Himmler'sche Polizeiverordnung, die am 21. Januar 1941 erlassen wurde und alle Verfahren, Mittel und Gegenstände zur Unterbrechung und Verhütung von Schwangerschaften verbot. Mit dieser restriktiven pronatalistischen Verordnung wurden umfangreiche Verbotsmaßnahmen ergriffen, um die Möglichkeit von Menschen zu unterbinden, an geburtenbeschränkende Maßnahmen zu gelangen. Die rechtliche Situation zum Schwangerschaftsabbruch im westlichen Besatzungsgebiet war in den einzelnen Bundeslän-

¹ Siehe zur ausführlichen Einordnung der historischen Entwicklung zum Schwangerschaftsabbruch auch den Beitrag von Busch in diesem Band.

dern sehr heterogen. Gültig blieb jedoch § 14 I des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, der eine Abtreibung aus medizinischer Indikation erlaubte.

Nach 1945 stieg die Zahl an Schwangerschaftsabbrüchen aufgrund der schlechten wirtschaftlichen Situation in der unmittelbaren Nachkriegszeit an (vgl. Hahn, 2000). Zahlreiche Stimmen brachten diesen Anstieg mit der Lockerung des Abtreibungsverbotes durch den oben genannten Kontrollratsbeschluss in Verbindung. In diesem Kontext wurden Vorschriften gefordert, die eine weitgehende Überwachung aller erlaubten Schwangerschaftsabbrüche sowie der verbotenen und entdeckten Versuche ermöglichen sollten. Diese Verordnung wurde ab 1951 eingeführt. Ärzt*innen hatten nun Fehl- und Frühgeburten zu melden, die auf strafbare Handlungen hinwiesen. In der Praxis kamen diese Fälle jedoch selten zur Anzeige und führten kaum zu strafrechtlichen Ermittlungsverfahren, da Ärzt*innen sich weigerten, die Frauen anzuzeigen (vgl. ebd.). In der Not der Nachkriegszeit waren die Strafandrohung und die ausgefeilten Kontrollmechanismen für alle medizinisch nicht indizierten und damit illegalen Abtreibungen schwer zu rechtfertigen. Die paternalistische Schutzpflicht des Staates wurde auch damit begründet, dass Frauen »gewissenlosen Männern« ausgeliefert waren, nämlich denjenigen, die Abtreibungen durchführten. Durch den Verweis auf das Schutzbedürfnis gefährdeter Frauen wurde der Aspekt der Fürsorge in den Vordergrund der Argumentation gestellt. Darin war der Bevölkerungsdiskurs auch mit einem Diskurs über Geschlechter verknüpft, in dem das Bild der hilfebedürftigen Frau belebt wurde, die den paternalistischen Schutz des Staates benötigt. In den 1950er Jahren konnte nur eine medizinische Indikation einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen, aber auch nur dann, wenn ein Risiko für das Leben der Mutter bestand, da diese im Falle ihres Todes weder ihre eigenen Kinder aufziehen noch weitere gebären konnte. Es ging dabei gerade nicht um die Gesundheit der Frau als Eigenwert, sondern nur um ihre reproduktive Funktion.

Bereits in den 1950er Jahren wurde eine Bedrohungslage in einem sich entwickelnden Selbstbestimmungsrecht der Frauen gesehen, als sich andeutete, dass diese ihre Entscheidung über das Austragen eines Kindes und den Zeitpunkt dieser Entscheidung selbst treffen wollten (vgl. ebd.). Damals war bereits bekannt, dass Restriktionen Schwangerschaftsabbrüche nicht verhindern können. Zu Beginn der 1950er Jahre veränderte sich die Argumentation allmählich und Frauen sollten durch Erziehung und Bildung dazu gebracht werden, schwanger zu bleiben. Hierfür wurde auch ein neues mora-

lisierendes Belehrungsrepertoire entwickelt, indem der Fötus als unabhängiges Subjekt dargestellt wurde, das geschützt werden müsse. Ältere Frauen, die ihre Pflicht zur Fortpflanzung bereits erfüllt hatten, oder Frauen, bei denen aus anderen Gründen weniger Geburten erwünscht waren, waren von dieser moralischen Belehrung nicht betroffen. Insbesondere junge Frauen sollten darin bestärkt werden, ihre »natürliche« Pflicht zur Fortpflanzung immer im Blick zu behalten und für die Gesellschaft Kinder zu gebären.

Im Westen Deutschlands gab es auch – anders als im Osten – keine spezifische Indikation, die Schwangerschaftsabbrüche nach Vergewaltigungen erlaubte. Stattdessen wurden diese Abbrüche als medizinisch induziert interpretiert, wobei beispielsweise reaktive Depressionen als Grund angegeben wurden. Dieser Umstand ist insofern interessant, als er deutlich macht, dass auch Indikationen keineswegs feststehende Kategorien sind, sondern einen großen Deutungsspielraum aufweisen.

Bis in die 1960er Jahre hinein setzte sich auch eine Argumentationsfigur aus der Kriegszeit im Bevölkerungsdiskurs fort, die angeführt wurde, um die Legalisierung und Legitimierung von Schwangerschaftsabbrüchen zu verhindern, und zwar wurde der Rückgang der Bevölkerung als bedrohlich für die Existenz der Nation dargestellt. Bereits in den 1950er Jahren kam die Metapher der »Überalterung« hinzu, die das Bild des Aderlasses in der Argumentation ergänzte.

»Dass aber vom Standpunkt des Volksbestandes aus gesehen ein solcher Aderlass an der Volkssubstanz, die ja schon durch die Kriegs- und Nachkriegsverluste erheblich geschwächt wurde, nicht gleichgültig hingenommen werden kann, ergibt der gleichzeitige Hinweis auf die zunehmende Überalterung unseres Volkes [...]« (Doerfler, 1953, S. 509; zit. n. Hahn, 2000, S. 73).

In den 1950er und 1960er Jahren verlor das Argument des Volkswohls an Bedeutung und wurde weitgehend abgelehnt. Stattdessen rückten mehr und mehr Argumente in den Vordergrund, die auf die individuelle Belastung von Frauen und ihre Gesundheit abzielten. Argumentationen, die die »Volksgesundheit« zum Gegenstand hatten und damit Erinnerung an die nationalsozialistische Sozial- und Rassenhygiene weckten, verschwanden aus dem Bevölkerungsdiskurs.

In der Begründung dessen, was eine »normale« psychische Reaktion ist und was eine kranke, wird deutlich, wie sehr die Deutungen von Normalität mit Vorstellungen von Frauen und den ihnen zugeschriebenen »na-

türlichen« Aufgaben verbunden waren. Psychische Probleme werden als normal bezeichnet und gesunden Frauen zugeordnet. Frauen, die keinerlei Verarbeitungsprobleme aufweisen, werden als unweiblich und unsensibel attribuiert. Damit wurde eine neue Verhaltensnorm konzipiert. Diese einmal eingeführte Argumentationsfigur hat sich als sehr wirksam erwiesen, und zwar bis heute (Hahn, 2000). Festmachen lässt sich diese Wirkung zum Beispiel an den unterschiedlichen subjektiven Gesundheitstheorien, die bei Frauen viel stärker an dem psychischen Wohlbefinden orientiert sind (vgl. BMFSFJ, 2000).

Entwicklungen in Ostdeutschland bzw. der DDR

Im nachfolgenden Teil werde ich auch für den Osten Deutschlands zentrale Entwicklungslinien skizzieren.² Nach 1945 gab es im sowjetisch besetzten Teil Deutschlands theoretisch die Möglichkeit, die während der Weimarer Republik entstandenen Reformbewegungen um § 218 wieder aufzugreifen und die Reformvorschläge zur Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs umzusetzen, insbesondere auf einem Territorium, dessen Regierung sich in der Tradition dieser Reformbewegungen verstand. Dies geschah jedoch nicht. Zunächst aber, und zwar sofort nach Kriegsende, erhielten Frauen in der Sowjetischen Besatzungszone durch Verwaltungsanordnungen das Recht, unter bestimmten Bedingungen einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Die Landtage untersagten den Strafverfolgungsbehörden bis zur Neuregelung des Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch die Einleitung von Verfahren nach § 218 StGB. Bereits 1945 erließ beispielsweise Thüringen als erstes Land ein »Gesetz über die Unterbrechung der durch Sittlichkeitsverbrechen verursachten Schwangerschaft« und trug damit den vielfältigen Gewalterfahrungen Rechnung. Die anderen Länder folgten mit ähnlichen gesetzlichen Regelungen, legten aber gleichzeitig äußerst restriktive Bedingungen für einen Schwangerschaftsabbruch fest. Bei den damals sogenannten ethischen Indikationen war sowohl ein enges Zeitfenster für die Anzeige einer Vergewaltigung vorgesehen als auch eine Glaubwürdigkeitsprüfung der beantragenden Frau. Die Begründung bei sozialer Indikation richtete sich ausschließlich auf gesellschaftliche

2 Ich beziehe mich hier vorwiegend auf die historische Rekonstruktion zu den medizinischen und juristischen Diskursen zum Schwangerschaftsabbruch (vgl. Hahn, 2000; 2015).

Notsituationen und war primär darauf ausgerichtet, den sozialen Frieden nicht zu gefährden, hatte also eine staatserhaltende Funktion. Alle Regelungen in den damals noch existierenden Ländern enthielten Strafandrohungen für Selbstabtreibungen und sahen für Abtreibung durch Dritte für diese zwei Jahre Gefängnis vor. Eingriff und Kontrolle sollten sich ausschließlich auf autorisierte Ärzt*innen beschränken. Die Legitimierung einer Abtreibung musste durch »Gutachterkommissionen« bestätigt werden. Dieses Verfahren war in der Praxis mit ungewissem Ausgang verbunden, weshalb viele Frauen ihre Abtreibung unabhängig von staatlicher Kontrolle organisierten und einen Schwangerschaftsabbruch beispielsweise im benachbarten Polen durchführen ließen. Einerseits ging die Zahl der illegalen Abtreibungen nicht zurück, andererseits stieg die Anzahl der legalen an, was der auf Zuwachs orientierten Bevölkerungspolitik widersprach. Eine Einschätzung der Lage verdeutlicht auch hier die Angst vor der Unkontrollierbarkeit der Fruchtbarkeit der Frauen. Ein Zitat beschreibt dies folgendermaßen: »Die großzügige Lockerung der Indikation führte zu einer Veränderung der Mentalität der Schwangeren, die man als Abortsucht beschreiben kann« (Mehlan, 1960; zit. nach Hahn, 2000, S. 218). Mit dem Begriff »Abortsucht« wurde pathologisches Verhalten impliziert, das kontrolliert werden muss, wobei die Kontrolle am weiblichen Körper und seiner Fruchtbarkeit ansetzte. Ab 1950 wurden auch körperliche Erschöpfungszustände nicht mehr als Grund für eine medizinisch indizierte Abtreibung anerkannt, sondern die gesundheitlichen Auswirkungen einer Schwangerschaft ausschließlich positiv bewertet. Krankheiten wie Tuberkulose oder Schizophrenie galten kaum noch als legitime Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch. Die Verbesserung der wirtschaftlichen Situation in Ostdeutschland bis zur Gründung der DDR Ende der 1940er Jahre hatte den Zugang zu Nahrungsmitteln zugeführt und wurde direkt als Begründung genutzt, sozial indizierte Abbrüche ganz abzuschaffen. Das »Gesetz über den Mütter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau« von 1950 spielte dabei eine entscheidende Rolle. Es legte die Förderung des Kinderreichtums fest und bestimmte die Richtung der weiteren Bevölkerungspolitik. Die vorher liberaleren Länderregelungen wurden eingeschränkt und es wurden nur noch die medizinische Indikation bzw. die hier nicht weiter thematisierte erbmedizinische Indikation zugelassen. Erst in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre liberalisierte sich der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch vor allem mit Verweis auf internationale Entwicklungen. Der Anteil der sogenannten sozialmedizinischen Indikationen stieg kontinuierlich an. Alter, Kinderzahl, physische

und psychische Zustände konnten nun einen Schwangerschaftsabbruch rechtfertigen. Die Zahl illegaler Abtreibungen blieb weiterhin hoch, und der Gesetzgeber nahm gesundheitliche Schäden durch illegale Schwangerschaftsabbrüche in Kauf. Überraschend wurde 1972 in der DDR eine Fristenregelung außerhalb des Strafgesetzes verabschiedet. Ihr ging keine öffentliche Debatte voraus, aber eine interne politische. Zuvor wurden die Vor- und Nachteile der Regelungen anderer Länder intensiv diskutiert, aber nicht deren Übertragung. Das »Gesetz zur Unterbrechung der Schwangerschaft« wurde im Dezember 1971 zur Beratung vorgelegt und im März 1972 in der Volkskammer verabschiedet. Der Meinungsumschwung in der Bundesrepublik aufgrund der Selbstbesichtigungskampagne von Frauen im *Stern* im Sommer 1971 beeinflusste diese Entscheidung (vgl. Hahn, 2000). Die Freigabe des Schwangerschaftsabbruches sollte nicht allein der Bundesrepublik überlassen werden. Die Begründungen für das Gesetz waren in den offiziellen Verlautbarungen sowie den medizinischen und juristischen Kommentaren dazu eingebettet und die Selbstbestimmung der Frau war dabei ein wesentliches Argument. Das Gesetz wurde als gesundheitspolitischer Fortschritt dargestellt, da es illegale Schwangerschaftsabbrüche und gesundheitliche Probleme von Frauen vermeintlich verhindern konnte. Mögliche psychische Folgen eines Schwangerschaftsabbruches wurden hier nicht erwähnt, außer in Bezug auf unglückliche partnerschaftliche Beziehungen oder unterbrochene Karrierewege.

In der Bundesrepublik Deutschland war der *Stern*-Artikel »Wir haben abgetrieben!« im Jahr 1971 ein Höhepunkt der Debatte um § 218 StGB. Nach und nach sprachen sich die SPD und die FDP für eine Fristenlösung aus, nach der Abtreibungen bis zur zwölften Woche straffrei sein sollten. Diese Regelung wurde am 26. April 1974 mit knapper Mehrheit verabschiedet, aber bereits am 25. Februar 1975 vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt. Das Gericht urteilte, dass der Embryo ein eigenständiges menschliches Wesen sei und dieses Recht schwerer wiege als das Recht der Schwangeren auf freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit. Damit war diese Deutung auch rechtlich festgeschrieben (siehe dazu auch den Beitrag von Chiofalo & Schmid in diesem Band).

Zusammenfassen lässt sich, dass in den bevölkerungspolitischen Debatten und Argumenten nach 1945 die Angst vor Bevölkerungsverlust in beiden Teilen Deutschlands sehr einflussreich war. Das Bild einer austerbenden Nation wurde allerdings zunehmend weniger akzeptiert. In den medizinischen Diskursen der 1950er Jahre in Westdeutschland wurde

die wachsende Selbstständigkeit von Frauen thematisiert, insbesondere in Bezug auf ihre Entscheidungsfreiheit bezüglich einer Schwangerschaft und Geburt. Es bedurfte rechtlicher Regelungen wie des gültigen § 218 StGB und überzeugender Argumente, um den Zugriff auf weibliche Fruchtbarkeit nicht zu verlieren.

Debatten und die darin genutzten Argumentationen dienen auch der Produktion und Reproduktion der Geschlechterordnung. Insbesondere die Definitions- und Legitimationsmacht der Wissenschaften sowie die Zuschreibung von wissenschaftlich begründeten natürlichen Eigenschaften und Verhaltensweisen trugen dazu bei, die hierarchische Geschlechterordnung zu reproduzieren und strukturell zu verankern. In die Argumentationen gingen unterschiedliche Zuschreibungen von Verhaltensweisen von Männern und Frauen ein. Die Interpretation dramatischer psychischer Folgen nach einer Abtreibung fügt sich daher gut in Vorstellungen von Frauen als emotionalem, sensiblerem Geschlecht ein, das seine fürsorglichen Eigenschaften nach einem Schwangerschaftsabbruch nicht ausleben könne. Die Verknüpfung von Natürlichkeit mit Schwangerschaft bzw. Geburt mit Gesundheit und eines Schwangerschaftsabbruches mit Krankheit produziert wissenschaftlich legitimierte Kausalitäten, die ihre Macht in den Vorstellungen über die Folgen eines Schwangerschaftsabbruches entfalten. Einen weiteren wichtigen Einfluss hatte die Frauenbewegung seit den 1970er Jahren. Mit ihrer Kritik an den patriarchalen Strukturen der Gesellschaft ging auch die Kritik an den stereotypen Vorstellungen von Mütterlichkeit und Weiblichkeit einher und war mit Forderungen nach Selbstermächtigung über den eigenen Körper verbunden. Selbstermächtigung über den Körper richtet sich jedoch zugleich auf körperliche Individualisierung und Selbstzwang und machte damit gerade Frauen zu engagierten Nutzerinnen von Angeboten, die sich um die Psyche zentrieren und die präventiv angelegt sind. Die Auseinandersetzung mit sich selbst, die Selbstbestimmung in Verbindung mit den von außen zugewiesenen, aber auch verinnerlichten weiblichen Eigenschaften machten Frauen anfällig für das Argument psychischer Folgen. Dieses Argument ist bis heute außerordentlich wirkmächtig.

Die Zeit nach der Wiedervereinigung

Die Fristenlösung der DDR und die Indikationsregelung galten bis nach der Wiedervereinigung. Im Zuge der Rechtsangleichung aufgrund des be-

vorstehenden Beitritts der DDR zur Bundesrepublik bestand die Möglichkeit, dass die bundesdeutsche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch auf das Gebiet der DDR ausgedehnt wird, während die neue Regierung forderte, die Fristenlösung im gesamten Bundesgebiet anzuwenden. Der im Einigungsvertrag vorgesehene sogenannte Kompromiss sah eine Regelung innerhalb des Strafgesetzbuches vor und auch die Prämissen für diese Regelungen waren formuliert: Sie sollten dem Schutz vorgeburtlichen Lebens und der verfassungskonformen Bewältigung von Konfliktsituationen schwangerer Frauen dienen (vgl. Busch & Hahn, 2022, S. 95). So entstand mit der rechtlich codierten Priorisierung des Schutzauftrages für das ungeborene Leben vor dem Entscheidungsrecht von Frauen ein gesellschaftliches Klima, in dem die Lebenssituation von Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen wollen, keine bzw. eine untergeordnete Rolle spielte und auch die Fristenlösung der DDR unterging (vgl. ebd., S. 97).

Seit den 1990er Jahren und vor allem als Folge der Weltbevölkerungskonferenz von Kairo verstärkte sich allerdings sehr langsam die Argumentation der sexuellen und reproduktiven Rechte, die zunächst von Familienplanungsorganisationen wie pro familia aufgegriffen wurde und in den letzten Jahren im Zusammenhang mit Gesundheit und auch mit dem Schwangerschaftsabbruch zunehmend eine Rolle spielte (vgl. Busch & Hahn, 2015; Hahn, 2022). Auch die beiden Leitlinien der WHO zum Schwangerschaftsabbruch aus den Jahren 2012 und 2022 führten dazu, dass das Thema Schwangerschaftsabbrüche neu kontextualisiert und unter Aspekten des Zugangs, der Qualität und Sicherheit sowie der medizinischen Versorgung betrachtet wurde (vgl. Tesfaye, 2012; WHO, 2022; 2012). In Deutschland führte der Fall der Ärztin Kristina Hänel, die Frauen auf ihrer Homepage zu Schwangerschaftsabbrüchen informierte, zu einer größeren öffentlichen Debatte und letztlich zur Abschaffung von § 291a im Strafgesetzbuch, der die »Werbung« verbot.

2 Veränderungen von Begriffen und Normen der Familienplanung

Eine wichtige Unterteilung, die heute noch individuell und gesellschaftlich greift, obwohl ihre Rolle viel geringer ist als noch vor 50 Jahren, ist die in nicht eheliche und eheliche Schwangerschaften. Die Unterscheidung in gewollte und ungewollte Schwangerschaften, wie wir sie heute auch für

empirische Untersuchungen vornehmen, ist relativ neu. Diese betrachtet Schwangerschaft unabhängig von institutionalisierten Bindungsformen. Warum ist es wichtig, diese frühere Unterscheidung zu betrachten? Die uneheliche Schwangerschaft war von der Entstehungszeit bis weit in das 20. Jahrhundert hinein für Frauen mit Schuld und Scham verbunden – nicht für die beteiligten Männer. Für Frauen ging eine nicht eheliche Schwangerschaft mit moralischer Verurteilung, sozialer Ablehnung, Ausgrenzung aus den familiären Strukturen und Armut einher. Hintergründe waren eine patriarchale Gesellschaft, die die Vorherrschaft von Männern gegenüber Frauen auf verschiedene Weise legitimierte: mit christlichen Glaubenssätzen und dem Auftrag zur Fortpflanzung, mit wissenschaftlich begründeten Eigenschaften, die Frauen von Männern unterscheiden und ihnen spezifische Bereiche in der Gesellschaft zuweisen. Sexualität im strengen christlichen Sinne sollte ausschließlich der Fortpflanzung dienen und nicht der Lust, schon gar nicht der außerehelichen. Patriarchale Regelungen waren für Frauen mit vielen Restriktionen verbunden. Zwei zentrale Normen galten: erstens Patrilinearität, das heißt, es bestanden rechtliche Regelungen, nach denen der Name und das väterliche Erbe an den Vater gebunden sind und uneheliche Kinder ohne legitime Väter rechtlose Kinder waren; zweitens die Virginitätsnorm, das heißt, Frauen sollten jungfräulich in die Ehe gehen (Helfferich, 2017). Die vor allem katholischen Vorstellungen von Familie galten in der Bundesrepublik bis weit in die 1960er Jahre hinein und die moralische Ächtung ebenso wie die lange gültige rechtliche Benachteiligung von ledigen Müttern und ihren Kindern setzte sich darin fort. Die Nicht-Ehelichkeit galt als Schande, für die sich die betroffenen Frauen schämten, sodass sie versuchten, ihre Schwangerschaft zu verheimlichen, um sich eben nicht der Ächtung ihrer Familie oder ihrer Nachbarschaft auszusetzen. Durch die ersten drei Viertel des 20. Jahrhunderts hindurch – also bis in die 1970er Jahre hinein – waren Sexualmoral und Glaubensfragen auf das Engste verbunden (Herzog, 2015, S. 123). In den 1960er und -70er Jahren existierte die Widersprüchlichkeit, dass ein mächtiger Katholizismus mit großen Schwierigkeiten einherging, Verhütung und Abtreibung zu entkriminalisieren, und es gleichzeitig ein offenes Geheimnis war, dass damit nicht zwangsläufig mehr Kinder verbunden waren, sondern vor allem mehr Abtreibungen, so die Historikerin Dagmar Herzog (ebd., S. 124). Aber auch die Sorge um die demografische Entwicklung hielt sich zäh und mündete in Beschränkungen beim Zugang zu Verhütung und auch zum Schwangerschaftsabbruch (ebd., S. 125).

Rechtlich wurden eheliche und uneheliche Kinder erst 1970 gleichgestellt. Heute sind unehelich geborene Kinder nicht mehr oder kaum noch mit Begriffen wie Schande belegt, dies gilt noch in eher seltenen Kontexten, in denen eine strenge Virginitätsnorm gilt. Allerdings ist die prekäre Position nicht verheirateter Mütter geblieben, nur dass diese heute vor allem im Steuer- und Sozialrecht verankert ist (vgl. Helfferich, 2017, S. 111; vgl. auch Berghahn, 2023). Alleinerziehende und ihre Kinder sind zwar weitgehend akzeptiert, aber gleichzeitig eine soziale Gruppe, die häufig von Armut bedroht und betroffen ist (vgl. Helfferich, 2017, S. 112). Die rechtlichen Regelungen hierzu bevorzugen nach wie vor das Modell der Ehe. Insofern gilt das Modell »alleinerziehend« als nicht wünschenswert, auch weil damit ein hohes Armutsrisiko verknüpft ist. Fast die Hälfte der Alleinerziehenden ist einkommensarm (vgl. ebd.).

Helfferich (2017) hat gezeigt, dass trotz gesellschaftlich entstandener Freiheiten sehr starke Normen dafür gelten, unter welchen Bedingungen eine Familiengründung mit der Geburt von Kindern als passend angesehen wird, und ausgeführt, welche Folgen es für Frauen hat, wenn sie von diesen Normen abweichen. Diesen Alters- und Sequenznormen liegen gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen zugrunde. Es geht dabei um die »richtige Zeit« und den »richtigen Zusammenhang« für die Familiengründung bzw. die Geburt von Kindern. Zu diesen Ordnungsvorstellungen gehört die Norm des »richtigen Alters« für die Familiengründung. Das Zeitfenster für das »angemessene Alter« liegt heute zwischen 25 und 35 Jahren (ebd., S. 171). Frühere Geburten, das heißt bei einem Alter der Mutter unter 25, werden eher negativ wahrgenommen und mit Nachteilen assoziiert wie Beeinträchtigung von Ausbildungs- und Berufsplänen, materiellen Einschränkungen und Schwierigkeiten bei der Wohnungsfindung oder im Lichte noch nicht gefestigter Partnerschaft und der Einnengung der persönlichen Entwicklung gesehen. Genauso aber werden später geborene Kinder negativ bewertet und als »zu spät« oder die Mutter als »zu alt« etikettiert. Zu spät heißt hier, wenn die Mütter älter als 35 Jahre sind. Hier kommt es zum Kontrastpaar der fremdbestimmten, chancenlosen schlecht ausgebildeten jungen Mutter auf der einen Seite als nicht erstrebenswertes und auf der anderen Seite der selbstbestimmten, gebildeten, individualisierten modernen »späteren« Mutter als erstrebenswertes Modell. Das Zeitfenster des gesellschaftlich anerkannten Mutter-Werdens ist eng. Die zweite, als Sequenzregel bezeichnete Norm, die sich aus einem standardisierten Lebenslaufmodell ergibt, beinhaltet, dass Elternschaft erst

nach Abschluss der Ausbildung zu erfolgen hat. Mutterschaft während der Ausbildung oder des Studiums hinterlässt bei Frauen, die die primäre Verantwortung für die Kinder tragen, biografische Narben, die sie begleiten und um die sie wissen. Das heißt, dass sowohl die benachteiligenden rechtlichen Regeln als auch die Normen der Familienplanung hier ihre starke Wirkung entfalten, und zwar sowohl bezogen darauf, ob die Frau sich für oder gegen eine Schwangerschaft entscheidet, als auch darauf, wie sie diese wahrnimmt. Die sprachliche Ablösung von Schwangerschaften und Geburten von der Ehe berücksichtigt auch die Tatsache, dass auch Schwangerschaften in der Ehe nicht gewollt sein können. Daran bestand zwar auch vorher kein Zweifel, es widersprach aber der Doktrin, dass die ungewünschten Kinder von nicht verheirateten Frauen geboren werden und die verheirateten kein größeres Glück als einen reichen Kindersegen kennen, was ebenfalls eine gültige gesellschaftliche Norm darstellt.

3 Forschung und Forschungsparadigmen zum Schwangerschaftsabbruch

Analysiert man nun die empirischen Forschungen³ zum Thema Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbrüche sowie ihre Veränderungen, ist festzustellen, wie sehr ihre Gegenstände mit den Diskursen zum Schwangerschaftsabbruch, zur Rolle der Frau und zur Bevölkerung verwoben sind. Bis zum Ende der 1970er Jahre dauerte es, bis die empirische Forschung aus dem Schatten der moralischen Verurteilung heraustrat (Helfferich, 2015, S. 62). Die konservative Familien- und Geschlechterpolitik der Nachkriegsjahre, insbesondere die von den christlichen Kirchen beeinflussten Diskurse zur Sexualität, Familie und Verhütung und die oben beschriebene rechtliche Reglementierung trugen zu einem Schwerpunkt der Forschung bei, der den Schwangerschaftsabbruch vor allem als strafrechtliches Delikt

3 Bisher liegt nur eine Analyse der Forschung zum Schwangerschaftsabbruch für die alten Bundesländer vor und noch nicht für die DDR. Aufgrund der Tatsache, dass sich beide Länder sehr stark aufeinander bezogen und insbesondere die Entwicklung der Bevölkerung jeweils wichtige Themen waren (vgl. Hahn, 2000), lässt sich berechtigt annehmen, dass es auch in der DDR sozialwissenschaftlich orientierte Forschung mit Fokus auf Schwangerschaftsabbruch gab und auch hier Fragen von Lebensplanung von Frauen, Motive für oder gegen Kinder etc. empirisch untersucht wurden. Diese Arbeit steht jedoch noch aus.

in den Blick nahm. Diese Ausrichtung fokussierte sich auf die kriminalisierten Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs und reflektierte die restriktive Haltung gegenüber Sexualität und reproduktiven Rechten in dieser Zeit. Zwischen Ende der 1960er und Ende der -70er Jahre wurde nicht nur der Umgang mit Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsabbruch liberalisiert, auch die empirische Forschung zum Schwangerschaftsabbruch blühte in diesen Jahren kurzfristig auf (vgl. ebd.).

Helfferrich, die eine eingehende Analyse der Forschungen zum Schwangerschaftsabbruch vornahm, teilt die Forschungstradition in drei Phasen. In der ersten, die bis in die 1970er Jahre reicht, ist der Schwangerschaftsabbruch als kriminelles Delikt von Interesse. Diese Fokussierung zeigt sich auch in den sprachlichen Formulierungen. Es ging um »Tätergruppen«, »Fallentdeckung«, »Strafverfolgung« und »Dunkelfeld« (vgl. Siebel et al., 1971). Damals fand fast jeder Schwangerschaftsabbruch im Dunkelfeld statt, weil die Abbrüche entweder von Frauen selbst vorgenommen oder illegal in Deutschland oder im Ausland⁴ durchgeführt wurden. Auch den Forschenden war damals klar, dass Abtreibungen massenhaft durchgeführt wurden, Schätzungen dazu gab es. Die Lebenssituationen, Erfahrungen und Gründe der Frauen flossen nicht in die Untersuchungen ein, denn sie waren eben auch nicht ihr erklärtes Ziel.

Die Perspektiven der Frauen, die einen Abbruch erwägten bzw. durchführten, zogen erst mit den Überlegungen und politischen Bemühungen, den Schwangerschaftsabbruch anders als im Strafgesetz zu regeln, ab Mitte der 1970er Jahre in die Forschung ein. Die Forschungen orientierten sich ebenfalls an den rechtlich-moralischen Diskursen dieser Zeit. So ging die Indikationslösung mit der verfassungsrechtlich legitimierten Position des Schutzes für das ungeborene Leben mit Vorstellungen von Frauen einher, die einen Schwangerschaftsabbruch wollen und die in den Kategorien des subjektiven Leidens (die Notlage), des unverschuldeten Unglücks und des psychopathologischen Konflikts bei insgesamt tadelloser Lebensweise konstruiert wurden (vgl. Helfferrich, 2015, S. 65). Dabei floss auch die Lebenssituation der Frau in die Forschung ein, wobei diese aber eben immer als Leidende oder Leidtragende dargestellt wurde (vgl. dazu etwa Poettgen, 1982).

In den Jahren nach der Reform von § 218 entwickelte sich eine Forschungstradition, deren Perspektive sich auf psychische Konflikte der un-

4 Zur heutigen Situation von Frauen mit grenzüberschreitenden Abtreibungsreisen siehe den Beitrag von Rahm, De Zordo & Mishtal in diesem Band.

gewollt Schwangeren sowie die Konflikthaftigkeit eines Abbruchs verlagerte (vgl. exemplarisch Goebel, 1984; Merz, 1979). Dies ergänzt sich auch mit dem damals konstruierten Post-Abortion-Syndrom, das vor allem dazu dienen sollte, dass Frauen in Anbetracht der vermeintlich bedrohlichen, psychisch-emotionalen Folgen von einem Abbruch absehen. Dass diese Forschungsfragen vor allem von Psycholog*innen konzipiert wurden, passte zu dieser Ausrichtung und floss in die Forschungsperspektive ein. Sie wurde sowohl vom diagnostischen Instrumentarium als auch vom damaligen Vokabular geleitet. Das Spezifische an diesen Forschungen war, dass die ungewollte Schwangerschaft in einen funktionalen Zusammenhang mit der psychodynamischen Situation zum Kontrazeptionszeitpunkt gebracht wurde (vgl. Helfferich, 2015, S. 68). Zu den Konfliktsituationen zählten: Störungen des weiblichen Selbstbildes, die Angst, nicht mehr schwanger zu werden, Trennungskonflikte, Beziehungskonflikte, Ablösungskonflikte.⁵ Für die Betrachtung der ungewollten Schwangerschaft und des Schwangerschaftsabbruchs beinhaltete das eine Sichtweise, die beides als »unbewusst neurotischen Vorgang« deutete. Damit ist zwar ein Unterschied zur Kriminalisierung und Moralisierung hergestellt, die ungewollte Schwangerschaft und der Schwangerschaftsabbruch werden aber auch hier als Abweichung von einer Norm konstruiert, nur dass ein pathologisierendes Deutungsmustern entstanden ist. Damit ging auch die Betrachtung einher, dass eine »normale« Konfliktbearbeitungsfähigkeit eine ungewollte Schwangerschaft akzeptieren würde, bei einer nicht-normalen bleibt sie ungewollt und nicht-akzeptiert. Schwangerschaftsabbrüche wurden überdies nur isoliert und weder im Kontext der Lebenssituationen der Frauen betrachtet noch gewollten oder ungewollten ausgetragenen Schwangerschaften gegenübergestellt, um Unterschiede zwischen den Gruppen ermitteln zu können.

Parallel zur Tradition, die die »inneren« Gründe der Frauen erforschte, die eine ungewollte Schwangerschaft abbrechen, entwickelte sich eine weitere Forschungsperspektive, die sich den »äußeren« Gründen widmete (vgl. Helfferich, 2015, S. 69). Die Fragestellungen der Studien setzten unterschiedliche Akzente: Zum einen wurde in den Studien danach gefragt,

5 An dieser Stelle sei noch kurz darauf verwiesen, dass in der DDR das Konstrukt des sogenannten Post-Abortion-Syndroms keine Rolle spielte, das heißt, ein Schwangerschaftsabbruch wurde nicht mit psychischen Folgen in Zusammenhang gebracht (vgl. Hahn, 2000).

in welchen Lebenssituationen sich die Frauen befanden und inwiefern diese mit der Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch zusammenhängen. Es zeigte sich, dass ihre Lebenssituationen die Entscheidung durch verschiedene Aspekte beeinflusst hat. An erster Stelle fällten sie die Entscheidung aufgrund ihrer problematischen finanziellen Situation, gefolgt von ihrer aktuellen Ausbildungs- und Berufssituation, schlechten Wohnbedingungen und Partnerschaftsproblemen. Zum anderen wurde nach der befürchteten Verschlechterung gefragt, wobei die Frau hier als Abwägende dargestellt wurde. Ende der 1980er Jahre verschwand das Thema Schwangerschaftsabbruch für längere Zeit ganz aus der sozialwissenschaftlichen Forschung (vgl. ebd., S. 63).

Mittlerweile gibt es einen umfangreichen internationalen Forschungsstand zu ungewollten ausgetragenen und abgebrochenen Schwangerschaften mit vielfältigen Forschungslinien: Der Schwangerschaftsabbruch wird ebenso aus der Perspektive der ungewollt Schwangeren betrachtet wie aus der Perspektive der Ärzt*innen. Er wird als gesundheitliche Dienstleistung und als eine spezifische Versorgungssituation betrachtet, die in Gesundheitssysteme und rechtliche Konstellationen eingebettet ist. Es geht um Gesundheit im Zusammenhang mit Informationszugängen und Zugängen zur medizinischen Versorgung (vgl. z. B. zu Versorgung: Coast et al., 2018; Freeman & Coast, 2019; Jerman et al., 2017; zu Information: Bomert et al., 2022; Georgsson et al., 2019; Hasstedt, 2018; Klann & Wong, 2020, Kanstrup et al., 2018; Kavanaugh et al., 2019) sowie um psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten bei ungewollter Schwangerschaft. Ein weiteres wichtiges Themenfeld ist die Stigmatisierung, die sowohl ungewollt Schwangere als auch Ärzt*innen betrifft. Exemplarisch wird im Folgenden der internationale Forschungsstand zur Stigmatisierung ausgeführt.

Forschungsstand zur Stigmatisierung

Stigmatisierung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen wird als *abortion stigma* bezeichnet und bezieht sich auf die negative Bewertung von Frauen, die die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs in Erwägung ziehen oder sich dazu entscheiden (Kumar et al., 2009). Diese Stigmatisierung beruht auf gesellschaftlichen Normen und Vorurteilen. Gesellschaftlich betrachtet weichen Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, von traditionellen Vorstellungen über Aufgaben von

Frauen im Kontext von Mutterschaft ab. Sie verletzen Geschlechternormen damit, dass sie die ihnen zugeschriebenen Erwartungen einer grundlegenden Bereitschaft zur Mutterschaft nicht erfüllen (ebd.). Diese negativen Zuschreibungen und Vorwürfe können verschiedene Aspekte umfassen. Dazu zählen die als unzureichend wahrgenommene Verantwortung in Bezug auf Verhütung als nicht normgerecht betrachtetes sexuelles Verhalten und die Beendigung eines sich entwickelnden menschlichen Lebens (ebd.). Das kann dazu führen, dass Frauen, die eine solche Entscheidung treffen, diskriminiert oder verurteilt werden. Auch Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, können Stigmatisierung erleben, was möglicherweise zu einer Zurückhaltung bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen führt (Hanschmidt et al., 2020).

Die mit ungewollten Schwangerschaften, insbesondere solchen, die abgebrochen werden, verbundene Stigmatisierung kann erhebliche Auswirkungen auf die betroffenen Frauen sowohl auf emotionaler als auch auf sozialer Ebene haben. Die Befürchtung vor der Stigmatisierung eines Schwangerschaftsabbruchs kann dazu führen, dass dieser geheim gehalten wird. Dies wiederum kann einen Mangel an sozialer Unterstützung, soziale Isolation und negatives psychisches Wohlbefinden nach sich ziehen (Moseson et al., 2019; Sorhaindo et al., 2014; Cockrill & Nack, 2013; Cockrill et al., 2013; Shellenberg et al., 2011; Major & Gramzow, 1999). Scham und Schuldgefühle können zudem dazu führen, dass ungewollt schwangere Frauen medizinisches Personal nicht oder erst spät aufsuchen (Kjelsvik et al., 2018; Cockrill et al., 2013).

In der aktuellen Forschung wird Stigma in internalisiertes, antizipiertes und erlebtes Stigma eingeteilt (Hanschmidt et al., 2020; Hanschmidt et al., 2016). Unter internalisiertem Stigma wird die Übernahme negativer Zuschreibungen und Stereotypen ins eigene Selbstbild verstanden, was sich in Scham, Schuld und dem Gefühl, egoistisch zu handeln, ausdrücken kann. Unter antizipiertem Stigma werden die Sorge bzw. die Erwartung verstanden, von anderen stigmatisierend und abwertend behandelt zu werden oder, dass schlecht über sie gedacht und geredet wird. Dies kann sich insbesondere dahingehend auswirken, dass Frauen ihre Schwangerschaft erst spät offenlegen bzw. ihren Schwangerschaftsabbruch vor anderen geheim halten, um die befürchteten Konsequenzen zu vermeiden. Unter erlebtem Stigma wird die tatsächlich erfahrene Stigmatisierung sowohl durch strukturelle Rahmenbedingungen als auch in der unmittelbaren, professionellen und medialen Öffentlichkeit verstanden. Dazu gehören das Herabwürdi-

gende Verhalten durch Familie, Freund*innen, medizinischem Personal sowie Gehsteigbelästigung. Aber auch ein erschwerter Zugang zu Informationen und Versorgung sind als Stigmatisierungserfahrungen zu bewerten.

Stigmatisierung im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch betrifft jedoch nicht nur die Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen (wollen), sondern auch diejenigen, die sie vornehmen (O'Donnell et al., 2011; Mosley et al., 2020; Harris et al., 2011). In der wissenschaftlichen Literatur wird dafür der Begriff »Abortion Provider Stigma (APS)« verwendet. Schwangerschaftsabbrüche werden hier als »schmutzige Arbeit – dirty work« verstanden, wodurch diejenigen, die Abbrüche vornehmen, ebenfalls als schmutzig etikettiert werden (O'Donnell et al., 2011). Auch für die Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen lässt sich Stigmatisierung konzeptuell in internalisierte, antizipierte und erlebte Stigmatisierung unterscheiden (Hanschmidt et al., 2020; 2016).

Für Länder mit restriktiven Regelungen wird eine stärkere Stigmatisierung berichtet, weil mit der juristischen Sanktionierung eine gesellschaftliche Missbilligung einhergeht (Busch, 2009; O'Donnell et al., 2011). Für die Situation in Deutschland deuten empirische Ergebnisse auf einen Zusammenhang zwischen den staatlichen Hindernissen für die Abbruchversorgung und der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch hin. Zwischen Ost- und Westdeutschland zeigten sich insofern Unterschiede, dass die Einstellungen im Osten weniger restriktiv waren als in Westdeutschland, dass insgesamt jedoch die negativen Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch in West- und Ostdeutschland seit der Wiedervereinigung gestiegen sind, was sich nachteilig auf die Situation auf Frauen auswirken kann, weil die allgemeine Akzeptanz der Versorgung sinkt und der Zugang zur Versorgung sich verschlechtert (Hanschmidt et al., 2020). Die Stigmatisierung von Anbietern von Schwangerschaftsabbrüchen kann sich ähnlich auswirken wie die Stigmatisierung der betroffenen Frauen. Mögliche Folgen sind Diskriminierung, Stress, emotionale Belastungen, Gefühle von Einsamkeit, Vermeidungsstrategien, soziale Angst, Schlafstörungen oder Burn-out (Teffo & Rispel, 2017; O'Donnell et al., 2011; Maxwell et al., 2020; Mosley et al., 2020).

Der Forschungsstand zu Stigmatisierungserfahrungen sowohl für die ungewollt Schwangeren als auch für die Ärzt*innen ist für Deutschland sehr defizitär. Es stellen sich hier die Fragen, wie Frauen konkret Stigmatisierung erleben, in welchem Verhältnis internalisierte, antizipierte sowie erlebte Stigmatisierung stehen und welche Stigmatisierungserfahrungen Ärzt*innen machen.

Auch für die Themen Informationszugänge, medizinische Versorgung und die Erfahrungen von Stigmatisierung im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften oder Schwangerschaftsabbrüchen gibt es in Deutschland kaum empirische Forschung. Die Studie »frauen leben 3«, finanziert von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), hat zahlreiche Aspekte der Familienplanung und ungewollter Schwangerschaften untersucht (vgl. Helfferich et al., 2016). Besondere Bedeutung wurde dabei der lebenslaufbezogenen Perspektive beigemessen, da die reproduktive Biografie als ein Prozess verstanden wird, in dem gesellschaftliche und individuelle Lebensumstände miteinander verknüpft sind und Entscheidungen als Resultat der gegenwärtigen Lebenssituation getroffen werden (siehe hierzu den Beitrag von Knittel & Oljeniczak in diesem Band).

4 Welche Forschung brauchen wir? – Ein Ausblick

Für den gesellschaftlichen Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch sind gute empirische Aussagen auch für Deutschland erforderlich. Schwangerschaftsabbrüche sind Teil des Lebens, Teil der reproduktiven Biografien von Frauen. Forschungen zum Thema müssen eine prozessuale lebenslaufbezogene Perspektive reproduktiver Biografien sowohl mit standardisierten Daten als auch mit qualitativen Methoden mit einem verstehenden Zugang einnehmen, um die Vielfalt der Perspektiven und Deutungsmuster von Frauen bei der Gestaltung ihrer reproduktiven Biografien zu erfassen. Wichtig ist die Kontextualisierung durch einen Rückbezug auf gesellschaftliche Bedingungen, weil beispielsweise soziale Phänomene wie Stigmatisierungserfahrungen von Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, ohne diesen Rückbezug nicht verständlich wären.

Wichtige Fragen sind auch, wie sich eine gesetzliche Änderung, wie sich die Herausnahme des Schwangerschaftsabbruches auf die ungewollt Schwangeren und die Ärzt*innen auswirkt und ob damit eine Entstigmatisierung einhergeht und beispielsweise mehr Ärzt*innen als bisher Schwangerschaftsabbrüche vornehmen; oder welche Folgen die derzeitig erstarken rechtskonservativen politischen Strömungen auf die Bewertung von Schwangerschaftsabbrüchen haben und inwieweit diese mit Geschlecht verbunden sind. Derzeit weisen vor allem junge Männer dem Schwangerschaftsabbruch gegenüber ablehnende Einstellungen auf. Offen ist jedoch,

welche methodischen Ansätze über die etablierten hinaus benötigt werden, um diese Fragen zu beantworten.

Auch für das Verständnis der medizinischen Versorgung, die für Deutschland wiederholt als schwierig kritisiert wurde, oder auch der psychosozialen Versorgung werden Daten benötigt. Das betrifft Strukturdaten, Daten zu Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Angeboten, aber auch die Frage, ob diese diskriminierungsfrei zugänglich sind. Weitere Fragen lassen sich zu den Erfahrungen von ungewollt Schwangeren mit der Versorgung und im Versorgungssystem selbst stellen. Hier können Untersuchungen zum Beispiel zu Unterschieden und Entwicklungen bei der Nutzung von Versorgungs- oder Informationsangeboten Auskunft geben, aber auch zur Wirksamkeit von Verhütungsmethoden sowie zum Zugang zu diesen. Auch die Rolle von Männern im Zusammenhang mit Verhütung, Verhütungsverantwortung, der Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft und dem Umgang damit wirft wichtige Forschungsfragen auf.

Interessant wäre auch zu untersuchen, ob und inwieweit sich Normen zum Schwangerschaftsabbruch oder dessen Stigmatisierung nach einer Abschaffung der strafrechtlichen Verortung des Schwangerschaftsabbruches verändern. Viele dieser Themen betreffen soziale Aspekte des Schwangerschaftsabbruches, dessen Einbettung in Normen der Familie, aber auch der Partnerschaft. Ebenso stellen sich Fragen dazu, wie sich aktuelle rechtskonservative Debatten um Sexualität und Reproduktion auf die Vorstellungen von Schwangerschaftsabbrüchen sowie deren gesellschaftliche Wahrnehmen oder auch das individuelle Erleben auswirken.

Literatur

- Berghahn, S. (2023). Variationen von Familie und Elternschaft im bundesdeutschen Recht. Bundesdeutsche Ehe- und Familienrechtspolitik: zwischen konservativer Beharrlichkeit und »überschießender« Liberalisierung. In H. Bloemen, C. Bomert, S. Dziuba-Kaiser & M. Gebhardt (Hrsg.), *Machtverhältnisse. Kritische Perspektiven auf Geschlecht und Gesellschaft* (S. 219–247). Frankfurt a. M.: Campus.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2000). *Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. [Schriftenreihe Band 209]. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bomert, C., Hocks, P., Grotwinkel, B., Golomb, L. & Kudde, V. (2022). Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren. Ergebnisse eines partizipativen Praxisforschungsprojekts mit Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen

- in der Region Stuttgart und der Universität Tübingen. Abschlussbericht. <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/135828> (22.09.2023).
- Busch, U. (2009). *Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten*.
- Busch, U. & Hahn, D. (Hrsg.). (2015a). *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen*. Berlin u. Bielefeld: transcript.
- Busch, U. & Hahn, D. (2022). Schwangerschaftsabbruch in BRD und DDR. Ein Vergleich der Entwicklungen und die Neuregelung der 90er Jahre. *Ariade. Forum für Frauen- und Geschlechtergeschichte*, 77, 81–101.
- Cockrill, K. & Nack, A. (2013). »I'm not that type of person«: Managing the stigma of having an abortion. *Deviant Behavior*, 34(12), 973–990. <https://doi.org/10.1080/01639625.2013.800423>
- Cockrill, K., Upadhyay, U.D., Turan, J. & Greene Foster, D. (2013). The stigma of having an abortion: development of a scale and characteristics of women experiencing abortion stigma. *Perspect Sexual Reprod Health*, 45(2), 79–88. <https://doi.org/10.1363/4507913>
- Coast, E., Norris, A.H., Moore, A.M. & Freeman, E. (2018). Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 200, 199–210. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.035>
- Doerfler, H. (1953). »Wie kann die Bayer. Ärzteschaft und was der einzelne Arzt zur Bekämpfung der Abtreibungsseuche beitragen?«. *Münch. Med. Wochenschr.*, 95, 509–511.
- Freeman, E. & Coast, E. (2019). Conscientious objection to abortion: Zambian healthcare practitioners' beliefs and practices. *Social Science & Medicine*, 221, 106–114. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.12.018>
- Georgsson, S., Krautmeyer, S., Sundqvist, E. & Carlsson, T. (2019). Abortion-related worries, fears and preparedness: A Swedish web-based exploratory and retrospective qualitative study. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24(5), 380–389. <https://doi.org/10.1080/13625187.2019.1647334>
- Goebel, P. (1984). *Abbruch der ungewollten Schwangerschaft. Ein Konfliktlösungsversuch?* Berlin u.a.: Springer.
- Hahn, D. (2000). *Modernisierung und Biopolitik: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*. Frankfurt a.M. u. New York: Campus.
- Hahn, D. (2015). Diskurse zum Schwangerschaftsabbruch nach 1945. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 41–59). Bielefeld: transcript.
- Hahn, D. (2022). Sexuelle und reproduktive Rechte und Gesundheit: Der Schwangerschaftsabbruch als Menschenrechts- und Public-Health-Frage. *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften*, 53, 11–24.
- Hanschmidt, F., Kaiser, J., Stepan, H. & Kersting, A. (2020). The change in attitudes towards abortion in former West and East Germany after reunification: A latent class analysis and implications for abortion access. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 80(1), 84–94. <https://doi.org/10.1055/a-0981-6286>
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S.G. & Kersting, A. (2016). Abortion stigma: A systematic review. *Perspect Sexual Reprod Health*, 48(4), 169–177. <https://doi.org/10.1363/48e8516>
- Harris, L.H., Debbink, M., Martin, L. & Hassinger, J. (2011). Dynamics of stigma in abortion work: findings from a pilot study of the Providers Share Workshop. *Social Science & Medicine*, 73(7), 1062–1070. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.07.004>

- Hasstedt, K. (2018). Unbiased information on and referral for all pregnancy options are essential to informed consent in reproductive health care. <https://www.guttmacher.org/gpr/2018/01/unbiased-information-and-referral-all-pregnancy-options-are-essential-informed-consent#> (28.02.2024).
- Helferich, C. (2015). Schwangerschaftsabbruch und empirische Forschung. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 61–81). Bielefeld: transcript.
- Helferich, C. (2017). *Familie und Geschlecht: Eine neue Grundlegung der Familiensoziologie*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Helferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (Hrsg.). (2016). *Frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BzgA.
- Herzog, D. (2015). Schwangerschaftsabbruch, Behinderung, Christentum: Die Ambivalenzen der sexuellen Revolution in Westeuropa in den 60er und 70er Jahren. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 121–138). Bielefeld: transcript.
- Jerman, J., Frohwirth, L., Kavanaugh, M. L. & Blades, N. (2017). Barriers to abortion care and their consequences for patients traveling for services: Qualitative findings from two states. *Perspect Sexual Reprod Health*, 49, 95–102. <https://doi.org/10.1363/psrh.12024>
- Kanstrup, C., Mäkelä, M. & Hauskov Graungaard, A. (2018). Women's reasons for choosing abortion method: A systematic literature review. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(8), 835–845. <https://doi.org/10.1177/1403494817717555>
- Kavanaugh, M. L., Jerman, J. & Frohwirth, L. (2019). »It's not something you talk about really«: Information barriers encountered by women who travel long distances for abortion care. *Contraception*, 100(1), 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2019.03.048>
- Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A. & Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health Care for Women International*, 39(7), 784–807. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>
- Klann, E. M. & Wong, Y. J. (2020). A pregnancy decision-making model: Psychological, relational, and cultural factors affecting unintended pregnancy. *Psychology of Women Quarterly*, 44(2), S. 170–186.
- Kraus, K. (1966). *Sittlichkeit und Kriminalität*. Frankfurt a. M. u. Hamburg: Fischer.
- Kumar, A., Hessini, L., Mitchell & E. M. H. (2009). Conceptualising abortion stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11(6), 625–639.
- Major, B. & Gramzow, R. H. (1999). Abortion as stigma: Cognitive and emotional implications of concealment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 735–745. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.77.4.735>
- Maxwell, K. J., Hoggart, L., Bloomer, F., Rowlands, S. & Purcell, C. (2020). Normalising abortion: What role can health professionals play? *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 47, 32–36.
- Mehlan, K.-H. (1960). Legalisierung der Schwangerschaftsunterbrechungen. Ja oder nein. *Das Deutsche Gesundheitsw.*, 15, 1206–1212.
- Merz, M. (1979). *Unerwünschte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch in der Adoleszenz. Eine psychoanalytische Untersuchung*. Bern, Stuttgart u. Wien: Huber.

- Moseson, H., Mahanaimy, M., Dehlendorf, C. & Gerdt, C. (2019). »... Society is, at the end of the day, still going to stigmatize you no matter which way«: A qualitative study of the impact of stigma on social support during unintended pregnancy in early adulthood. *Plos one*, 14(5), e0217308. <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0217308&type=printable> (26.02.2024).
- Mosley, E. A., Martin, L., Seewald, M., Hassinger, J., Blanchard, K., Baum, S. E., Santana, D., Echeverri, L., Garrett, J., Njunguru, J. & Harris, L. H. (2020). Addressing abortion provider stigma: A pilot implementation of the providers share workshop in Sub-Saharan Africa and Latin America. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46, 35–50. <https://doi.org/10.1363/46e8720>
- O'Donnell, J., Weitz, T. A. & Freedman, L. R. (2011). Resistance and vulnerability to stigmatization in abortion work. *Social Science & Medicine*, 73(9), 1357–1364. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.019>
- Poettgen, H. (1982). *Die ungewollte Schwangerschaft. Eine Anthropologische Synopsis*. Köln-Lövenich: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Shellenberg, K. M., Moore, A. M., Bankole, A., Juarez, F., Omideyi, A. K., Palomino, N., Sathar, Z., Singh, S. & Tsui, A. O. (2011). Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study. *Global Public Health*, 6(Suppl. 1), 111–125. <https://doi.org/10.1080/17441692.2011.594072>
- Siebel, W., Martin, N., Stumpf, K., Waldmann, P. & Werth, M. (1971). *Soziologie der Abtreibung. Empirische Forschung und theoretische Analyse*. Stuttgart: Enke.
- Sorhaindo, A. M., Juárez-Ramírez, C., Díaz Olavarrieta, C., Aldaz, E., Mejía Piñeros, M. C. & García, S. (2014). Qualitative evidence on abortion stigma from Mexico City and five states in Mexico. *Women & Health*, 54(7), 622–640. <https://doi.org/10.1080/03630242.2014.919983>
- Teffo, M. E. & Rispel, L. C. (2017). »I am all alone«: Factors influencing the provision of termination of pregnancy services in two South African provinces. *Global Health Action*, 10(1), 1347369. <https://doi.org/10.1080/16549716.2017.1347369>
- Tesfaye, T. (2012). Knowledge, attitude and practice of emergency contraceptive among women who seek abortion care at Jimma University specialized hospital, south-west Ethiopia. *BMC Women's Health*, 12(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-12-3>
- WHO – World Health Organisation (2012). Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems. 2. Aufl. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organisation (2022). Abortion care guideline. World Health Organization Human Reproduction Programme. Genf: WHO.

Biografische Notiz

Daphne Hahn, Dr. rer. pol., ist Soziologin und Professorin für Gesundheitswissenschaften und empirische Sozialforschung am Fachbereich Gesundheitswissenschaften der Hochschule Fulda. Zudem ist sie Leiterin des Promotionszentrums Public Health. Ihre Forschungsschwerpunkt sind Public Health, sexuelle und reproduktive Gesundheit (national, international), Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch, Geburt, Familienplanung, Prävention/Gesundheitsförderung sowie Gewalt und Gesundheitsversorgung.

Wie werden ungewollt Schwangere in Deutschland psychosozial begleitet?

Strukturdaten und empirische Befunde zur bundesweiten Versorgung durch Schwangerschaftsberatungsstellen

Sabine Wienholz, Katja Krolzik-Matthei & Maika Böhm

1 Einleitung

Psychosoziale Versorgung im Kontext ungewollter Schwangerschaft umfasst nicht nur Informationen vor einem Schwangerschaftsabbruch und Unterstützung im Entscheidungsprozess zum Fortgang der Schwangerschaft. Auch nach einem Schwangerschaftsabbruch besteht die Möglichkeit der Begleitung im Bewältigungsprozess. Der Gesetzgeber hat in § 2 SchKG (Schwangerschaftskonfliktgesetz) den psychosozialen Unterstützungsbedarf als Rechtsanspruch formuliert und in § 8 SchKG die Länder beauftragt, zur Sicherstellung dieses Rechtsanspruchs für ein ausreichendes, weltanschaulich plurales und zugängliches Angebot in Form von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen zu sorgen. Zu Einzelaspekten dieses Versorgungsangebots, wie etwa zu den Arbeitsschwerpunkten der Beratungsstellen und ihrer Vernetzung, gibt es zwar statistische Informationen, doch sind diese schwer vergleichbar und damit für Forschungszwecke in dieser Form kaum nutzbar (vgl. Busch, 2009). Eine systematische Untersuchung zur Beratungsstellenstruktur, Inanspruchnahme, Bedarfsspannung und auch zur Wirksamkeit von Beratung und Unterstützung bei ungewollter Schwangerschaft fehlt bislang.

Das an der Hochschule Merseburg verortete Teilprojekt der ELSA-Studie »ELSA-PV – Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung. Teilprojekt psychosoziale Versorgung« (Förderung durch das Bundesministerium für Gesundheit, Laufzeit 11/2020–04/2024) zielte unter anderem auf eine systematische Erfassung von Strukturdaten der psychosozialen Versorgung bei ungewollter Schwangerschaft durch nach § 3 SchKG anerkannte Beratungsstellen sowie deren Vernetzung in die weitere psychosoziale und medizinische Versorgung. Schwangerschaftsberatungsstellen wurden dabei als zentrale

Akteur*innen der psychosozialen Versorgung ungewollt Schwangerer und als Schnittstelle ins psychosoziale wie auch medizinische Netzwerk in den Blick genommen.¹ Ziel dieses Beitrages ist es, Daten zur psychosozialen Versorgungsstruktur bei ungewollter Schwangerschaft abzubilden und zu diskutieren. Der Beitrag wird eingeleitet mit einem Überblick zu den gesetzlichen und rechtlichen Grundlagen, die hier als rechtliche Rahmung der Schwangerschaftskonfliktberatung zusammengefasst und erläutert werden (Kapitel 2). Anschließend erfolgen Analysen der Versorgungslage anhand von ausgewählten Strukturdaten aus der Gesundheitsberichterstattung, die um Auskünfte aus den Landesministerien ergänzt werden, sowie der verfügbaren Übersichtslisten zu den Beratungsstellen für Ratsuchende (Kapitel 3). Nach umfangreichen Prüfprozessen wurden die Listen in eine Beratungsstellenliste überführt, die im Forschungsprojekt zunächst als Grundgesamtheit der Beratungsstellen diente und im Forschungsverlauf den Referenzpunkt für die Darstellung von Befunden zur Beratungsstellenlandschaft bildete. Es schließt sich eine Darstellung ausgewählter empirischer Ergebnisse aus einer quantitativen Erhebung zur Angebotsstruktur von Schwangerschaftsberatungsstellen und deren regionalen Kooperationsstrukturen an (Kapitel 4). Sowohl die Strukturdaten als auch die empirischen Daten werden im Anschluss kritisch mit Blick auf Bedarfsentsprechung und Limitationen diskutiert sowie weitere Forschungs- und Handlungsbedarfe formuliert (Kapitel 5).

2 Rechtliche Rahmung der Beratung auf Bundes- und Landesebene

2.1 Bundesweit geltende rechtliche Grundlagen

Der § 218 StGB (Strafgesetzbuch), in dem der Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft als Straftatbestand benannt wird, und die folgenden

1 So heißt es beispielsweise in § 4 Abs. 2 SchKG: »Zur Information über die Leistungsangebote im örtlichen Einzugsbereich und zur Sicherstellung einer umfassenden Beratung wirken die Beratungsstellen in den Netzwerken nach § 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz mit.« Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatungsstellen, vor allem in ihrer Netzwerkfunktion, auch für den Fall ausgetragener (ungewollter) Schwangerschaften wird durch die Handreichung des Nationalen Zentrums Frühe Hilfe hervorgehoben (vgl. NFZH, 2015).

Normen und Paragraphen bilden den Ausgangspunkt für die Struktur der Schwangerschaftsberatungsstellen. In § 218a Abs. 1 StGB formuliert die sogenannte Beratungsregelung eine Ausnahme von der Strafbarkeit: Eine Schwangerschaft kann auf Verlangen der Schwangeren innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen durch eine*n Ärzt*in straffrei abgebrochen werden, wenn im Vorfeld eine Beratung in Anspruch genommen und bescheinigt wird und diese mindestens drei Tage vor dem Abbruch stattgefunden hat. In § 219 StGB Abs. 2 ist geregelt, dass die vorgeschriebene Beratung aus § 218a StGB in einer nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz *anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle* erfolgen muss. In § 219 StGB Abs. 1 werden die Ziele der verpflichtend wahrzunehmenden Beratung beschrieben und es wird auf das Schwangerschaftskonfliktgesetz verwiesen. Um die Ausgestaltung des SchKG in den Ländern zu regeln (gem. § 4 Abs. 4 SchKG), wurden nach dessen Inkrafttreten nach und nach und zum Teil mit erheblichem zeitlichem Abstand eigene Landesgesetze erlassen.

In § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes ist zunächst das Recht auf Beratung in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen festgeschrieben, dafür zuständig sind staatlich anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen (§ 3 SchKG). Darüber hinaus finden sich weitere Aussagen zu den Beratungsinhalten einer sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatung (§ 5 SchKG) und den formalen Rahmenbedingungen zur Umsetzung dieser Beratungen (§§ 6, 7 SchKG), die von staatlich anerkannten Beratungsstellen, im Öffentlichen Gesundheitsdienst oder von dafür anerkannten Ärzt*innen (§ 8 SchKG) vorgehalten werden. Damit einher geht der Auftrag an die Länder, je 40.000 Einwohner*innen mindestens eine*n Berater*in in Vollzeit zu beschäftigen (§ 4 Abs. 1 SchKG). Dieser Berechnungsschlüssel bildet den Rahmen dafür, wie viele Beratungsfachkräfte bzw. -stellen es in jedem Bundesland geben muss.

Den Anspruch auf finanzielle Förderung in angemessener Höhe regelt § 4 Abs. 3 SchKG. Die Begründung zielt vor allem darauf ab, dass die Schwangerschaftsberatung eine staatliche Aufgabe sei und der Staat durch diese Einrichtungen seine Garantenstellung zum Schutz des Lebens wahrnehme. Damit ist eine Finanzierung der Beratungsstellen entlang des oben genannten Schlüssels (§ 4 Abs. 1 S. 1 SchKG) zwar prinzipiell sichergestellt – allerdings sichern die Länder weit überwiegend nur eine 80-prozentige Finanzierung zu, sodass es mit Blick auf die strukturellen und konzeptionellen Rahmenbedingungen der einzelnen Träger dennoch zu teilweise

großen Unterschieden in Bezug auf die finanziellen Ressourcen von Beratungsstellen kommt. Beratungsstellen größerer Träger haben hier ebenso wie konfessionelle Träger (z. B. Caritas und Diakonie) unter Umständen mehr Spielraum und können mit eigenen Mitteln ausgleichen.

Der Gesetzgeber schreibt in § 8 SchKG zudem vor, dass die Länder ein ausreichendes plurales und wohnortnahes Angebot an Beratungsstellen sicherstellen müssen. Damit haben auch die Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft Anspruch auf Förderung durch die Länder, sofern sie das weltanschaulich plurale, wohnortnahe Beratungsangebot mit absichern, obwohl diese nach Beschluss der Deutschen Bischofskonferenz seit dem Jahr 2000 keine Beratungsbescheinigungen nach § 7 SchKG mehr ausstellen (vgl. DBK, 1999). Als wohnortnah gilt zum Beispiel, wenn Ratsuchende die Beratungsstelle innerhalb eines Tages mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichen, sich beraten lassen und zu ihrem Wohnort zurückkehren können (u. a. § 2 Abs. 1 SchKGAG M-V; § 6 Abs. 1 Satz 2 SächsSchKGAG). Die Länder treffen hierzu im Rahmen ihrer jeweiligen Ausführungsgesetze Regelungen, die den spezifischen Besiedlungsstrukturen Rechnung tragen (siehe zur Vertiefung der rechtlichen Perspektiven auf den Schwangerschaftsabbruch auch den Beitrag von Chiofalo & Schmid in diesem Band; zur historischen Entwicklung der Beratungslandschaft siehe den Beitrag von Busch in diesem Band).

2.2 Daten aus der Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Die Gesundheitsberichterstattung (GBE) gehört laut WHO (2012, S. 4) zu den zentralen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD). Sie dient dazu, »die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und die maßgeblichen Einflussfaktoren zu beschreiben« (Rosenkötter et al., 2020, S. 1067). Unabhängig davon haben die Beratungsstellen gemäß § 10 SchKG gegenüber dem Land einen Bericht über ihre Tätigkeit abzulegen. Diese Statistiken sind jedoch nicht einheitlich gestaltet und in Teilen – selbst für wissenschaftliche Zwecke – nicht zugänglich. In einzelnen Bundesländern existiert lediglich eine Rahmenverordnung zur Beobachtung und Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes der Bevölkerung, ohne gesetzliche Zuständigkeit, Periodizität des Berichtswesens, inhaltliche Vorgaben zu relevanten Datenquellen oder konkrete und spezifische Indikatoren laut GBE (vgl. ebd.). Maßgeblich für die inhaltliche Gestaltung der GBE ist

der im Auftrag der Gesundheitsministerkonferenz erstellte Indikatorensatz (vgl. AOLG, 2003), der elf Themenfelder umfasst. Das für die vorliegenden Analysen relevante Themenfeld 7 beinhaltet mit Indikator 7.1 die Beratung zu Familienplanung und Schwangerschaftskonflikt.² Der unterschiedliche Grad an Verbindlichkeit in der statistischen Erfassung führt zu teilweise großen Lücken in Berichterstattung und Verfügbarkeit von Daten. Dennoch: Es ist davon auszugehen, dass alle Länder diese Informationen jährlich zusammentragen und damit über eine umfangreiche Datenbasis verfügen, auf deren Grundlage die Entwicklung der Beratungsstellenarbeit über Jahrzehnte nachvollzogen werden kann.

3 Strukturdatenanalyse zu Schwangerschaftsberatungsstellen

Vor dem Hintergrund der benannten Gesetze und Verordnungen und insbesondere im Sinne des pluralen und wohnortnahen Angebotes soll in einem ersten Schritt eine systematische Übersicht zur Verteilung der Beratungsstellen auf Länderebene erfolgen. Diese gliedert sich in drei Unterpunkte: Verteilung im Bundesgebiet und weltanschauliche Pluralität; Verteilung der Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB in Verbindung mit § 5 SchKG; regionale Verteilung der Beratungsstellen in den Bundesländern. In einem zweiten Schritt wird eine Einschätzung des Versorgungsschlüssels anhand recherchierter Daten zu den vorgegebenen Vollzeitäquivalenten (VzÄ) im Personalschlüssel vorgenommen.

3.1 Systematische Übersicht der Beratungsstellenlandschaft

Der Zusammenstellung einer validen Grundgesamtheit aller gesetzlich anerkannten Beratungsstellen in Deutschland ging eine umfangreiche Recherche

2 Das Themenfeld 7 beinhaltet Indikatoren zur Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung (AOLG, 2003, S. 483ff.). Dort lautet der erste Indikator (7.1) »Inanspruchnahme von Beratungen zur Familienplanung und bei Schwangerschaftskonflikten (§ 2 und §§ 5–6 SchKG), Land, Jahr« und erfasst aufgeschlüsselt nach Trägerart Beratungs- und Personalstellen und die Anzahl beratener Frauen nach § 2 und §§ 5–6 SchKG.

voraus. Eine zentrale Datenbank, nutzer*innenfreundlich mit Suchfunktion und Umkreissuche, bietet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) auf der Website familienplanung.de, auf der »über 1.500 Beratungsstellen im gesamten Bundesgebiet erfasst« (BZgA, 2023) sind.³ Beratungsstellen haben die Möglichkeit, hier selbst ein Profil anzulegen und zu pflegen, »die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) ist für die Richtigkeit der Angaben im Detail nicht verantwortlich« (ebd.). Laut Angaben auf familienplanung.de werden die angegebenen Kontaktdaten regelmäßig geprüft, eine letzte solche Prüfung habe 2018/19 stattgefunden. Weiterhin stellen 14 von 16 Bundesländern online Adresslisten der Schwangerschaftsberatungsstellen auf einer Website (z. B. des zuständigen Ministeriums) oder als PDF-Download zur Verfügung. Diese variieren zum Teil erheblich in der Aktualität und enthalten in einigen Bundesländern auch Beratungsstellen, die nicht nach § 8 SchKG anerkannt sind und damit nicht den Anspruch einer fachgerechten Beratung erfüllen.

In der Recherche wurden daher die Online-Adresslisten der Schwangerschaftsberatungsstellen der Bundesländer und der BZgA-Datenbank durchsucht und miteinander abgeglichen. So entstand zwischen 2020 und 2022 eine bundesweite Liste von staatlich anerkannten Schwangerschaftsberatungsstellen (nach § 3 SchKG) mit 1.375 Einträgen (Stand: März 2023). Hier enthalten sind 1.052 Beratungsstellen, die nach § 219 StGB in Verbindung mit § 5 SchKG beraten und eine Beratungsbescheinigung nach § 7 SchKG ausstellen. Weiterhin konnten in sieben Bundesländern 327 Ärzt*innen recherchiert werden, die gemäß § 8 SchKG zur Durchführung von Konfliktberatungen anerkannt sind. Auf Grundlage dieser Übersichten können nun Aussagen über die Beratungsstellenlandschaft und damit über die psychosoziale Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland getroffen werden.

Verteilung im Bundesgebiet und weltanschauliche Pluralität der Beratungsstellen

Proportional zur jeweiligen Einwohner*innenzahl in den Bundesländern haben die Bundesländer mit den meisten Einwohner*innen auch die größte Anzahl an Beratungsstellen. Die besiedelungsschwächeren Bundesländer im

3 Laut Angaben auf der Website sind niedergelassene Ärzt*innen mit einer Anerkennung nach § 8 SchKG nicht gelistet.

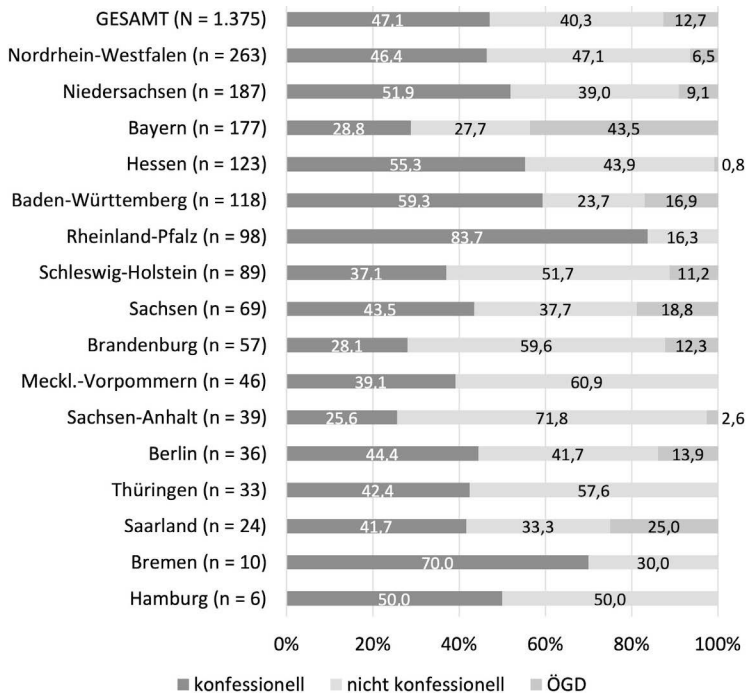


Abb. 1: Anerkannte Schwangerschaftsberatungsstellen, geclustert in drei Gruppen, je Bundesland (N = 1.375), Angaben in Prozent

Osten verfügen folgerichtig insgesamt über auffällig weniger Beratungsstellen als die westlichen Bundesländer, liegen jedoch – berechnet auf die Einwohner*innen pro Beratungsstelle – im Mittelfeld des Bundesdurchschnitts. Erkennbar werden deutliche Abweichungen insbesondere zwischen den südlichen und nördlichen Bundesländern: Im Süden kommen deutlich mehr Einwohner*innen auf jede Beratungsstelle als im Norden Deutschlands.

Die Gesetzeslage sieht vor, dass die Länder ein weltanschaulich plurales Beratungsstellenangebot vorhalten. In Abbildung 1 ist dargestellt, welchen Anteil konfessionelle, nicht-konfessionelle und Beratungsstellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD)⁴ an der Gesamtzahl der Beratungsstellen je Bundesland ausmachen.

⁴ Die Träger der Beratungsstellen wurden gruppiert erfasst in ÖGD, konfessionell und nicht-konfessionell. Dem ÖGD wurden Beratungsstellen zugeordnet, die an die kom-

Weltanschauliche Pluralität, das zeigt Abbildung 1, bedeutet in der Praxis nicht zwangsläufig eine Ausgewogenheit zwischen den Trägergruppen. Vielmehr scheint sich die Verteilung auch an den jeweiligen religiösen Prägungen der Länder zu orientieren. Der Anteil konfessioneller Beratungsstellen in den westdeutschen Bundesländern beträgt im Schnitt 49,6 %. Im Vergleich dazu: Durchschnittlich 53,5 % der Bevölkerung in den westdeutschen Bundesländern sind Mitglied der evangelischen oder katholischen Kirche (vgl. DBK, 2021; EKD, 2021). Die Verteilung der Träger scheint somit im Zusammenhang mit der regionalen Religionszugehörigkeit zu stehen – doch nicht nur, wie etwa das Beispiel Bayern mit einer überdurchschnittlich hohen Anzahl an Beratungsstellen im ÖGD oder die hohe Zahl an konfessionellen Beratungsstellen in einigen ostdeutschen Bundesländern zeigen.

Verteilung der Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB in Verbindung mit § 5 SchKG

In engem Zusammenhang mit der weltanschaulichen Ausrichtung einer Beratungsstelle bzw. eines Trägers steht die Frage, inwiefern in einer Beratungsstelle Beratungen nach § 5 SchKG angeboten bzw. Beratungsbescheinigungen nach § 7 SchKG ausgestellt werden. Der Anteil der scheinausstellenden Beratungsstellen beträgt laut Rechercheliste bundesweit im Durchschnitt 76,5 %.⁵ Im Ländervergleich zeigen sich auch hier Unterschiede (siehe Abb. 2).

Die Bundesländer Baden-Württemberg (66,4 %) und Rheinland-Pfalz (61,2 %) fallen insofern auf, als dort der Anteil der Beratungsstellen mit Beratungen nach § 219 StGB deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt liegt. Die geringen Anteile an scheinausstellenden Beratungsstellen in Berlin, Hamburg und Bremen werden durch eine entsprechend

munalen Gesundheitsämter angegliedert oder den Regierungsbezirken unterstellt sind. In der Gruppe der konfessionellen Träger befinden sich Beratungsstellen von der Caritas, dem Sozialdienst katholischer Frauen, der Diakonie und weitere Beratungsstellen, die in direkter Trägerschaft einer Kirche sind. Als nicht-konfessionell wurden pro familia, die Arbeiterwohlfahrt, das Deutsche Rote Kreuz, der katholische Laienverein donum vitae und Beratungsstellen des Paritätischen Wohlfahrtsverbands zugeordnet sowie Beratungsstellen weiterer freier Träger, die keine strukturelle Zugehörigkeit zu einer der christlichen Kirchen erkennen lassen.

5 In der Datenbank der BZgA betrug der Anteil 2022 75,4 %.

hohe Zahl an anerkannten
Ärzt*innen ausgeglichen.

Regionale Verteilung in den Bundesländern

Relevant für die Beurteilung der Versorgungsstruktur ist auch die Frage der Erreichbarkeit und damit der regionalen Verteilung der Beratungsstellen. Laut §§ 3 und 8 SchKG müssen sie wohnortnah sein. Beinahe die Hälfte aller Beratungsstellen befindet sich in den Mittelstädten, wie Abbildung 3 zeigt. Zwischen den Bundesländern gibt es hier große Unterschiede, die sich aber folgerichtig aus der Verteilung von Gemeindetypen in den jeweiligen Ländern ergeben. So ist beispielsweise in Nordrhein-Westfalen der Anteil an Beratungsstellen in Großstädten besonders

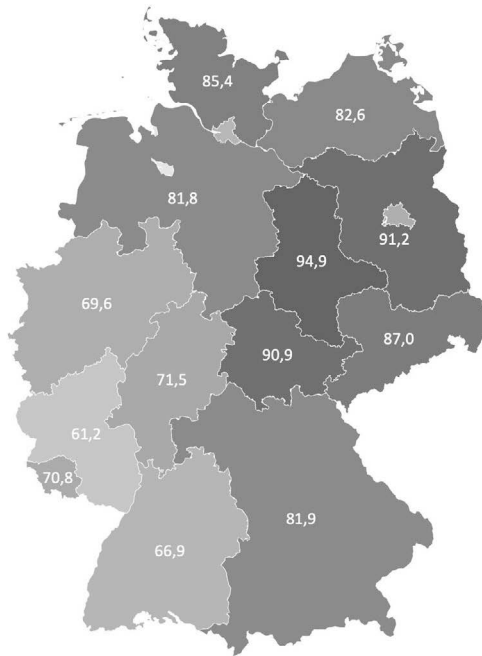


Abb. 2: Anteil der Schwangerschaftsberatungsstellen, die Beratungen nach §§ 5–6 SchKG durchführen (N = 1.375), Angaben in Prozent; Berlin: 69,4 %, Hamburg: 66,7 %, Bremen: 50 %

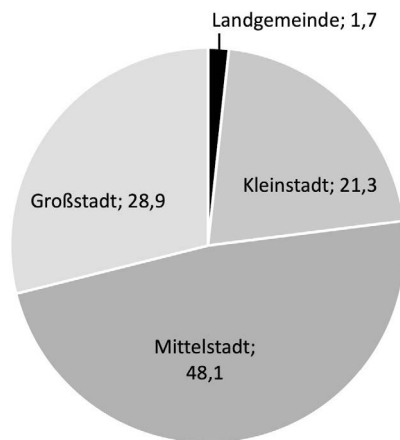


Abb. 3: Anteil der Beratungsstellen nach Regionaltyp (N = 1.375), Angaben in Prozent; 1 = Landgemeinde (bis 5.000 Einwohner), 2 = Kleinstadt (5.000 bis 20.000 EW), 3 = Mittelstadt (20.000 bis unter 100.000 EW), 4 = Großstadt (ab 100.000 EW); Einteilung gemäß Bundesinstitut für BBSR (2023)

hoch (44,1 %), in Rheinland-Pfalz und Mecklenburg-Vorpommern hingegen sind die Anteile an Beratungsstellen im ländlichen und kleinstädtischen Raum überdurchschnittlich hoch (52 %).

Während sich also mit Blick auf die Wohnortnähe eine gewisse Passung zwischen Standort der Beratungsstellen und länderspezifischer Verteilung der Gemeindetypen andeutet, ist bei der weltanschaulichen Pluralität nur teilweise ein Zusammenhang mit konfessionellen Strukturen der jeweiligen Bundesländer zu erkennen. Darüber hinaus lässt sich eine geringere Dichte an Beratungsmöglichkeiten nach § 5 SchKG in den südwestlichen Bundesländern im Verhältnis zu den Einwohner*innenzahlen konstatieren.

3.2 Versorgungsschlüssel nach § 4 Abs. 1 SchKG

Zur Einschätzung der Versorgungslage mit Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen wurde der sogenannte Versorgungsschlüssel herangezogen, sofern die entsprechenden Daten recherchierbar waren. Wie oben erwähnt, beauftragt § 4 Abs. 1 SchKG die Länder, je 40.000 Einwohner*innen mindestens eine*n Berater*in in Vollzeit zu beschäftigen.⁶ Einer Abfrage per E-Mail bei den zuständigen Landesministerien zu Indikator 7.1 der Gesundheitsberichterstattung im ersten Quartal 2023 zufolge liegt der Versorgungsschlüssel mit geringen Abweichungen im gesetzlich vorgeschriebenen Rahmen (1:40.000).

Die Berechnung der länderspezifischen VzÄ ergab ein nahezu homogenes Bild in der Versorgungslage: Mit einer geringen Variation zwischen 0,85 und 1,19 VzÄ pro 40.000 Einwohner*innen kann der Status der VzÄ der Länder als weitestgehend den Gesetzesvorgaben entsprechend bewertet werden.

Welche Zusammenhänge sich zwischen Trägerschaft, regionaler Versorgung und den Angebots- und Kooperationsstrukturen der Beratungsstellen finden lassen, zeigen ausgewählte Ergebnisse im folgenden Kapitel.

6 Auch niedergelassene Ärzt*innen können sich nach § 9 SchKG anerkennen lassen und sind demnach befugt, Beratungen nach §§ 5–6 SchKG durchzuführen und Beratungsbescheinigungen nach § 7 SchKG auszustellen. Inwiefern diese in die Berechnung des Schlüssels eingehen, variiert zwischen den Ländern. So bezieht beispielsweise Berlin sie nicht in die Berechnung ein, in Nordrhein-Westfalen werden sie mit 25 % auf den Schlüssel angerechnet.

4 Angebotsstruktur und Vernetzung von Schwangerschaftsberatungsstellen

4.1 Methodisches Vorgehen und Stichprobenbeschreibung

Mithilfe einer bundesweiten Online-Erhebung unter Leitungskräften wurde die psychosoziale Versorgungsstruktur bei ungewollter Schwangerschaft analysiert. Anhand ausgewählter Daten sollen nun folgende Fragestellungen genauer beleuchtet werden: (F1) Welche Angebote halten Beratungsstellen im Kontext von ungewollten Schwangerschaften bereit? (F2) Wie finden dabei Personen in belasteten Lebenssituationen Berücksichtigung? (F3) Und, wie sind sie mit dem System der psychosozialen und medizinischen Hilfen vernetzt?

Die Rekrutierung der Leitungskräfte für die Erhebung erfolgte auf Basis der oben beschriebenen Beratungsstellenliste. Zum Zeitpunkt der Erhebung im vierten Quartal 2021 enthielt diese 1.288 Einträge. Das Erhebungsinstrument bestand aus einem Onlinefragebogen mit 39 neu konzipierten Fragen zu den Themenkomplexen Öffentlichkeitsarbeit, Angebotsstruktur und Kooperationsbeziehungen. Die forschungsethische Orientierung erfolgte entlang der Bonner Ethik-Erklärung (Poelchau et al., 2015), der Datenschutzbeauftragte der Hochschule Merseburg erteilte nach Prüfung die Genehmigung. Nach einem Pretest wurde der Link zum Fragebogen per E-Mail inklusive zweier Reminder an die Leitungskräfte der Beratungsstellen verschickt. Zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft wurden Incentives in Form von Fachbüchern verlost. Die Stichprobe der Befragung umfasste nach Bereinigung $n = 583$ Leitungskräfte von Schwangerschaftsberatungsstellen. Die Rücklaufquote unter Berücksichtigung von Drop-outs betrug demnach 45,3 %. Die Auswertung der Daten erfolgte durch univariate und bivariate Berechnungen mithilfe des Statistikprogramms SPSS 27.

Wie in Tabelle 1 erkennbar, haben sich an der Befragung etwas häufiger als in der Grundgesamtheit Leitungskräfte aus Beratungsstellen in nicht-konfessioneller Trägerschaft, aus Großstädten und aus dem Süden Deutschlands und mit Scheinausstellung nach einer § 219-Beratung beteiligt. Beratungsstellen aus der Region West, in Mittelstädten und in konfessioneller Trägerschaft waren hingegen seltener vertreten. Dennoch kann die vorliegende Stichprobe als repräsentativ für die Grundgesamtheit eingeordnet werden, da die Abweichungen gering sind.

Tab. 1: Vergleich der Stichprobe mit Grundgesamtheit, Angaben in Prozent

		Grundgesamtheit (N = 1.288)	Stichprobe (n = 583)
Träger	konfessionell	47	42
	nicht konfessionell	40	44
	kommunal/ Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)	12	14
Region	Nord	21	19
	Ost	21	23
	Süd	21	29
	West	37	29
Regionaltyp	ländlich/Kleinstadt	23	24
	Mittelstadt	48	42
	Großstadt	29	34
§ 219-Beratung		76	81

Etwa zwei Fünftel (41,2 %) der Befragten leiteten eine Beratungsstelle mit maximal drei Beschäftigten, etwa die Hälfte (46 %) waren in einer Beratungsstelle mit vier bis zehn Personen beschäftigt und 12,9 % hatten größere Teams von elf und mehr Personen.

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich nur auf die 474 Beratungsstellen, die Beratungen nach § 219 StGB durchführen.

4.2 Ergebnisse zur Angebotsstruktur und Vernetzung von Schwangerschaftsberatungsstellen

Im folgenden Abschnitt werden Ergebnisse zu Beratungsangeboten präsentiert, die sich unter anderem an spezifische Zielgruppen richten. Gleichzeitig soll der Charakter der Beratungsstellen als Schnittstellen ins psychosoziale und zum Teil auch medizinische Netzwerk mithilfe der Verweisungspraktiken und der dafür nötigen Netzwerkstruktur abgebildet werden.

Psychosoziale Angebote nach einem Schwangerschaftsabbruch

Die Sicherstellung der psychosozialen Versorgung nach einem Schwangerschaftsabbruch ergab folgendes Bild: Während das Beratungsangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch zum Standardrepertoire einer Beratungsstelle gehörte, waren andere Angebote eher weniger etabliert.

Tab. 2: Psychosoziale Angebote der Beratungsstellen nach einem Schwangerschaftsabbruch, n = 474, Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent

Angebote der Beratungsstellen nach einem Schwangerschaftsabbruch	
weitergehendes Beratungsangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch	99
Weitervermittlung an psychotherapeutische Einrichtungen	48
Bereitstellen von bzw. Verweis auf Broschüren/Flyer/Literatur	35
Weitervermittlung an medizinische Einrichtungen	21
Gruppenangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch	3

Knapp die Hälfte der befragten Einrichtungen vermittelte die Klient*innen bei Bedarf an psychotherapeutische Einrichtungen und etwa ein Fünftel an medizinische Einrichtungen. Weiterführende Materialien und Literatur spielten häufiger in den ostdeutschen Beratungsstellen eine Rolle (46 %), während ein Gruppenangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch am ehestens in Großstädten vorgehalten wurde (6 %).

Auf die Frage, ob die Beratungsstelle zusätzlich zur ohnehin bestehenden Beratung und Begleitung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch (nach Beratungsregelung) spezifische Angebote für Personen in belasteten Lebenssituationen⁷ bereithält, gaben knapp 59 % die Existenz eines beratungsstelleninternen Angebots an. Diejenigen, die nicht selbst über ein Angebot verfügen, würden stattdessen an entsprechende Institutionen verweisen (39 %). Dass nur ein kleiner Teil von 2 % keinen Bedarf für ein solches Angebot sieht, spricht für den hohen Hilfe- und Beratungsbedarf dieser Zielgruppen und ein umfangreiches Verweisungswissen der Berater*innen.

Detailliertere Auswertungen machen deutlich, dass laut eigenen Anga-

⁷ Gemeint sind hiermit vor allem Personen mit psychischen Belastungen, Traumatisierungs- und Stresserfahrungen, Migrations- und Fluchterfahrungen, Gewalterfahrungen, Partnerschaftskonflikten und Trennungserfahrungen.

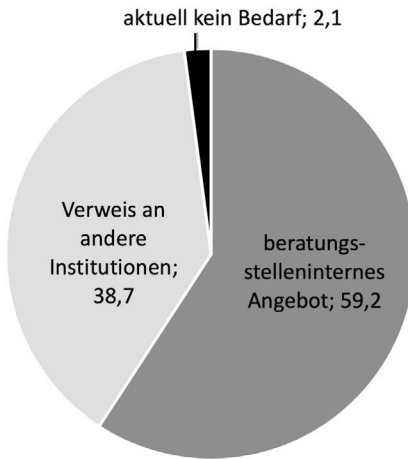


Abb. 4: Angebote für Personen in Belastungssituationen, n = 470, Angaben in Prozent

ben größere Beratungsstellen mit mehr als elf Mitarbeitenden am häufigsten über ein beratungsstelleninternes Angebot verfügen (89 %). Aber auch diejenigen in Mittel- und Großstädten, in West- und Norddeutschland und in konfessioneller Trägerschaft hielten häufiger selbst Angebote für Klient*innen in belasteten Lebenssituationen vor. An andere Institutionen verwiesen hingegen Beratungsstellen am häufigsten aus ländlichen bzw. kleinstädtischen Gebieten, aus Süddeutschland und aus dem ÖGD.

Kooperation mit psychosozialer und medizinischer Versorgung – Häufigkeit und Bedarfsentsprechung

Um den teilweise vielschichtigen Hilfe- und Unterstützungsbedarfen der Klient*innen gerecht zu werden, werden oftmals Kooperationen mit verschiedenen Institutionen nötig. Mit welchen Einrichtungen die Beratungsstellen, die nach § 219 StGB beraten, im Austausch stehen, sollte mit Hilfe in der Erhebung vorgegebener Einrichtungen des psychosozialen und des medizinischen Netzwerkes abgebildet werden. Einen Überblick über die Quantität der Austauschbeziehungen liefert Tabelle 3.

In der Quantität der Kooperationsbeziehungen stehen vor allem die Beratungsstellen in kommunaler bzw. öffentlicher Trägerschaft hervor: Sie kooperieren nahezu mit allen der genannten Einrichtungen der psychosozialen Versorgung am seltensten regelmäßig. Weitere, wenn auch deutlich weniger einheitliche Unterschiede werden bei der Anzahl der Mitarbeitenden und der regionalen Verortung der Beratungsstellen sichtbar. So stehen Beratungsstellen aus Süddeutschland am seltensten regelmäßig mit Familienhebammen im Austausch. Weiterhin besteht bei Beratungsstellen aus Ostdeutschland und Beratungsstellen mit maximal drei Mitarbeitenden am seltensten regelmäßiger Kontakt zu Fachberatungsstellen, die bei häus-

Tab. 3: Kooperierende Einrichtungen der psychosozialen Versorgung, Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent

	Kooperation vorhanden	davon »sehr/eher regelmäßig«
andere Schwangerschaftsberatungsstellen	99	98
weitere Beratungsstellen (z. B. Erziehungs-, Sucht-, Schuldner-, Migrationsberatung)	98	78
kommunale Behörden (z. B. Sozialamt, Jugendamt, Jobcenter)	97	81
Familienhebammen	90	71
Fachberatungsstellen bei häuslicher/sexualisierter Gewalt	87	52
Gewaltschutzhäuser	81	41
Einrichtungen für Geflüchtete	79	46

licher/sexualisierter Gewalt helfen. Hier lassen sich sowohl Ursachen in der regionalen Angebotsstruktur als auch in den personellen Ressourcen vermuten.

Aussagen zur Qualität der Kooperationsbeziehungen liefern die in der Erhebung geäußerten Einschätzungen zur Bedarfsentsprechung des Austauschs. Die Zufriedenheit mit den Kontakten zu anderen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung lag bei den befragten Leitungskräften recht hoch. Hervorstechend war auch hier erneut der Kontakt zu den anderen Schwangerschaftsberatungsstellen, knapp drei Viertel der Befragten gaben an, dass dieser Kontakt voll und ganz dem Bedarf entspricht. Der Austausch mit den kommunalen Behörden entsprach am wenigsten den Bedarfen, allerdings waren auch hier die allermeisten weitestgehend zufrieden. Insgesamt zeigte sich ein recht homogenes Bild: 80 % der Beratungsstellen waren mit dem Austausch mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung mindestens weitestgehend zufrieden, meist lagen die Zufriedenheitswerte sogar noch höher.

Mit Blick auf die Defizite in der Bedarfsdeckung (Antwortoption »kaum/gar nicht«) zeigen sich folgende Unterschiede: Der Austausch mit Einrichtungen für Geflüchtete entspricht bei den Beratungsstellen in Norddeutschland mit 21 % am häufigsten nicht dem Bedarf. Mit den Beratungsstellen zur häuslichen/sexualisierten Gewalt sehen 16 % der Leitungskräfte aus Norddeutschland und 17 % der Beratungsstellen mit maximal drei Mitarbeitenden den Bedarf nach Austausch als nicht oder kaum gedeckt.

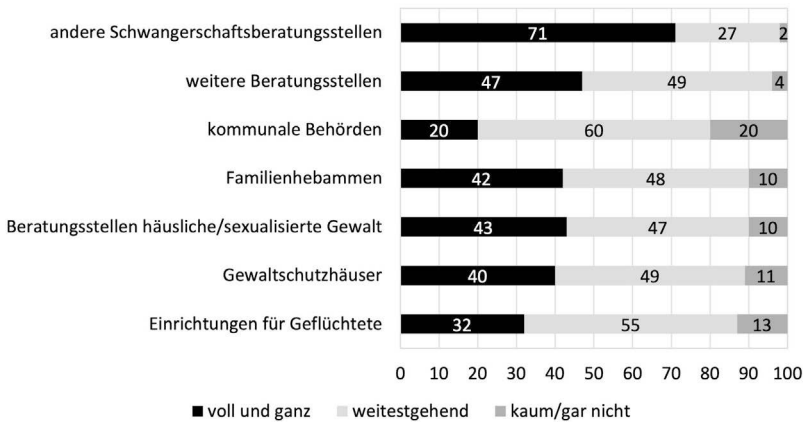


Abb. 5: Bedarfsentsprechung der Kooperationen mit Einrichtungen der psychosozialen Versorgung, Angaben in Prozent

Neben den Einrichtungen der psychosozialen Versorgung bestehen Kooperationsbeziehungen mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung. Der Austausch mit den Akteur*innen der medizinischen Versorgung, die direkt Frauengesundheit betreffen, findet bei etwa einem Drittel der befragten Beratungsstellen regelmäßig statt. Der Austausch mit allen anderen erfassten Einrichtungen der medizinischen Versorgung findet hingegen eher oder sehr unregelmäßig statt.

Tab. 4: Kooperierende Einrichtungen der medizinischen Versorgung und Regelmäßigkeit des Austauschs, Mehrfachantworten möglich, Angaben in Prozent

Niedergelassene Gynäkolog*innen	Kooperation vorhanden	nur Antwort »sehr/ eher regelmäßig«
Hebammen	94	68 %
Kliniken	93	65 %
Kliniken für Gynäkologie/Geburtshilfe	86	57 %
Praxen/Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen	84	62 %
Krankenkassen	65	42 %
niedergelassene Psychotherapeut*innen/Psychiater*innen	53	28 %
psychiatrische Kliniken	44	26 %

Vergleichbar mit dem Netzwerk der psychosozialen Versorgung stehen Beratungsstellen in kommunaler/öffentlicher Trägerschaft auch mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung am seltensten regelmäßig im Austausch. Für Einrichtungen beider Versorgungsbereiche gilt: Je häufiger Beratungsstellenleitungen angegeben haben mit einer Einrichtung in Austausch zu stehen, desto höher sind die Werte bei den Angaben zur Regelmäßigkeit des Kontakts.

Von den befragten Leitungskräften waren über zwei Drittel mit dem Austausch mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung zufrieden. Im Vergleich zum psychosozialen Versorgungsbereich lagen die Werte hier jedoch niedriger bzw. entsprach der Kontakt in den medizinischen Versorgungsbereichen weniger dem Bedarf der Beratungsstellen als der Kontakt zu den psychosozialen Einrichtungen.

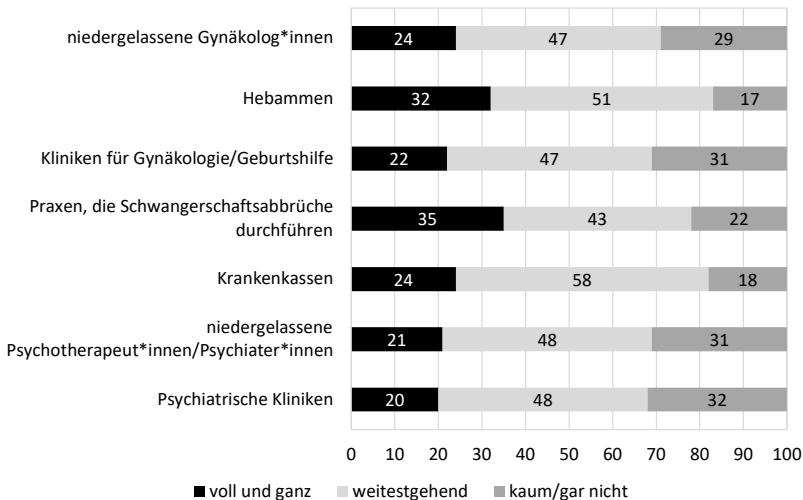


Abb. 6: Bedarfsentsprechung der Kooperationen mit Einrichtungen der medizinischen Versorgung, Angaben in Prozent

Bei den Defiziten in der Bedarfsdeckung (Antwortoption »kaum/gar nicht«) fiel ein signifikanter Unterschied ins Auge: Der Austausch mit Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, entspricht bei den Beratungsstellen in Norddeutschland mit 42 % am häufigsten kaum oder nicht dem Bedarf.

5 Zusammenfassung und Diskussion der Ergebnisse

Der Beitrag widmete sich im ersten Teil der Beurteilung der Versorgungslage anhand von vorliegenden Strukturdaten aus der Gesundheitsberichterstattung und der verfügbaren Übersichtslisten für Ratsuchende. Aus der Strukturdatenanalyse geht hervor, dass die Beratungsmöglichkeiten nach § 219 StGB in Verbindung mit § 5 SchKG und auch die Pluralität der Träger auf Länderebene variieren. Dabei fallen mit Blick auf die Einwohner*innenzahlen besonders Nord-Süd-Unterschiede auf. In Regionen mit einer hohen Anzahl an Beratungsstellen, die keine Beratungsscheine ausstellen, kann insgesamt eine schlechtere Angebotsstruktur für die Pflichtberatung vor einem Schwangerschaftsabbruch abgeleitet werden. Einschränkend muss jedoch erwähnt werden, dass weder die Landeslisten noch die Datenbank der BZgA zuverlässig hinsichtlich ihrer Aktualität beurteilbar sind. Zudem eignen sich Aussagen zur Anzahl an Beratungsstellen nur bedingt für eine Beurteilung der psychosozialen Versorgungsstruktur. So kann sich hinter *einer* Beratungsstelle sowohl ein großes Beratungszentrum mit mehr als zehn Berater*innen verbergen als auch eine integrierte Beratungsstelle, in der zwar viele Beratungsfachkräfte beschäftigt, aber nur zwei Personen für die Schwangerschaftsberatung zuständig sind. Oder es handelt sich um eine kleine Außenstelle, die an einem Wochentag für wenige Stunden von einer Berater*in besetzt ist. Die konkrete Situation in der Praxis ist letztendlich ausschlaggebend für die tatsächliche Versorgung: Können Ratsuchende zeitnah und ausgerichtet an ihren Bedürfnissen einen Termin in einer Beratungsstelle bekommen? Gibt es unterschiedlich qualifizierte Beratungsfachkräfte mit spezifischen Kompetenzen, die für unterschiedliche Zielgruppen und Lebenslagen spezifische Angebote machen können? Oder steht eine Berater*in mit breiter sozialarbeiterischer Basisqualifikation zur Verfügung, die komplexe Multiproblemlagen in Personalunion bearbeiten können muss?

Um diese und sich anschließende Fragen zu beantworten, braucht es eine größere Transparenz in der Datenerfassung und -weitergabe durch die Länder bzw. der mit der Umsetzung des SchKG beauftragten Stellen. Bis auf Sachsen und Nordrhein-Westfalen wird die Berichterstattung zum Indikator 7.1 wenig transparent kommuniziert, die Daten sind oft nur auf Anfrage bei den zuständigen Ministerien verfügbar und werden uneinheitlich erfasst. Einige wenige Bundesländer stellen die (aktuelle) GBE online zur Verfügung, andere weisen zwar die GBE nach Indikatoren aus, aller-

dings nicht zum Indikator 7.1. Diese Feststellung schließt auch die Forderung nach einer einheitlichen Statistik zur Erfassung der Beratungszahlen durch Beratungsstellen und anerkannte Ärzt*innen und im Allgemeinen auch die Angaben der GBE ein, denn die Möglichkeiten von Längs- und Querschnittsvergleichen zu Beratungszahlen und VzÄ bleiben bisher vollkommen theoretisch.

Für die psychosoziale Versorgung im Kontext ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, die zunächst und flächendeckend durch die verpflichtende Beratung nach § 219 StGB und die damit verbundenen Ausführungen des SchKG gewährleistet werden soll, lassen sich regionale Unterschiede vor allem auf länderspezifische Regularien zurückführen. Auch wenn Qualität und Ausstattung der Beratungsstellen weder im Forschungsprojekt noch in diesem Beitrag fokussiert wurden, ist davon auszugehen, dass sich zudem die länder- und trägerspezifischen Unterschiede in der Finanzierung auf die Personalausstattung und Angebotsstrukturen auswirken. Wenn beispielsweise die Länder festlegen, dass Berater*innen nach TV-L EG 9 bezahlt werden (vgl. etwa SchKVO LSA für Sachsen-Anhalt), führt das bei steigenden Kosten für Miete und Sachmittel dazu, dass Gehälter für Beratungsfachkräfte immer weiter unter das jeweils aktuelle Gehaltsniveau für beispielsweise Sozialarbeiter*innen fallen. Zu vermuten ist auch, dass Fachkräfte anderer Disziplinen wie Psycholog*innen oder Ärzt*innen bei diesem Gehaltsniveau nicht gewonnen werden können.

Dies wiederum kann sich auf die Vielfalt des Beratungsangebots auswirken, insbesondere wenn es um die Deckung von weitreichenden Unterstützungsbedarfen geht.

Im zweiten Teil untersuchte der Beitrag, welche Angebote Beratungsstellen im Kontext von ungewollten Schwangerschaften bereithalten, ob dabei Personen in belasteten Lebenssituationen besondere Berücksichtigung finden und wie die Netzwerkstrukturen der Beratungsstellen ausgestaltet sind.

Unterstützungsangebote nach einem Schwangerschaftsabbruch beinhalten im Allgemeinen Beratungsangebote, die von den Berater*innen in Einzel- oder Paargesprächen geführt werden. Ob dies bedarfsorientiert und -deckend geschieht und ob Beratungsstellen beispielsweise Gruppenangebote aus Mangel an personellen oder finanziellen Ressourcen nicht bereitstellen können, bleibt an dieser Stelle offen. Ergänzt wird das Unterstützungsangebot nach einem Schwangerschaftsabbruch sehr häufig

durch Vermittlungen von Personen in belasteten Lebenssituationen an psychotherapeutische Einrichtungen, die jedoch oft mit langen Wartezeiten verbunden sind (Deutscher Bundestag, 2022). Auch in diesem Zusammenhang könnte eine ausreichende und gesicherte Finanzierung der Beratungsstellen die Chance auf Einstellung spezialisierter Fachkräfte bieten oder die Möglichkeit des Erwerbs von Zusatzqualifikationen Anreize schaffen, um das beratungsstelleninterne Angebot zu erweitern und es damit den spezifischen Bedarfen der Zielgruppen anzupassen. Bisher greifen Beratungsstellen vor allem in strukturschwachen Räumen vor allem auf ihre Netzwerke zurück.

Die Beurteilung der Vernetzung der Beratungsstellen in das System der psychosozialen und medizinischen Hilfen war ein weiteres Anliegen des Beitrages. Die Intensität der Kooperationsbeziehungen variiert mit der Art der Einrichtungen: Während Einrichtungen der psychosozialen Versorgung im Allgemeinen häufiger, regelmäßiger und stärker am Kooperationsbedarf orientiert mit den Beratungsstellen im Austausch stehen, finden die Kooperationsbeziehungen mit den Einrichtungen der medizinischen Versorgung weniger häufig, weniger regelmäßig und seltener bedarfsorientiert statt, oft begründet in den Disparitäten in der regionalen Angebotsstruktur. Hier zeigt sich Optimierungspotenzial, insbesondere was die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Gynäkolog*innen und Kliniken für Gynäkologie und Geburtshilfe betrifft, beispielsweise in digitalen institutionalisierten Plattformen (Arbeitskreise, Stammtische etc.). Der Mehrwert liegt auf der Hand: Eine wechselseitige Kenntnis- und Vertrauensbasis in die Aufgabenbereiche und Unterstützungsleistungen für ungewollt Schwangere könnte sich langfristig positiv auf die Transparenz im Informationsfluss und auf eine verlässliche Verweisungspraxis auswirken. Und von der Strahlkraft effektiver und kompetenter Kooperationsbeziehungen profitieren wiederum die Akteur*innen des gesamten Netzwerkes.

Die uneinheitliche Datenlage ist ein Grund für die begrenzte Aussagekraft der vorliegenden Analysen. Weiterführende Forschung zur Beschreibung und Analyse der Versorgungssituation benötigt deshalb valide und zugängliche Daten, und zwar auch, um die Umsetzung der Regelungen überprüfen zu können. Um substantielle Aussagen über die psychosoziale Versorgungssituation treffen zu können, muss sich eine lebensweltorientierte Forschung beispielsweise dafür interessieren, wie der Anspruch auf Wohnortnähe in der Praxis umgesetzt ist. Bereits die Definition von Wohnortnähe (die bislang nur in einigen Bundesländern konkretisiert

wird, beispielsweise in den Ausführungsbestimmungen in Mecklenburg-Vorpommern, wo eine Hin- und Rückreise mit ÖPNV innerhalb eines Tages als zumutbar beschrieben wird) ist zu hinterfragen – inwieweit die aktuelle Versorgungslage der jeweiligen Bundesländer diesen spezifischen Bestimmungen entspricht. Um diese Definition auf ihre Praxistauglichkeit – vor allem im Sinne der davon betroffenen Personen – zu überprüfen, bedarf es einer weitergehenden, systematischen Untersuchung von Wegzeiten und Entfernungen, insbesondere in den Flächenländern und dort, wo der Anteil von Beratungsstellen mit Beratungen nach §§ 5–6 SchKG gering ist.

Literatur

- AOLG – Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003). Indikatorenatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. https://www.gbe-bund.de/pdf/indikatorensatz_der_laender_2003.pdf (07.03.2023).
- BBSR – Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (2023). Laufende Stadtbeobachtung. <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/forschung/raumb Beobachtung/Raumabgrenzungen/deutschland/gemeinden/StadtGemeindetyp/StadtGemeindetyp.html> (16.03.2023).
- Busch, U. (2009). *Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln: BzgA.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2023). Beratungsstelle in Ihrer Nähe finden. <https://www.familienplanung.de/beratung/beratungsstelle-finden/> (07.03.2023).
- DBK – Deutsche Bischofskonferenz (1999). Pressemitteilung des Ständigen Rates der Deutschen Bischofskonferenz. 23.11.1999. <https://www.dbk.de/presse/aktuelles/meldung/pressemitteilung-des-staendigen-rates-der-deutschen-bischofskonferenz> (07.03.2023).
- DBK – Deutsche Bischofskonferenz (2021). Bevölkerung und Katholiken nach Bundesländern. <https://www.dbk.de/fileadmin/redaktion/Zahlen%20und%20Fakten/Kirchliche%20Statistik/Bevoelkerung%20und%20Katholiken%20BL/2021-Tab-Katholiken-Bevoelkerung-Bundeslaender.pdf> (09.03.2023).
- Deutscher Bundestag, Wissenschaftliche Dienste (2022). Wartezeiten auf eine Psychotherapie. Studien und Umfragen. <https://www.bundestag.de/resource/blob/916578/53724d526490deea69f736b1fda83e76/WD-9-059-22-pdf-data.pdf> (18.02.2023).
- EKD – Evangelische Kirche Deutschland (2022). Kirchenmitgliederzahlen. Stand 31.12.2021. https://www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/Ber_Kirchenmitglieder_2021.pdf (09.03.2023).
- NFZH – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2015). *Materialien zu Frühen Hilfen. 7. Handreichung. Schwangerschaftsberatungsstellen in Netzwerken Frühe Hilfen*. Köln: BzgA.
- Poelchau, H.-W., Briken, P., Wazlawik, M., Bauer, U., Fegert, J.M. & Kavemann, B. (2015).

- Bonner Ethik-Erklärung. Empfehlungen für die Forschung zu sexueller Gewalt in pädagogischen Kontexten. https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/ethikerklaerung-1.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (15.03.2023).
- Rosenkötter, N., Borrmann, B., Arnold, L. & Böhm, A. (2020). Gesundheitsberichterstattung in Ländern und Kommunen. Public Health an der Basis. *Bundesgesundheitsblatt*, 63, 1067–1075. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03190-z>
- SchKVO LSA (2008). Verordnung zur Durchführung des Ausführungsgesetzes des Landes Sachsen-Anhalt zum Schwangerschaftskonfliktgesetz. <https://beck-online.beck.de/?vpath=bibdata/ges/LSASCHKO/cont/LSASCHKO.htm> (18.05.2023).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro Europa (2012). Europäischer Aktionsplan zur Stärkung der Kapazitäten und Angebote im Bereich der öffentlichen Gesundheit. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/171772/RC62wd12rev1-Ger.pdf (07.03.2023).

Biografische Notizen

Maika Böhm, Dr. phil., Dipl.-Soz.päd., M. A. Gender und Arbeit, hat die Professur für Sexualwissenschaft und Familienplanung an der Hochschule Merseburg inne. Mit ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beschäftigt sie sich aktuell im Rahmen der Forschungsprojekte BeSPa und ELSA-PV, hat darüber hinaus aber auch langjährige Praxiserfahrungen in der Beratung nach § 219 StGB/Schwangerschaftskonfliktberatung.

Katja Krolzik-Matthei, Dipl.-Soz.päd., M. A., war nach mehrjähriger Tätigkeit in der Sozialen Arbeit von 2014 bis 2023 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Merseburg in Forschungsprojekten zu sexualisierter Gewalt in pädagogischen Kontexten sowie zur Arbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen in Deutschland.

Sabine Wienholz, Dr. rer. med., Soziologin M. A., war bis 2024 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Forschungsprojekten BeSPa und ELSA-PV an der Hochschule Merseburg. Bis 2020 arbeitete sie am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health und an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Leipzig in Forschungsprojekten zu Jugendsexualität, Inklusion und Sexueller Bildung. Ihre Promotion befasste sich mit sexueller und reproduktiver Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen.

Macht in der Beratung

Empirische Befunde zu Machtverhältnissen in der Schwangerschaftskonfliktberatung

Christiane Bomert, Eva Maria Lohner & Frederika Schulte

1 Einleitung¹

Beratungskonstellationen sind stets geprägt durch »die mehr oder weniger große Ungleichverteilung von Einfluss und Macht« (Nestmann & Sickendiek, 2002, S. 170). Das basale Element der Beratung – die Veröffentlichung eines Problems der Klient*innen den Beratenden gegenüber – schließt zwar nicht aus, dass Klient*innen auch versuchen, Macht über Beratende zu erlangen, »[s]trukturell mächtig bleibt in professionellen Beratungsbeziehungen allerdings der Berater oder die Beraterin«, so Nestmann und Sickendiek (ebd.), denn es seien die Beratenden und ihre Institutionen, die festlegen, »was wann wo und wie geschieht« (ebd., S. 172). Die kritische Reflexion und Analyse der (Ungleich-)Verteilungen von Macht ist daher generell eine Notwendigkeit in der Beratungsarbeit, ganz besonders ist dies jedoch bei Beratungen in Zwangskontexten der Fall.

Die sogenannte Schwangerschaftskonfliktberatung (SKB) stellt nun einen dieser besonderen Fälle dar. Die strenge gesetzliche Regelung in Deutschland, die Abtreibungen durch §§ 218 und 219 StGB für illegal erklärt und lediglich eine Straffreiheit unter der Bedingung einer Pflichtberatung gewährt, macht den Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft zu einem Feld massiver öffentlicher Eingriffe (vgl. ebd.). Zwar ist die SKB nicht die einzige Art der Zwangsberatung im deutschen System – auch die Beratung im Zusammenhang mit § 35 BtMG oder die beraterischen Aufgaben der Jugendämter bezüglich Fragen der Kindeswohlgefährdung im Kontext des SGB VIII stellen Beratungskontexte mit Pflichtcharakter dar –, allerdings handelt es sich bei ihr um die einzige Form der straf-

1 Wir danken Barbara Stauber und Petra Bauer für die konstruktiven Anregungen zum Artikel.

bewehrten Verpflichtung zur Beratung, die bereits *im Vorfeld* stattfindet, »d.h. bevor ein negativ sanktioniertes Ereignis überhaupt eingetreten ist« (Franz, 2015, S. 260). Die Macht- und Kontrollfunktion von Beratung ist im Falle der SKB also besonders stark ausgeprägt, gleichzeitig soll ihr aber auch ein unterstützender und hilfebietender Aspekt innewohnen. Beratende sehen sich mit der Herausforderung konfrontiert, konstruktiv mit diesen Ambivalenzen umzugehen (vgl. ebd.).

Um eine geeignete Umgangsweise mit diesen Rahmenbedingungen zu entwickeln, aber auch um grundlegende Veränderungspotenziale der Gesamtsituation im Hinblick auf ungewollte Schwangerschaften in Deutschland freisetzen zu können, ist es daher wichtig, sich dezidiert die strukturellen Machtverhältnisse in der SKB anzuschauen. Diese werden bislang in der Fachliteratur in der Regel lediglich implizit oder am Rande thematisiert. Fabian Kessl stellt fest, dass sich in der Sozialen Arbeit allgemein »in Bezug auf die Theoretisierung von Macht auf den ersten Blick eine massive Leerstelle« zeigt (Kessl, 2016, S. 31). So beobachtet er gleichzeitig eine fehlende Explikation sowie eine selbstverständliche Implikation der Dimension von Macht. Deshalb plädieren wir dafür, Soziale Arbeit – und damit auch die SKB – als »Bestandteil und Akteurin der gegenwärtigen Macht- und Herrschaftsverhältnisse« (ebd., S. 36) zu verstehen und Machtstrukturen auch in Form von »historisch-spezifischen Kräfteverhältnissen in bestimmten Zusammenhängen Sozialer Arbeit« (ebd., S. 38) *explizit* zu analysieren.

Zunächst wird der in diesem Artikel genutzte theoretische Rahmen zu Adressierung und Beratung aus einer machtkritischen Perspektive skizziert (Kap. 2). Nach dieser theoretischen Einordnung werden zentrale Konstituierungsprozesse von ungewollt schwangeren Adressat*innen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene nachgezeichnet: Dazu werden zuerst gesellschaftspolitische Deutungen und Zuschreibungen erläutert, die im Kontext ungewollter Schwangerschaften gegenwärtig wirkmächtig sind (Kap. 3). Als zentrale Aspekte der Adressierungspraxen auf der Mesoebene werden in Kapitel 4 dann die institutionalisierte Triade »Berater*in – Klient*in – Gesetz« sowie die verräumlichten Machtdynamiken in der SKB in den Blick genommen. Schwerpunkt des Beitrags bilden jedoch die Adressierungspraxen im konkreten Beratungshandeln. Es wird aufgezeigt, inwiefern eine fortwährende Herstellung von machtvollen Kategorisierungen auf der (Mikro-)Ebene der Interaktion stattfindet (Kap. 5). Um den diesen Praxen inhärenten Machtverhältnissen im Kontext der § 219-Be-

ratung nachzugehen, wurden 16 Beratungsfachkräfte verschiedener Träger befragt. Es werden professionelle Adressierungen (ungewollt) Schwangerer im Sinne von Differenzierungen und Naturalisierungen rekonstruiert und deren Auswirkungen für die inhaltliche, sprachliche und partizipative Ausgestaltung des Beratungsgesprächs sowie auf die Machtdynamiken innerhalb des Settings erläutert. Diese Ausführungen münden in ein Fazit (Kap. 6), welches die Prozesse der Konstituierung von Adressat*innen als miteinander verwobene Effekte der verschiedenen Ebenen deutet.

2 Macht, Adressierung und Beratung

In Bezug auf die Konzeptualisierung von Macht findet im Feld der psychosozialen Beratung bereits seit Längerem ein Aushandlungsprozess statt. So haben beispielsweise in der Familientherapie und systemischen Beratung laut Conen und Cecchin (2018) die grundlegenden Ideen Gregory Batesons zur Macht bis heute einen »anhaltenden Einfluss vor allem auf systemische Therapeuten und Berater« (ebd., S. 38). Sie betonen: »Die Position professioneller Helfer, die es ihnen ermöglicht, Einfluss auf Einstellungen und Verhalten von Klienten zu nehmen, macht es auch notwendig, sich mit dem ›Machtbegriff‹ auseinanderzusetzen« (Conen & Cecchin, 2018, S. 34). So weist auch Michael Stiels-Glenn auf die Gefahren der Verleugnung von Macht hin, da diese dann ein unkontrolliertes und unkontrollierbares Eigenleben zu führen beginne und damit für die Klient*innen nicht verhandelbar sei. Macht verschwinde nicht »dadurch, dass sie nicht angenommen wird« (ebd., S. 35).

Inzwischen hat sich die begriffliche Bestimmung und kritische Reflexion von Machtstrukturen in der Beratung weiter ausdifferenziert. Laut Kessl (2016) liegt jedoch oft noch immer ein ursprungstheoretisches Verständnis von Macht vor (vgl. ebd., S. 38), durch das Macht essenzialisiert und die Situationsabhängigkeit und Relationalität von Macht nicht ausreichend beachtet werde (vgl. Kessl, 2018, S. 85). Bevor wir uns also die machtvollen Adressierungspraxen auf den drei Ebenen (Makro-, Meso- und Mikroebene) anschauen, gilt es zunächst zu klären, welches Verständnis von Macht diesem Artikel zugrunde liegt und wie wir dieses mit Adressierungen in der Beratung in Verbindung bringen. Schließlich ist Macht ein »ubiquitäres, aber durchaus umstrittenes Phänomen menschlicher Gesellschaften« (Imbusch, 2021), verschiedene Theoretisierungen stehen sich

hier gegenüber. Mit dem Machtbegriff, mit dem wir operieren, beziehen wir uns daher nun dezidiert auf ein *relationales* und konstituierendes Verständnis von Macht, wie es unter anderem in den Arbeiten Michel Foucaults zum Ausdruck kommt.

Poststrukturalistische Ansätze eröffnen eine Perspektive auf dezentrale, relationale Machtbeziehungen. Sie verstehen Macht als produktive Kraft und diskursive Praxis (vgl. Foucault, 1973; Butler, 1993), wobei der Diskurs eben jene Ebene bildet, »auf der die Strategien der Macht mit den Techniken der Wissensproduktion ineinanderfließen« (Seier, 1999, S. 77). Der produktive, das heißt machtvoll und wirklichkeitsstiftende Effekt von Diskursen drückt sich in der Etablierung, dem Ausschluss oder der Abwertung bestimmter Deutungen – etwa im Kontext von Beratung – aus.

»Da Beratung immer an Inter-Aktion und Kommunikation zwischen Akteur_innen gebunden ist, können Phänomene der Macht nur unter einer relationalen Perspektive von Bedingungen und performatorischen (kommunikativen) Handlungen aufgefasst werden und nicht als soziale Determiniertheit oder die Eigenschaft von Personen, handelt es sich doch immer um eine situierte Praxis, um konkrete Handlungen durch konkrete Äußerungen, die in der sozialen Situation >Beratung< von den beteiligten Akteur_innen in wechselseitigen fluiden Positionierungen ausgeübt werden« (Schulze, 2018, S. 39).

Für Foucaults Machtkonzeption ist eine mikrophysikalische Ausrichtung wesentlich. Er beschreibt Macht als etwas, »was sich von unzähligen Punkten aus und im Spiel ungleicher und beweglicher Beziehungen vollzieht« (Foucault, 1983, S. 115). Da sich Macht in Beziehungen umsetzt, nutzt Foucault den Begriff der *Machtverhältnisse* (vgl. Lemke, 2006, S. 472). Wie ein Netz von Beziehungen, das sich über die Gesellschaft legt, wirken diese Machtverhältnisse zwischen Individuen, Gruppen und Institutionen unter Zuhilfenahme spezieller Techniken und Praktiken (vgl. Lüders, 2007, S. 187). Damit zeigt sich Macht nicht an sich, »sondern nur durch alltägliche Interaktionen, in praktizierten institutionellen Vollzügen und eben auch in den Diskursen, in bestehendem Wissen sowie in Subjektivitäten« (Conen & Cecchin, 2018, S. 42).

In Bezug auf Beratung als professionelle Hilfe lassen sich anhand dieser drei Ebenen folgende Unterscheidungen ausmachen: Auf der Makroebene finden sich sozialrechtliche und sozialpolitische Rahmungen, in die Hilfs- und Unterstützungsformen eingebettet sind (vgl. Bauer & Bolay, 2023,

S. 12). Auf der Mesoebene lassen sich unterschiedliche Organisationsformen ausmachen, in denen sich spezifische Zuständigkeiten, Eintritts- und Austrittsregelungen sowie fachliche Selbstverständnisse zeigen (ebd.). Auf der Mikroebene schließlich werden »(potenzielle) Adressat/innen vor dem Hintergrund fachlicher Konzepte und der in einer Einrichtung vorherrschenden professionellen Deutungssysteme in spezifischer Weise >adressiert<« (ebd., S. 12). Ziel ist es, diese Adressierungspraxen und »das Zusammenspiel lebensweltlicher Zusammenhänge und dessen interaktive Ausgestaltung« (ebd., S. 13) in der Beratungssituation aufzuzeigen und zu verstehen. Wird dies aus einer an Foucault angelehnten Machtperspektive (Foucault, 1973; 1983; 2004) getan, wird Macht zu einem »festen Bestandteil jeder sozialen Beziehung« (Conen & Cecchin, 2018, S. 45) und ist damit nicht aus dieser herauszulösen.

3 Die Macht der Deutung: Die gesellschaftspolitische Zuschreibung der ungewollten Schwangerschaft als intrapersonaler Konflikt

Gesellschaftspolitische Deutungen und Festlegungen sozialer Probleme nehmen einen entscheidenden Einfluss darauf, »mit welchen Themen und welchen Personengruppen sich Soziale Arbeit zu beschäftigen hat« (Bitzan & Bolay, 2017, S. 16). Im Falle von Schwangerschaftsabbrüchen sind diese gesellschaftspolitischen Deutungen besonders prominent. Diskursanalytische Forschungen zur öffentlichen Auseinandersetzung mit dem Thema Abtreibung zeigen neben historischen Veränderungen der gesellschaftlichen Vorstellungen eine Überrepräsentanz von parteipolitischen Akteur*innen gegenüber sozialen Bewegungen. So kommt dem »Prinzip des Rechts des Fötus oder Fötus als Leben [...] in öffentlichen Diskursen die Hegemonie zu, während das Prinzip des Selbstbestimmungsrechts der Frau nur über Ausnahmestände als legitim erachtet wird« (Hahn, 2015, S. 57). Diese gesellschaftlichen Debatten und politischen Entscheidungsprozesse (vgl. ebd.) sind keinesfalls harmlos, ihre Effekte zeigen sich in Deutschland heute in vielfältiger Weise: Zu nennen sind hier etwa die erheblichen regionalen Defizite in der Versorgungssituation, eine mangelnde Thematisierung im Medizinstudium sowie eine lückenhafte Forschungslage zum Schwangerschaftsabbruch (vgl. Busch, 2019, S. 7ff.).

Auch wird »die Atmosphäre des Beratungsgesprächs und das Verhalten der an der Beratung Beteiligten [...] direkt und nachhaltig« (Koschorke, 2004, S. 1117) durch die gesellschaftlichen und politischen Auseinandersetzungen beeinflusst. Beratung in diesem Kontext findet daher in einem mehrdimensionalen Spannungsverhältnis statt (vgl. Franz, 2015, S. 260), zu dem sich nicht nur die ungewollt Schwangeren, sondern auch die beratenden Personen verhalten müssen (dazu ausführlicher Kap. 4). Vertiefend zeigen wir anhand des sogenannten »Schwangerschaftskonflikts« auf, wie stark die gesellschaftliche und politische Diskussion soziale Probleme (hier: ungewollte Schwangerschaft) hervorbringt und auf die Bearbeitung dieser (hier: Beratung von ungewollt Schwangeren) einwirkt.

Für die sogenannte Schwangerschaftskonfliktberatung – ein Begriff, der durch die Politik eingeführt wurde – wird deutlich, dass der allgemeine Gebrauch der Begrifflichkeit auf einen »für selbstverständlich gehaltenen individuellen Konflikt der schwangeren Frau fokussiert und dabei gesellschaftliche sowie politische Konfliktdimensionen aus dem Blick geraten« (Franz, 2015, S. 258). Diesem vorab antizipierten Konflikt kommt die Pflichtberatung bei, indem sie den staatlichen Schutzauftrag für das ungeborene Leben erfüllen und den Frauen helfen soll, eine eigene »verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung« zu treffen, sowie sie zur »Fortsetzung der Schwangerschaft« ermutigen »und ihnen Perspektiven für ein Leben mit dem Kind« eröffnen soll (§ 219 Abs. 1 StGB).

Die Thematisierung eines sogenannten Schwangerschaftskonflikts, mit dem potenziell alle ungewollt Schwangeren konfrontiert sind, wird auf gesellschaftlicher und politischer Ebene als ein soziales Problem verhandelt, das auf gesellschaftliche Übereinkünfte zurückzuführen ist, »auf machtvoll durchgesetzte Ordnungen, die auch immer wieder neu bestätigt, hergestellt und verändert werden müssen« (Bitzan & Bolay, 2017, S. 17; vgl. hierzu auch Boltanski, 2007, sowie den Beitrag von Ulrike Busch in diesem Band). Heidrun Schulze thematisiert in ihrem Beitrag »Macht in der Beratung und wie wir in der Beratung Gesellschaft machen« (Schulze, 2018) reflexive Zugänge zu Fragen der Macht in Beratungskontexten und regt dazu an, zu fragen, »>wie< jeweils Beratung als soziale Praxis an (ver)gesellschaftlich(t)en Prozessen beteiligt ist und damit >Gesellschaft macht<« (ebd., S. 34). Die Macht der Diskurse führt Schulze wie folgt aus: »Wie wir über Dinge sprechen, >macht< die Dinge (auch) zu dem, was sie >sind<« (ebd., S. 40). Demnach findet die Beratung ungewollt Schwangerer im Kontext machtvoller Diskurse statt, innerhalb derer verinnerlichte Stereo-

type – hier die angenommenen intrapersonalen Konflikte der Frauen – gesellschaftliche Wirklichkeiten vor allem durch machtvollere Sprachhandlungen reproduzieren (vgl. Schulze et al., 2018, S. 18). Damit wird Beratung als gesellschaftlicher Ort des Positioniertseins und Positioniertwerdens (vgl. ebd., S. 19) deutlich – was sich etwa in der Begrifflichkeit Schwangerschafts*konflikt* zeigt.

4 Die Macht des Settings: Die institutionalisierte Triade und verräumlichte Machtdynamiken in der Schwangerschaftskonfliktberatung

Neben den gesellschaftspolitischen Deutungen beim Thema Abtreibung – allen voran der Zuschreibung der ungewollten Schwangerschaft als intrapersonaler Konflikt – finden machtvollere Adressierungspraxen auch durch institutionelle und organisationale Prozesse Einzug in das konkrete Beratungs*setting*. Großmaß (2004) weist darauf hin, dass in der Beratungspraxis unter »Setting« oftmals nur das professionell hergestellte Arrangement der Beratungskommunikation verstanden wird. Sie stellt fest: »Die Räumlichkeiten der Beratungsstelle, ihre institutionelle Verflechtung mit den sie umgebenden Organisationen sowie die Formen von Zeitplanung und Terminvergabe, die sich in einer Einrichtung etabliert haben, werden dabei selten mitreflektiert« (ebd., S. 488). Mit einem weiten Verständnis des »Settings« hingegen (vgl. Sickendiek et al., 1999, S. 178ff.) lassen sich – auch in Bezug auf die SKB und die Frage nach Machtkonstellationen – sowohl die institutionelle Einbindung einer Beratungssituation untersuchen als auch die sich daraus ableitenden organisationalen Praxen, wie beispielsweise die Gestaltung und Nutzung von Räumlichkeiten, genauer betrachten (vgl. Großmaß, 2004, S. 487ff.).

Jutta Franz weist darauf hin, dass die SKB von einem hohen Grad der Institutionalisierung geprägt ist: Sie wird durch das Strafgesetzbuch (§§ 218ff. StGB) zur Pflicht erklärt und inhaltlich vorstrukturiert (vgl. Franz, 2015, S. 259). Franz führt das Bild einer Triade an, um die Konstellation in einer Konfliktberatung zu verdeutlichen: Klient*in², Berater*in

2 Wir verwenden hier ebenfalls den Begriff der Klient*in in Anlehnung an das Triadenmodell von Jutta Franz (2015).

und Gesetz stehen demnach in einem Beziehungsdreieck, in dem sich das Beratungssetting entfaltet und die (Handlungs-)Macht der jeweiligen Parteien zur Geltung kommt. Während einige Klient*innen durch den wirkmächtigen Pflichtcharakter der Beratung damit rechneten, »sich vor der Beraterin rechtfertigen zu müssen und ein Machtgefälle [empfinden]« (vgl. ebd., S. 265), muss sich auch die Berater*in in der Komplexität der Beratungssituation zurechtfinden. Hier gelte es die Schwierigkeit zu überwinden, »die gesetzlichen Vorgaben für die Schwangerschaftskonfliktberatung in Einklang zu bringen mit einem professionellen Verständnis von institutioneller psychosozialer Beratung« (ebd., S. 259). Nur eine gelungene Transparenz und Auftragsklärung, so Franz, kann ermöglichen, dass die Handlungsmacht im Sinne einer selbstbestimmten und -sicheren Entscheidung seitens der ungewollt Schwangeren gestärkt wird, wobei die Tragweite des Gesetzes, die den Abbruch zu einem kriminellen Akt erklärt, weiterhin bestehen bleibt (vgl. ebd.).³ Wie sich das organisationale Beratungshandeln formiert, ist somit abhängig von den Adressierungspraxen, die mit dem Spannungsfeld der institutionalisierten Triade einhergehen: Ob die ungewollt Schwangere als selbstbestimmt oder unmündig, tugendhaft oder kriminell adressiert wird, hat schließlich Auswirkungen auf das Erleben von Abtreibungen im Allgemeinen und der Beratung im Speziellen. Im »Innenraum des Dreiecks« (ebd., S. 266) werden schließlich Informationen ausgetauscht, Partnerschaftskonzepte, Lebens- und Familienplanung reflektiert sowie Gefühle, Sorgen und Ängste besprochen (vgl. ebd., S. 267).

Dabei spielt dieser (Innen-)Raum nicht nur im übertragenen Sinne für das Setting der Beratung eine Rolle. Auch in konkreten räumlichen Arrangements können sich wirkungsvolle Machtstrukturen niederschlagen. Um also die Möglichkeit freizusetzen, räumliche Praxen als Ausdruck von Machtdynamiken zu untersuchen, plädiert Großmaß dafür, die seit dem »spatial turn« (Döring & Thielmann, 2008) produktiv gewordene »Verknüpfung des physischen Raums mit metaphorischen Verwendungen des Räumlichen auch für die Analyse von Beratung zu nutzen« (Großmaß, 2013, S. 1511).

3 An dieser Stelle soll zusätzlich darauf hingewiesen werden, dass die Beratung für mehr als zwei Drittel der Klient*innen keinen Einfluss auf die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch hat, ein Umstand, der bereits mehrfach belegt wurde (vgl. Helfferich et al., 2016).

Neben der Tatsache, dass allein der *Ort* einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle wichtige Fragen in Bezug auf die kritische Reflexion von Macht und Machteffekten aufwirft (Ist der Ort zentral- oder abgelegen? Wie gut ist er für verschiedene Menschen zugänglich? Welche Handlungsmöglichkeiten werden dadurch gegeben/verwehrt?), wird ein wirkmächtiges Setting auch durch die *Räumlichkeiten* einer Beratungsstelle hergestellt. Zu diesen Räumlichkeiten zählt dabei nicht nur der Beratungsraum, sondern auch der Eingangsbereich sowie das Wartezimmer. Warten spielt im Prozess vor einem Schwangerschaftsabbruch immer wieder eine zentrale Rolle; sei es beim Ärzt*innenbesuch, während der dreitägigen »Bedenkzeit« vor einem Abbruch (§ 218a StGB) oder schließlich vor dem obligatorischen Beratungsgespräch (§ 219 StGB). Bellebaum (2014) weist darauf hin, dass Warten immer auch mit Macht und Prestige zusammenhängt. Gerade das »Wartenlassen« könne, so Bellebaum, in der Absicht geschehen, Macht zu demonstrieren und/oder zu strafen (vgl. ebd., S. 240). Durch die wortwörtliche Positionierung der ungewollt Schwangeren im Wartezimmer werden diese als Ratsuchende adressiert und mit Dingen konfrontiert wie Informationsblättern, anderen Wartenden oder auch – da die Konfliktberatung oftmals an die allgemeine Schwangerenberatung angegliedert ist – mit Spielzeugecken und/oder Kindern, die ebenfalls im Raum anwesend sind. Sich dieser von außen herbeigeführten Positionierung als Ratsuchende zu entziehen (physisch oder gedanklich) ist zwar möglich, erfordert aber einen aktiven Widerstand seitens der ungewollt Schwangeren.

Der im Vorfeld antizipierte »Konflikt«, so die gesetzliche Auslegung, brauche Raum und Zeit zur Bearbeitung, was sich nicht nur am Wartezimmer, sondern auch am konkreten Beratungsraum manifestiert. In diesem Sinne kann auch das räumliche Arrangement des Beratungsraumes kritisch hinterfragt werden (Großmaß, 2013, S. 1521): Mit welchen Dingen und Bildern werden ungewollt Schwangere in der Konfliktberatung konfrontiert und welche Formen einer wirkungsmächtigen Adressierung lassen sich daran erkennen? Welche Atmosphäre wird im Raum geschaffen und wer hat die Macht, diesen zu gestalten bzw. mitzugestalten? Inwiefern können die Klient*innen sich selbst und andere Dinge im Raum (an)ordnen? Großmaß stellt fest, dass die Verfügungsmacht über das Setting größtenteils bei den Professionellen liege. Zwar seien die Klient*innen dem Prozedere nicht passiv ausgeliefert, viele Entscheidungen würden jedoch von den Beratenden getroffen, »weil der institutionelle Zusammenhang, in

dem die Beratung angeboten wird [...], nicht nur Ressourcen dafür sichert, sondern auch die *Legitimität* dafür verleiht, das psychosoziale Wissen [...] in Verfahrensselbstverständlichkeiten zu verwandeln« (ebd., S. 1521; Hervorh. i. O.).^{4,5}

5 Macht im Beratungshandeln: Asymmetrien in der Beratungsbeziehung

Nachdem wir einige der machtvollen Adressierungs- und Positionierungspraxen auf der Mesoebene dargelegt haben, zeigen wir nun, wie diese Adressierungen in der konkreten Beratung von Beratenden und Klient*innen ausgehandelt und bearbeitet werden. Durch die empirische Analyse des Interviewmaterials, das im Rahmen einer Befragung von 16 Beratungsfachkräften verschiedener Träger zwischen März 2020 und März 2021 entstand, lassen sich die »Adressierungspraxen von Professionellen« (Bitzan & Bolay, 2017, S. 41) im Kontext der §219-Beratung auf der Mikroebene rekonstruieren. Die erhobenen Daten wurden mit einer »am jeweiligen Gegenstand entlang« (Traue et al., 2014, S. 502) konzeptualisierten poststrukturalistisch-dekonstruktivistischen Diskursanalyse⁶ ausgewertet (vgl. Bomert, 2021). Erkennbar werden Adressierungen (ungewollt) Schwangerer im Sinne von Differenzierungen und Naturalisierungen, die sich auf die inhaltliche, sprachliche und partizipative Ausgestaltung des Beratungsgesprächs sowie auf die Machtdynamiken innerhalb des Settings auswirken.

4 Die Tatsache, dass es sich für die meisten der Klient*innen der SKB um eine einmalige Beratung handelt, kann ebenfalls als erschwerendes Element betrachtet werden, wenn es um die Möglichkeit zur Mitgestaltung des Settings geht (vgl. Franz, 2015, S. 275f.).

5 Diese Selbstverständlichkeiten wurden in Bezug auf die SKB durch die Veränderungen während der Coronapandemie zum ersten Mal in größerem Stil durchbrochen. Durch alternative Formate wie die Telefon- oder Videoberatung hat sich »insbesondere die Wahl und Herstellung des Beratungssettings als eine neuerliche Variable offenbart, die den Handlungsspielraum ungewollt schwangerer Frauen erstmals – zumindest ein Stück weit – ausweitete« (Bomert, 2021, S. 247; siehe hierzu auch den Beitrag von Nitzsche, Wienholz & Böhm in diesem Band).

6 Das diskursanalytische Vorgehen bedient sich hierbei dekonstruktiver Verfahren in feministischer und intersektionaler Theorieperspektive.

5.1 Schwangere im § 219-Beratungsgespräch: sicher oder ambivalent in der Entscheidung

Als zentrales Differenzmerkmal zwischen den Schwangeren wird in der Beratung ihre Entscheidungssicherheit herangezogen. Die Berater*innen adressieren die Schwangeren entlang der Diskurspole als ungewollt Schwangere, die in der Entscheidung für einen Abbruch sicher sind, und als Schwangere, die in ihrem Entschluss (noch) ambivalent sind (vgl. etwa Interview 6, Pos. 210). Um zu erfahren, in welchem Verhältnis die Entscheidung für das Fortführen und für das Beenden der Schwangerschaft steht, wird dies methodisch etwa mithilfe von Skalierungsfragen im Beratungsgespräch in Erfahrung gebracht (vgl. Interview 7, 10 und 18): »ich [...] frage, zu wie viel Prozent sind sie denn jetzt entschieden, und das ist dann oft ein ganz hoher Prozentsatz, und dann ist es halt spannend, auf diese Rest-Prozente zu schauen« (Interview 18, Pos. 9).

Für Stroh (2022), die ebenfalls Interviews mit Beratungsfachkräften führte, zielt diese Methode nicht darauf ab »der schwangeren Person dabei zu helfen, in ihrer Entscheidung klarer zu werden, sondern sie umzustimmen« (ebd., S. 248) die Schwangerschaft fortzuführen. Ein solcher Rückschluss lässt sich mit dem hier erhobenen Material nicht rekonstruieren. Aus dem erhobenen Interviewmaterial geht hervor, dass die Differenzierung der Schwangeren in Bezug auf ihre Entscheidungssicherheit einen Einfluss auf die weitere Gesprächsgestaltung hat. So werden etwa Beratungen mit Schwangeren, die hinsichtlich ihrer Entscheidung noch unbestimmt sind, als »die auch tatsächlich oft [...] längeren Beratungen, die intensiveren Beratungen« (Interview 4, Pos. 31) oder als »die eigentlichen Konfliktberatungssituationen« (Interview 17, Pos. 17) beschrieben. Die für den Schwangerschaftsabbruch sicher Entschiedenen bilden eine andere (von den Beratenden hergestellte) professionelle Kategorie. Einige Fachkräfte sehen bei diesen Frauen »eigentlich keinen Konflikt in dem Sinne« (Interview 17, Pos. 17) und daher auch keinen Beratungsauftrag (vgl. ebd.; Interview 21, Pos. 21) bzw. beschränken sich auf »Minimal-Beratungen« (Interview 4, Pos. 30). Bei diesen geht es ausschließlich um die Weitergabe von Informationen, wie etwa zu den Abbruchmethoden, den körperlichen Folgen des Abbruchs oder den Adressen von medizinischen Anlaufstellen. Deutlich wird hierbei noch einmal die Tatsache, dass Berater*innen »Definitionsmacht über die Beratungssituation« (Nestmann & Sickendiek, 2002, S. 170) innehaben und einsetzen und diese vermeintlich ausschließlich entlang ihrer binären Adressierungen als sicher oder ambivalent in der Entscheidung differenzieren.

Andere Fachkräfte geben in der Befragung an, dass sie (auch) jenen Frauen, die sich in der Entscheidung als sicher positionieren, immer ein Gesprächsangebot machen (vgl. etwa Interview 3 und 4). In den Schilderungen zur Gestaltung des Beratungssettings zeigt sich, dass die durch die Beratungsfachkräfte vorgenommene Differenzierung eng mit dem Verständnis des eigenen beraterischen Auftrags und der Entscheidungsautonomie der Schwangeren verbunden ist. Darauf soll nun vertiefend eingegangen werden.

5.2 Die beraterische Haltung in der sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatung

In den Interviews beschreiben die Fachkräfte ihr je bestimmtes inhaltliches Vorgehen in den Beratungsgesprächen.⁷ In Bezug auf die professionelle Haltung wird – zum Teil mit Verweis auf die rechtliche Regelung in § 5 SchKG – von allen befragten Fachkräften die Ergebnisoffenheit im § 219-Beratungsgespräch betont. Teilweise wird (meist zu Beginn) explizit darauf hingewiesen, dass es nicht die Haltung der Beratenden sei, die Schwangere »in irgendeine Richtung [zu] drängen [...] und [zu] überreden« (Interview 1, Pos. 60). Die Beratenden sehen sich vielmehr als unterstützend in der Entscheidungsfindung, -konsolidierung oder -reflexion und betonen übereinstimmend, dass die Entscheidung durch die Frau getroffen werde und für die Schwangeren (zum Teil auch noch in ein paar Jahren) stimmig sein soll. Sie beschreiben ihre Arbeit weiter als informierend (etwa über Hilfsangebote) und aufklärend (z. B. in Bezug auf die Rechte und Pflichten der ungewollt Schwangeren sowie hinsichtlich der Korrektur möglicher Falschinformationen; siehe dazu auch den Beitrag von Kubitza, Bomert & Böhm in diesem Band). Einige Fachkräfte benennen als Ziel der Beratung die Möglichkeit zur Entlastung (vgl. Interview 1) sowie eine Perspektivöffnung und -erweiterung sowohl im Hinblick auf ein Leben mit

7 Diese Inhalte beziehen sich etwa auf den rechtlichen Rahmen der Beratung und den Beratungsschein, die Schweigepflicht der Beratenden, das Abfragen zu Befinden und Lebenssituation der Schwangeren sowie die Gedanken und die Einstellung zur Schwangerschaft und deren Bearbeitung, ebenso wie auf die zukünftigen Perspektiven (wie etwa mögliche finanzielle Hilfen und die Thematisierung der bisherigen und zukünftigen Verhütung).

dem Kind als auch bezüglich des Einbezugs weiterer Aspekte und Lebensbereiche in den Entscheidungsprozess (vgl. Interview 4, 9, 18, 21).

Die Wahrnehmung und Gestaltung der professionellen Beziehung zur Schwangeren wird von den Fachkräften hingegen unterschiedlich beschrieben: Einige formulieren etwa, sich als Fachkraft als »neutrale Person« (Interview 1, Pos. 60) oder als »jemand [...] Neutraleres« (Interview 22, Pos. 13) zu verstehen. Ein*e Berater*in versuche die Beratung gar »auf einer Gesprächsebene, wo [...] Gleichberechtigung ist« (Interview 3, Pos. 168), zu führen. Inwiefern in diesen beiden Perspektiven ein Bewusstsein dafür vorliegt, dass jegliche Formen der Beratung auf asymmetrischen Beziehungen beruhen, ist fraglich. Zwei Berater*innen kirchlicher Träger betonen hingegen ihre »doppelte Anwaltschaft« (Interview 8, Pos. 74) für die Schwangere und das »ungeborene Leben« (Interview 9, Pos. 100) und definieren ihre Rolle damit deutlich anders.

In Bezug auf die Gestaltungsmöglichkeiten des Beratungsgesprächs lassen sich aus dem Interviewmaterial ebenfalls differente Herangehensweisen rekonstruieren, die sich am Verständnis der Berater*innen hinsichtlich Autonomie und Entscheidungssouveränität der Schwangeren zu orientieren scheinen: Obschon einige der ungewollt Schwangeren angeben, in der Entscheidung zum Abbruch sicher zu sein, wird diesen – wie oben erwähnt – ein Gesprächsangebot gemacht bzw. dieses durch gezieltes Fragen und Anregen offensiv umgesetzt. Begründet wird dieses Vorgehen mit einem Beratungsverständnis, dass es ohne ein Gespräch »auch keine Chance gibt, das dann auch für sich gut zu bearbeiten, ne, wenn die das so verdrängen« (Interview 3, Pos. 138; vgl. auch Stroh, 2022, S. 248), oder dass die Beratung mögliche Schuld- oder Trauergefühle im Anschluss an den Abbruch aufgreifen könne (Interview 21, Pos. 21; Interview 4, Pos. 38f.). Eine weitere Fachkraft argumentiert, dass es wichtig sei, sich auch bei bereits entschlossenen Frauen »beide Seiten«, gemeint ist die emotionale und rationale Ebene, genauer anzusehen:

»weil unser Anspruch schon ist, der Frau wirklich nochmal die Möglichkeit zu geben, vielleicht doch mehr zu äußern [...] wenn jetzt nur [...] die eine Seite thematisiert wird. Es gibt in der Regel auch noch eine andere, und es kann schon gut sein, auch für die Verarbeitung auch das Andere zu benennen« (Interview 18, Pos. 9).

Deutlich wird hier einerseits ein Verständnis von Beratung, das sich in Bezug auf die Entscheidungsfindung und insbesondere auf die -verarbei-

tung eine hohe Bedeutung⁸ zuschreibt. Die Beratung wird hier als »Türöffner« (Clasen & Völckel, 2022, S. 233) dafür beschrieben, weiterführende Themen und Gefühle besprechen zu können. Andererseits zeigen diese Ausführungen eine deutlich kritischere Haltung in Bezug auf die Entscheidungssouveränität der ungewollt Schwangeren. Damit verbunden scheint die Annahme, dass »vor allem ein Abbruch bereut werden könnte, nicht aber das Austragen der Schwangerschaft« (Stroh, 2022, S. 247). Eine solche Haltung knüpft ebenfalls an den in Kapitel 3 erläuterten angenommenen intrapersonalen Konflikt der Schwangeren an, wie er derzeit auf gesellschaftspolitischer Ebene verhandelt wird.

Während sich in diesen Ausführungen eher weniger Gestaltungsspielraum der Schwangeren am Beratungsgespräch zu zeigen scheint, betonen andere Fachkräfte demgegenüber die Möglichkeit zur partizipativen Ausgestaltung des Beratungsgesprächs bzw. erläutern eine Gesprächsgestaltung, in der die Schwangere relevante Themen setzen kann:

»Also, es ist, dass ich sehr viel in die Hände lege der Frauen. [...] Da könnte es auch sein, dass ich der Frau Handwerkszeug mit an die Hand gebe, wie sie zu Hause nochmal für sich alleine oder mit Partner oder Freundin oder wem auch immer gucken kann, dass sie da zu einer Erklärung kommt« (Interview 19, Pos. 9f.).⁹

In dieser Ausführung zeigt sich – im Gegensatz zu oben – eine deutlich anders gelagerte Beratungshaltung und andere Wertvorstellungen hinsichtlich Selbstbestimmung im Kontext von (Pflicht-)Beratung. Den Schwangeren wird Entscheidungssouveränität sowohl in Hinblick auf die inhaltliche Ausrichtung des Gesprächs als auch – ausgestattet mit dem entsprechenden »Handwerkzeug« – in Bezug auf die Entscheidungsfindung zugeschrieben. Gleichzeitig bleiben die Fachkräfte zwangsläufig in der machtvollen Rolle derer, die entsprechende Handlungsoptionen überhaupt eröffnen können.

8 Andere der befragten Fachkräfte ordnen die Relevanz des Beratungsgesprächs hingegen anders ein und relativieren ihre eigene Rolle in der Entscheidungsfindung (vgl. etwa Interview 4, Pos. 49).

9 Ähnlich schildert auch eine andere Fachkraft, dass sie zwar nach den Gründen für den Abbruch fragt, gleichzeitig jedoch betont, dass diese nicht benannt werden müssen (vgl. Interview 7).

5.3 Sprache als machtvolleres Werkzeug in der § 219-Beratung

Neutralität in der beraterischen Haltung wird von Franz (2015) im Kontext der § 219-Beratung als »Offenheit und Respekt gegenüber der Gedanken- und Gefühlswelt der Klientinnen und gegenüber ihren Entscheidungen« (ebd., S. 268) definiert. Ein Aspekt ist hierbei der bewusste Sprachgebrauch im Beratungsgespräch sowie das sensible Hören auf die Wortwahl der Adressat*innen (vgl. ebd., S. 271). Bei den Themen Mehrfachabbrüche und Verhütung lassen sich aus dem Interviewmaterial in Bezug auf den Sprachgebrauch der Beratungsfachkräfte Haltungen erkennen, die sich weniger wertfrei im oben genannten Sinne zeigen. Dies soll nun am Beispiel des Themas Verhütung veranschaulicht werden.

Die Thematisierung von Verhütung im § 219-Beratungsgespräch impliziert sowohl die Verhütung im Fall der aktuell vorliegenden Schwangerschaft als auch die Frage nach der zukünftigen Empfängnisverhütung. Beide Aspekte anzusprechen kann, das zeigen die intradiskursiven Verweise der nachstehenden Interviewauszüge, mit Gefühlen von Schuld verknüpft sein bzw. werden. Fragen nach dem Verhütungsverhalten werden daher zum Teil bewusst formuliert:

»Ja, ich frage fast immer die Klienten: »Wie ist das jetzt dazu gekommen, dass Sie schwanger geworden sind, wenn Sie es eigentlich gar nicht wollen?« So, und thematisiere dann auch, wie wichtig es ist, sich selber darum zu kümmern, dass es eben nicht nochmal passiert, wie wichtig es für sie selber ist, aber auch für ihren Körper ist« (Interview 9, Pos. 246).

»[W]enn alle Formalien [...] [und] das Gefühlsmäßige [...] abgehakt [sind], das ist für mich eigentlich fast immer ein Punkt, dass ich dann frage, ob sie sich schon Gedanken gemacht haben über zukünftige Verhütung. [...] Interessant ist, wenn ich das so formuliere, kommen die in der Regel von sich aus erzählen die Frauen oft, was schiefgelaufen ist, was ich von mir aus gar nicht frage, weil ich da keine Lust habe, ein Schuldgefühl zu produzieren. Ich gucke eigentlich eher so in die Zukunft« (Interview 19, Pos. 10).

Im ersten Interviewauszug zeigt sich zunächst das Zusprechen einer starken Handlungsmacht an die »Klienten«, zugleich jedoch auch eine naturalisierende Adressierung, die der Schwangeren qua Geschlecht die Verantwortung für die (vergangene wie zukünftige) Verhütung zu-

schreibt. Überdies differenziert eine solche Zuschreibung die Schwangeren in »Verhütungskompetente« und »Verhütungsinkompetente« und blendet zugleich andere Faktoren (wie etwa finanzielle Ressourcen und Beziehungsdynamiken) aus, die das Risiko einer ungewollten Schwangerschaft begünstigen (vgl. Helfferich et al., 2016). Demgegenüber nimmt der zweite Interviewauszug eine zukunftsgerichtete Perspektive ein und lässt dem Gegenüber offen, über die Gründe der ungewollten Schwangerschaft zu sprechen. Darin zeigt sich zum einen ein Mitgestaltungspotenzial in Bezug auf die inhaltliche Ausrichtung des Gesprächs, zum anderen eine Beraterische Haltung, die sensibel ist für die mit dem Abbruch verbundenen Scham- und Schuldgefühle, an den »gesellschaftlichen Erwartungen, Normen und Werten gescheitert zu sein« (Miller, 2018, S. 129).

Die empirische Analyse des Interviewmaterials zeigt Adressierungsweisen der Beratungsfachkräfte, die auf der je spezifischen »Auslegung des gesetzlichen Auftrags« (Stroh, 2022, S. 246), der Haltung als Berater*in und der der Schwangeren zugeschriebenen Handlungsautonomie basieren. Effekte dieser Adressierungen treten in der inhaltlichen, sprachlichen und partizipativen Ausgestaltung des Beratungsgesprächs hervor. Einige Fachkräfte definieren die Adressat*innen als weniger entscheidungssouverän und handlungsfähig, in jedem Fall beratungsbedürftig und individuell verantwortlich und gestalten dementsprechend den Beratungsverlauf. Andere Fachkräfte betonen hingegen ihre neutrale und gleichberechtigte Rolle im Beratungsprozess und adressieren die Schwangeren als autonom und eigenverantwortlich Handelnde – sowohl innerhalb der Gestaltung des Beratungsgesprächs als auch in Bezug auf die Entscheidung zur Schwangerschaft. Zum Teil geht mit einer solchen Haltung auch die grundsätzliche Infragestellung der Pflichtberatung einher.

6 Fazit

Ziel dieses Beitrags war es, die machtvollen Adressierungspraxen im Kontext der § 219-Beratung auszuleuchten. Theoretische Grundlage dafür bildete eine kritische Adressat*innenorientierung, die um eine poststrukturalistische Machtperspektive erweitert wurde. Eine entsprechende Erweiterung erschien bedeutsam dafür, die bislang fehlende Perspektive auf

Machtaspekte in Prozessen der Konstruktion von Adressat*innen in der SKB in den Blick zu nehmen.¹⁰

Abschließend soll es nun darum gehen, diese Konstituierungsprozesse von Adressat*innen als miteinander verwobene Effekte von Prozessen auf der Makro-, Meso- und Mikroebene zu interpretieren (vgl. Bitzan & Bolay, 2017, S. 56). Vor diesem Hintergrund zeigen unsere Ergebnisse *erstens* die spezifische Einbettung von Hilfe und Unterstützungsformen für ungewollt Schwangere in die politischen und gesellschaftlichen Rahmungen: Diese verweisen auf eine »Individualisierung von Schuld und Verantwortung« (Busch, 2009, S. 31), wie sich besonders eindrücklich durch den vermeintlich intrapersonalen Konflikt der Frauen als Teil »machtvoll durchgesetzter Ordnungen« (Bitzan & Bolay, 2017, S. 17) ausdrückt (vgl. Kap. 3). Zugleich wird mit Blick auf die differenzierten Vorgaben zur SKB, die in den Landesgesetzen konkretisiert sind, der »staatliche Geltungsanspruch in diesem Arbeitsfeld« (Lenz, 2009, S. 160) sichtbar. Andererseits konnte die vorgenommene Analyse des Beratungssettings zeigen, dass die gesellschaftspolitische Deutung des intrapersonalen Konflikts in der konkreten Beratung neu ausgehandelt wird: Die Fachkräfte orientieren ihr Handeln – zwar nicht einheitlich, aber dennoch stark auf die Differenzierung bezogen – entlang der Frage, ob die Schwangere dem Abbruch entschieden oder nicht entschieden gegenübersteht, ob also tatsächlich ein intrapersonaler Konflikt vorliegt oder nicht.

Für die organisationale Umsetzung der Pflichtberatung konnten *zweitens* die verräumlichten Machtdynamiken (vgl. Kap. 4) deutlich gemacht werden: Diese drücken sich in der konkreten räumlichen Gestaltung einer Beratungsstelle etwa in Form von »familienfreundlichen« Wartebereichen oder der zumeist fehlenden Möglichkeit zur Mitgestaltung des Beratungsraumes aus. Insbesondere durch veränderte Rahmenbedingungen und die Loslösung von strikten Vorgaben zur Face-to-Face-Beratung während der Pandemie haben sich jedoch auch neue Gestaltungs- und Veränderungspotenziale für die Adressat*innen offenbart, die zumindest ansatzweise be-

¹⁰ Der Fokus dieses Beitrags lag dabei auf den institutionellen Rahmungen sowie den Adressierungen seitens der Fachkräfte. Mit Blick auf die bislang fehlende Perspektive der Readressierung seitens der Adressat*innen selbst (im Sinne einer »gegenseitigen Formung«; Bitzan & Bolay, 2017, S. 37) möchten wir auf den sich daraus ergebenden Forschungsbedarf in Bezug auf die vielfältigen Umgangsweisen hinweisen, wie Adressat*innen mit den Definitionsangeboten in der § 219-Beratung umgehen.

rücksichtigen, »dass die Klient*innen entsprechend ihrer Bedarfe und ihres Alltags eigenständig das Setting einer verpflichtenden Beratung bestimmen können« (Schmitz, 2020, S. 21; siehe auch die Beiträge von Schmitz & Moster sowie von Schyma, Volhard & Mibach in diesem Band).¹¹

In diesem »hoch wirksamen Rahmen« (Bauer & Bolay, 2023, S. 12) auf der Makro- und Mesebene findet die Interaktion zwischen den Beratungsfachkräften und den ungewollt Schwangeren im Kontext der § 219-Beratung statt. Es ließen sich *drittens* auch hier Machtasymmetrien rekonstruieren, die sich in der Beratungsbeziehung etwa durch die Wertvorstellung der Fachkräfte über Selbstbestimmung und Entscheidungssouveränität im Kontext von Pflichtberatung und Abtreibung in den interaktionalen Gestaltungsoptionen der Adressat*innen ausdrücken (vgl. Kap. 5). Hier offenbart sich die »Möglichkeit von Handlungsspielräumen in der Perspektive einer kritisch-parteilichen ›Adressatenorientierung‹« (Bitzan & Bolay, 2017, S. 41): Indem einige Fachkräfte die Schwangeren als selbstbestimmt und eigenverantwortlich Handelnde begreifen und ihnen Mitgestaltungsoptionen zum Inhalt des Beratungsgesprächs anbieten, versuchen sie das Autonomiepotenzial dieser verpflichtenden und starren Beratungssituation auszuschöpfen. Dennoch bleibt diese Interaktion eine asymmetrische: Wer wem Handlungsoptionen anbieten kann, ist Beratung zwangsläufig inhärent und im Kontext der § 219-Beratung zudem gesetzlich festgeschrieben. Dieses Setting erfordert daher eine fortwährende Reflexionsbereitschaft und -fähigkeit des fachlichen Selbstverständnisses, der persönlichen Grundhaltungen und »eine Sensibilität für die subtilen und offensichtlichen Machtstrukturen in diesem Arbeitsfeld« (Lenz, 2009, S. 160).

Für die Entwicklung einer konstruktiven Zusammenarbeit und einer von Wertschätzung getragenen Arbeitsbeziehung sind Fachkräfte auf unterstützende politische und organisationale Rahmenbedingungen, konzeptionelle Weiterentwicklung und stetige Professionalisierungsmöglichkeiten angewiesen. Die Qualität der Beratung erhält insbesondere vor dem Hintergrund der aktuellen Überlegungen, wie sich der Schwangerschaftsabbruch auch außerhalb des Strafgesetzbuches und ohne Pflichtberatung regeln lässt, eine besondere Relevanz. Berufliche Alltagsroutinen machtkritisch in den Blick zu nehmen, erscheint uns für die Weiterentwicklung dieses Settings zentral.

11 In einigen Beratungsstellen wird die Präsenzberatung bis heute um die Möglichkeit der Video- und Telefonberatung erweitert.

Literatur

- Bauer, P. & Bolay, E. (2023). Adressat/innen und Adressierungen. Impulse für systemisches Arbeit. *Kontext*, 54(1), 6–23.
- Bellebaum, A. (2014). Warten. Über Umgang mit Zeit. In A. Bellebaum & R. Hettlage (Hrsg.), *Unser Alltag ist voll von Gesellschaft. Sozialwissenschaftliche Beiträge* (S. 231–258). Wiesbaden: Springer VS.
- Bitzan, M. & Bolay, E. (2017). *Soziale Arbeit. Die Adressatinnen und Adressaten*. Opladen, Berlin u. Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Boltanski, L. (2007). *Soziologie der Abtreibung*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Bomert, C. (2021). Schwangerschaftskonfliktberatung unter Corona-Bedingungen – eine Chance für mehr Selbstbestimmung ungewollt schwangerer Frauen? *Der Pädagogische Blick. Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen*, 29(4), 242–252.
- Busch, U. (2009). *Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*. Köln: BzgA.
- Busch, U. (2019). Schwangerschaftsabbruchversorgung. Welchen Einfluss haben rechtliche und gesellschaftliche Aspekte? *pro familia magazin*, 2, 6–9.
- Butler, J. (1993). Für ein sorgfältiges Lesen. In S. Benhabib, J. Butler, C. Drucilla & N. Fraser (Hrsg.), *Der Streit um Differenz. Feminismus und Postmoderne in der Gegenwart* (S. 122–132). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Center for Reproductive Rights (Juli 2014). Reproductive rights worldwide. <http://reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/AbortionMap2014.PDF> (05.10.2023).
- Clasen, S. & Völckel, N. (2022). Schwangerschafts(konflikt)beratung in Deutschland. Angebote und Entwicklungslinien der Schwangerschaftsberatung in Deutschland. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit* 73, 3, 230–237.
- Conen, M-L. & Cecchin, G. (2018). *Wie kann ich Ihnen helfen, mich wieder loszuwerden? Therapie und Beratung mit unmotivierten Klienten und in Zwangskontexten*. 6. Aufl. Heidelberg: Carl-Auer.
- Döring, J. & Thielmann, T. (Hrsg.). (2008). *Spatial Turn. Das Raumparadigma in den Kultur- und Sozialwissenschaften*. Bielefeld: transcript.
- Foucault, M. (1973). *Wahnsinn und Gesellschaft. Eine Geschichte des Wahns im Zeitalter der Vernunft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Foucault, M. (1983). *Der Wille zum Wissen*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Foucault, M. (2004). *Hermeneutik des Subjekts. Vorlesungen am Collège de France (1981/82)*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Franz, J. (2015). Beratung nach § 219 StGB. Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 257–277). Bielefeld: transcript.
- Großmaß, R. (2004). Beratungsräume und Beratungssettings. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 1. Disziplinen und Zugänge* (S. 487–496). Tübingen: dgvt.
- Großmaß, R. (2013). Beratung und sozialer Raum. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 3. Neue Beratungswelten* (S. 1509–1524). Tübingen: dgvt.

- Hahn, D. (2015). Diskurse zum Schwangerschaftsabbruch nach 1945. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 41–59). Bielefeld: transcript.
- Helferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BZgA.
- Imbusch, P. (2021). Zur Soziologie der Macht. *Ethik und Unterricht*, 4, 4–7.
- Kessl, F. (2016). Macht – (k)ein Thema Sozialer Arbeit. In B. Kraus & W. Krieger (Hrsg.), *Macht in der sozialen Arbeit. Interaktionsverhältnisse zwischen Kontrolle, Partizipation und Freisetzung* (S. 31–46). 4. Aufl. Lage: Jacobs-Verlag.
- Kessl, F. (2018). Macht- und diskursanalytische Perspektiven. In M. May & A. Schäfer (Hrsg.), *Theorien für die Soziale Arbeit* (S. 107–126). Baden-Baden: Nomos.
- Koschorke, M. (2004). Schwangerschaftskonfliktberatung. In F. Nestmann, F. Engel & U. Sickendiek (Hrsg.), *Das Handbuch der Beratung. Band 2: Ansätze, Methoden und Felder* (S. 1111–1125). Tübingen: dgvt.
- Lemke, T. (2006). Die politische Theorie der Gouvernementalität: Michel Foucault. In A. Brodacz & G. Schaal (Hrsg.), *Politische Theorien der Gegenwart I. Eine Einführung* (S. 467–498). 2. Aufl. Opladen, Berlin u. Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Lenz, G. (2009). Potentiale und Risiken der Professionalitätsentwicklung in der Praxis Sozialer Arbeit. Am Beispiel der Qualitätsentwicklung von Beratung im Zwangskontext Schwangerenkonfliktberatung. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven* (S. 159–173). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lüders, J. (2007). Soziale Arbeit und »Bildung«. Ein foucaultscher Blick auf ein umstrittenes Konzept. In R. Anhorn, F. Bettinger & J. Stehr (Hrsg.), *Foucaults Machtanalytik und Soziale Arbeit. Eine kritische Einführung und Bestandsaufnahme* (S. 185–199). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Miller, E. (2018). *Happy Abortions. Mein Bauch gehört mir – noch lange nicht*. Überarb. u. abgek. Aufl. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach.
- Nestmann, F. & Sickendiek, U. (2002). Macht und Beratung. Fragen an eine Empowermentororientierung. In F. Nestmann & F. Engel (Hrsg.), *Die Zukunft der Beratung* (S. 165–186). Tübingen: dgvt.
- Schmitz, K. (2020). Beratungssetting im Schwangerschaftskonflikt während der Coronapandemie ... und danach? *pro familia magazin*, 14(4), 21–23.
- Schulze, H. (2018). Macht in der Beratung und wie wir in der Beratung Gesellschaft machen. In H. Schule, D. Höblich & M. Mayer (Hrsg.), *Macht – Diversität – Ethik in der Beratung. Wie Beratung Gesellschaft macht* (S. 31–56). Opladen, Berlin u. Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Schulze, H., D. Höblich & M. Mayer (2018). Einleitung. In H. Schulze, D. Höblich & M. Mayer (Hrsg.), *Macht – Diversität – Ethik in der Beratung. Wie Beratung Gesellschaft macht* (S. 11–27). Opladen, Berlin u. Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Seier, A. (1999). Kategorien der Entzifferung. Macht und Diskurs als Analyseraster. In H. Bublitz, A.D. Bühlmann, C. Hanke & A. Seier (Hrsg.), *Das Wuchern der Diskurse. Perspektiven der Diskursanalyse Foucaults* (S. 75–86). Frankfurt a.M.: Campus.
- Sickendiek, U., F. Engel & F. Nestmann (Hrsg.). (1999). *Beratung. Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze*. Weinheim: Juventa.
- Stroh, F. (2022). Die gute Entscheidung. Schwangerschaftskonfliktberaterinnen zwi-

schen Gesetz und Praxis. In M. Fröhlich, R. Schütz & K. Wolf (Hrsg.), *Politiken der Reproduktion* (S. 243–250). Bielefeld: transcript.

Traue, B., Pfahl, L. & Schürmann, L. (2014). Diskursanalyse. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 493–508). Wiesbaden: Springer VS.

Biografische Notizen

Christiane Bomert, Dr.ⁱⁿ phil., ist Akademische Rätin in der Abteilung Sozialpädagogik der Universität Tübingen. Sie forscht zur Professionalisierung beraterischer Organisationen (insbesondere in der § 219-StGB-Beratung), zu Care und Soziale Arbeit (aktuell leitend in einem Projekt zur Sozialpädagogischen Familienhilfe im Kontext der Coronapandemie) sowie zu sozialpolitischen bzw. geschlechterpolitischen Rahmungen Sozialer Arbeit. Hierbei nutzt sie verschiedene methodologische Ansätze wie die qualitative Interviewforschung, Diskursanalyse oder die partizipative Praxisforschung.

Eva Maria Lohner, Dr.ⁱⁿ rer. soc., ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Sozialpädagogik sowie an der Arbeitsstelle für Beratungsforschung am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Sozialpädagogische Beratung, Biografieforschung und sexualisierte Gewalt.

Frederika Schulte, M.A., ist Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen und Kollegiatin im DFG-Graduiertenkolleg »Doing Transitions. Formen der Gestaltung von Übergängen im Lebenslauf«. Zuvor studierte sie Empirische Kulturwissenschaft, Erziehungswissenschaft sowie den Master »Forschung und Entwicklung in der Sozialpädagogik/Sozialen Arbeit«. In ihrer laufenden Doktorarbeit beschäftigt sie sich mit dem Thema des Schwangerschaftsabbruchs und den damit verbundenen Übergangs-/Abbruchkonstruktionen.

»Abtreibung – was muss ich wissen?«

Die Bedeutung von Schwangerschaftsberatungsstellen für die Bereitstellung von Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft

Eva Kubitzka, Christiane Bomert & Maika Böhm

1 Einleitung

Ungewollt Schwangere benötigen »in sehr kurzer Zeit umfangreiche und komplexe Informationen« (Schweiger, 2015, S. 240). So brauchen Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, grundlegendes Wissen über die Regelungen und Abläufe sowie konkrete Hinweise etwa zu Adressen von durchführenden ärztlichen Praxen, zu medizinischen Aspekten oder zu den Kosten eines Abbruchs bzw. zur Kostenübernahme. Ungewollt Schwangere nutzen für ihre Informationssuche verschiedene Quellen aus dem digitalen wie analogen Raum. Hierbei stoßen sie auf Qualitätsunterschiede, die für sie oft nicht sofort identifizierbar sind. In dem gesellschaftlich und politisch stark umkämpften Feld der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR), das in den letzten Jahren durch eine zunehmende Präsenz der sogenannten »Lebensschutz«-Bewegung geprägt ist (vgl. Sanders et al., 2018), wird eine medizinisch korrekte, moralisch neutrale und vollständige Informationsbeschaffung mittels Onlinequellen erschwert (vgl. u. a. Döring & Conde, 2021).

Lange Zeit konnten ungewollt Schwangere auch auf den Websites von Ärzt*innen nicht einsehen, inwieweit diese Schwangerschaftsabbrüche durchführen oder welche Methoden sie dafür nutzen. Seit dem 19. Juli 2022 ist zwar § 219a StGB gestrichen, sodass Ärzt*innen über den Schwangerschaftsabbruch ohne Strafandrohung – analog und digital – informieren können. Es ist bisher aber unklar, inwiefern dies tatsächlich zu einem transparenten Umgang mit Informationen über Schwangerschaftsabbrüche führt. Eine erste Analyse der Websites von Ärzt*innen, die laut Bundesärztekammerliste Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zeigt, dass die Mehrheit der dort gelisteten Mediziner*innen nach wie vor nicht zum Thema Schwangerschaftsabbrüche informiert und häufig noch nicht

einmal den Schwangerschaftsabbruch als Leistung anführt (vgl. Kubitza & Böhm, 2023).

Eine weitere Möglichkeit der Informationsbeschaffung bietet das Beratungsgespräch nach § 219 StGB, welches – neben weiteren Voraussetzungen – für die Straflosigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs erforderlich und in einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle durchzuführen ist. Verknüpft mit diesem Gespräch ist nach § 2 Abs. 1 SchKG (Schwangerschaftskonfliktgesetz) der Anspruch sich »in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle auf Wunsch anonym informieren und beraten zu lassen.«

Dabei umfasst die Beratung »jede nach Sachlage erforderliche medizinische, soziale und juristische Information« (§ 5 Abs. 2 SchKG). Inwiefern Beratungsstellen diesen Auftrag erfüllen, wurde bislang nicht empirisch erhoben. An dieser Forschungslücke setzt der vorliegende Beitrag an und stellt vor dem Hintergrund der hohen Relevanz der Informiertheit der Ratsuchenden im Kontext ungewollter Schwangerschaft (vgl. Forbes et al., 2021) die Praxen der Informationsweitergabe von Beratungsstellen dar. Wir gehen der Frage nach, welche Informationen Schwangerschaftsberatungsstellen zu ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch digital und analog zur Verfügung stellen.

Dies geschieht entlang der Daten aus zwei voneinander unabhängigen Untersuchungen, die mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen die Rolle von Schwangerschaftsberatungsstellen für die Bereitstellung von Informationen in den Mittelpunkt stellen. Zum einen handelt es sich dabei um die Studie »Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)«, einem vom Bundesgesundheitsministerium finanzierten Verbundvorhaben. Das darin eingegliederte Teilprojekt der Hochschule Merseburg, dessen Ergebnisse in diesem Beitrag berücksichtigt werden, fokussierte die psychosoziale Versorgung. Ein zentraler Schwerpunkt lag dabei auf Onlineinformationen zu ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, die Schwangerschaftsberatungsstellen auf ihren Websites zur Verfügung stellen.

Die zweite empirische Basis des Artikels bildet ein partizipativ ausgerichtetes Praxisforschungsprojekt mit mehreren staatlich anerkannten Beratungsstellen verschiedener Träger aus der Region Stuttgart (vgl. Bomert et al., 2022). Im Mittelpunkt standen unter anderem der Informationsstand von ungewollt schwangeren Frauen vor der Beratung und ihre In-

formationsaneignung im Rahmen der sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatung. Indem sowohl die Berater*innen als auch die Frauen befragt wurden, wurde eine Gegenüberstellung des individuell bewerteten Informationsstands der Frauen und der entsprechenden Wahrnehmung der Berater*innen möglich.

Zum Aufbau des Beitrags: Nach einem kursorischen Überblick über den Forschungsstand hinsichtlich analoger und digitaler Informationen zu sexuellen und reproduktiven Aspekten werden zunächst zentrale Resultate der ELSA-Studie zur Bereitstellung von Informationen auf Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen vorgestellt. Anschließend folgen Ergebnisse aus dem Praxisforschungsprojekt zur Informationsbeschaffung im Rahmen des § 219-Beratungsgesprächs. Ein Zwischenfazit mit einer Zusammenführung der Ergebnisse beider Studien mündet in eine Diskussion der Befunde.

2 Informationen und Informiertheit im Kontext ungewollter Schwangerschaft – ein Blick in den Stand der Forschung

Die individuellen Erlebens- und Entscheidungsverläufe von ungewollt Schwangeren werden nicht nur durch die öffentliche Meinung, rechtliche Sanktionierung und moralisierende Debatten beeinflusst (vgl. Busch, 2015), sondern sind auch von der Suche nach Informationen geprägt (vgl. Bomert et al., 2022).

Die Beratung nach § 219 StGB ist ein Bestandteil des Prozesses bei einer ungewollten Schwangerschaft. In § 2 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) sind die Informationen und Hilfen, die im Beratungsgespräch benannt werden sollen, genau festgelegt (wie etwa Verhütung und Familienplanung, Leistungen und Hilfen für Kinder und Familien, soziale und wirtschaftliche Hilfen für Schwangere, die Methoden zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs, die physischen und psychischen Folgen eines Abbruchs und die damit verbundenen Risiken oder auch Lösungsmöglichkeiten für psychosoziale Konflikte im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft). Beratende entscheiden jedoch fallspezifisch, welche Informationen jeweils relevant sind. Im Vordergrund stehen häufig ebenfalls praktische Fragen danach, wie ein Abbruch konkret verläuft, ob eine Begleitperson mitgenommen werden kann, wer in dieser Zeit die Kinder-

betreuung übernehmen kann, ob und wo eine Kostenerstattung beantragt werden kann oder wie viel Zeit bis zum nächsten Geschlechtsverkehr vergehen sollte (vgl. Koschorke, 2019).

Die Bedeutung der Beratung im Entscheidungsprozess für oder gegen das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft ist als eher gering einzuschätzen (vgl. Helfferich et al., 2016; Böhm, 2020). In Bezug auf die Informationsaneignung hingegen spielt diese Beratung für einen Teil der ungewollt Schwangeren eine Rolle. So geht aus der »frauen leben 3«-Studie (vgl. Helfferich et al., 2016) hervor, dass ein knappes Drittel – unabhängig von regionaler Herkunft oder Bildungsstand – neue Informationen im sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatungsgespräch erhalten hat (vgl. ebd.). Auch internationale Untersuchungen deuten auf die Relevanz von Beratungsgesprächen in Bezug auf den Informationsstand der Ratsuchenden hin. So weist beispielsweise eine US-amerikanische Studie¹ eine Veränderung des Informationsstandes der beratenden Frauen im Anschluss an das Beratungsgespräch nach. Insgesamt zeigte sich zwar eine weitverbreitete Unwissenheit über den Schwangerschaftsabbruch, jedoch nahm die Zustimmung zu gängigen Abtreibungsmythen, wie zum Beispiel zu dem der angeblichen psychischen Probleme nach einem Schwangerschaftsabbruch oder einem erhöhten Risiko, an Brustkrebs zu erkranken, im Anschluss an das Gespräch ab. Gleichzeitig führte – erwartungsgemäß – die Weitergabe von Fehlinformationen zu einem Rückgang des Kenntnisstands der Frauen über den Schwangerschaftsabbruch (vgl. Berglas et al., 2017). Wenn eine Schwangere jedoch eine informierte Entscheidung trifft, indem sie die Optionen vor dem Hintergrund ihrer besonderen Lebensumstände, Gefühle, Wünsche und Überzeugungen abgeschätzt und mögliche Ambivalenzen angesprochen hat sowie aus freiem Willen überzeugt entscheidet, ist die Wahrscheinlichkeit geringer, dass sie ihre Entscheidung im Anschluss bereut (vgl. Brien & Hallgarten, 2014).

Auch wenn Onlineinformationen zu sexuellen und reproduktiven Themen immer mehr in den Fokus der Forschung gelangen (vgl. u. a. Holstrom, 2015; Döring & Lehmann, 2022), ist bisher sehr wenig darüber bekannt, wie ungewollt Schwangere im Internet nach Informationen suchen und welche Quellen für sie relevant sind. Anders als in Deutsch-

1 Internationale Untersuchungen sind nur bedingt auf die Verhältnisse in Deutschland zu beziehen, da Schwangerschaftsberatungsstellen hier aufgrund der Gesetzeslage eine andere Rolle spielen.

land wurde im US-amerikanischen Raum die Bedeutung von Informationen für ungewollt Schwangere in einigen wenigen Studien beleuchtet. So wird beispielsweise bei Reilly (2016), die sich in ihrer Untersuchung dem Zusammenhang zwischen Schwangerschaftsabbrüchen und der Informationsbereitstellung in den USA widmet, deutlich, dass die Informiertheit der Betroffenen direkten Einfluss auf ihre reproduktive Selbstbestimmung hat: »A woman's autonomy is threatened by false and misleading information, but the greater danger to her decision-making is the societal perception that she lacks autonomy« (ebd., S. 9).²

In der Studie von Kavanaugh et al. (2019), in der die Informationsbarrieren bei Frauen fokussiert werden, die für einen Schwangerschaftsabbruch in den USA lange Distanzen zurücklegen müssen, zeigt sich, dass diese Frauen als Hauptquelle für die Informationssuche das Internet nutzen. Als problematisch wird der Einfluss von standortbezogenen Algorithmen identifiziert. Konkret bedeutet dies, dass Ratsuchende, die weiter entfernt von einer Abbruchklinik wohnten und für gewöhnlich von ihrem Heimatort aus im Internet recherchierten, schwieriger an zuverlässige Informationen über Abbrüche kamen (vgl. ebd.).

Als Zwischenfazit lässt sich zusammenfassen: Obwohl Schwangerschaftsberatungsstellen – auch aufgrund der Pflichtberatung – relevante Akteur*innen im Zusammenhang mit ungewollter Schwangerschaft sind, wurde bisher noch nicht untersucht, welche Rolle sie für die digitale und analoge Informationsbereitstellung spielen. An dieser Stelle setzt der empirische Teil dieses Beitrags an.

3 Zur Bereitstellung von Informationen im Kontext ungewollter Schwangerschaft auf Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen

Da die Möglichkeiten digitaler Informationssuche in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen haben und Schwangerschaftsberatungsstellen als Anlaufstellen für psychosoziale, rechtliche und auch medizinische Fragen im Kontext ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbrüche

2 »Die Autonomie einer Frau wird durch falsche und irreführende Informationen bedroht, aber die größere Gefahr für ihre Entscheidungsfindung ist die gesellschaftliche Wahrnehmung, dass es ihr an Autonomie mangelt« (Reilly, 2016, S. 9; Übers. E. K.).

bruch fungieren, wurde im Rahmen der ELSA-Studie untersucht, wie Beratungsstellen auf ihren Websites über sich und ihre Angebote informieren.

3.1 Erhebung und Stichprobenbeschreibung von Beratungsstellenwebsites

Für die Beurteilung von Gesundheitsinformationen existieren unterschiedliche Bewertungsinstrumente. Der Analyse der Websites wurde das Instrument zur Einschätzung von Gesundheitsinformationen des Aktionsforums Gesundheitsinformationssystem (afgis) zugrunde gelegt (afgis e. V., o.J.). Afgis wurde 2003 vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert und entwickelt seither Standards für Gesundheitswebsites, Health-Apps, Gesundheitsvideos sowie sich thematisch anschließende Social-Media-Auftritte. Zur Bewertung von Websites schlägt afgis vor, die Bereiche Barrierefreiheit, Usability und Verständlichkeit zu fokussieren. Daran angelehnt wurde für die Analyse von Beratungsstellenwebsites ein quantitatives Instrument entwickelt, das um einen Kriterienkatalog erweitert wurde, der sich an den gesetzlichen Vorgaben aus dem Schwangerschaftskonfliktgesetz zu medizinischen, rechtlichen und sozialen Informationen orientiert. Eine repräsentative Zufallsstichprobe von rund 25 % aller geförderten Beratungsstellen für jedes Bundesland ($n = 319$ Websites) wurde mit diesem Instrument von Oktober bis Dezember 2021 einer quantitativen Medieninhaltsanalyse unterzogen.

Folgende forschungsleitende Fragen werden, nach einer genaueren Darstellung zentraler Ergebnisse aus den drei Bereichen Erreichbarkeit, Barrierefreiheit und Informationsgehalt, in einem Zwischenfazit beantwortet:

- F1: Welche Online-Informationen stellen Schwangerschaftsberatungsstellen in welchem Ausmaß zu ungewollter Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftsabbruch zur Verfügung?
- F2: Welche Barrieren in den Zugangswegen zu Online-Informationen lassen sich identifizieren?

Die Aussagekraft der nachfolgend präsentierten Daten beschränkt sich auf den oben genannten Erhebungszeitraum und weiterhin darauf, ob ein untersuchtes Kriterium erfüllt oder nicht erfüllt wurde. Qualitative Bewertungen wurden nicht vorgenommen, da das quantitative Untersuchungsdesign wie auch das Erhebungsinstrument keine qualitativ-inhaltliche Prüfung vorsah.

3.2 Ergebnisse

Erreichbarkeit

Der Begriff *Erreichbarkeit* wurde bei der Analyse der Websites auf zwei Arten ausgelegt: Zum einen bezog er sich auf Angaben zur tatsächlichen Erreichbarkeit der jeweiligen Beratungsstellen. Konkret wurde geprüft, welche Möglichkeiten zur Kontaktaufnahme sich auf den analysierten Websites identifizieren lassen, zumal zahlreiche Bundesländer in ihren Ausführungsvorschriften als Anerkennungsvoraussetzung für Beratungsstellen die öffentliche Bekanntmachung von Öffnungszeiten und Telefonnummern formulieren (vgl. u. a. Schwangerenberatungsgesetz – § 5 SchwBerG, Bremen; BaySchwBerG, Art. 16, Bayern). Folglich stellt die Erreichbarkeit einen wichtigen Faktor dar.

Zum anderen wurde untersucht, inwiefern die Websites bedarfsgerecht sind, die Inhalte also für Ratsuchende entsprechend ihren Bedürfnissen *erreichbar* sind. Angelehnt an Kriterien von afgis und auf Grundlage der Bundesrechtsverordnung zur Schaffung barrierefreier Informationstechnik nach dem Behindertengleichstellungsgesetz (Barrierefreie-Informationstechnik-Verordnung – BITV 2.0) von 2011 wurden die Beratungsstellen-websites auf ihre Barrierefreiheit hin untersucht. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zusammengefasst.

Erreichbarkeit/Kontaktaufnahme

Es konnte festgestellt werden, dass die Telefonnummern auf allen untersuchten Beratungsstellenwebsites auffindbar waren, wohingegen dies bei den Öffnungszeiten lediglich auf rund 60 % des Samples der Fall war.

In Bezug auf die Darstellung der Erreichbarkeit auf den Websites wurden ergänzend die Angaben der telefonischen Sprechzeiten sowie die der E-Mail-Adresse bzw. des Kontaktformulars erhoben. Telefonische Sprechzeiten fanden Ratsuchende auf rund 63 % der untersuchten Fälle. E-Mail-Adressen bzw. Kontaktformulare hingegen waren mit 96 % auf fast allen Seiten aufgeführt.

Erreichbarkeit/Barrierefreiheit

Bei der Websiteanalyse wurde die Erreichbarkeit auf die Frage nach möglichen Barrieren bei der Onlineinformationssuche ausgeweitet, da Ratsuchende aufgrund körperlicher, kognitiver oder sprachlicher Einschränkungen besondere Bedarfe in Hinblick auf Zugang und Aufbe-

reitung von Informationen haben können und gewährleistet sein muss, dass auch diese Personengruppen für sie relevante Informationen erreichen kann. Die Kriterien, die in Bezug auf die Barrierefreiheit untersucht wurden, beziehen sich auf die Darstellung der Texte auf den Websites in Leichter Sprache und Gebärdensprache, auf die Ausgabe der Inhalte in mindestens einer weiteren Sprache neben Deutsch sowie auf eine Vorlesefunktion. Es muss festgehalten werden, dass über alle Kriterien hinweg die deutliche Mehrheit der Websites nicht barrierefrei ist, was bedeuten kann, dass eventuell notwendige Funktionen und somit auch Inhalte für Ratsuchende nicht erreichbar sind. So war lediglich auf rund 22 % der Seiten eine Ausgabefunktion der Texte in Leichter Sprache zu finden. Noch seltener waren die Optionen, Gebärdensprache (15 %), eine weitere Sprache neben Deutsch (9 %) oder die Vorlesefunktion (7 %) einzustellen.

Neben der Frage nach der Erreichbarkeit der Inhalte auf den Beratungsstellenwebsites wurde auch der Informationsgehalt einer quantitativen Prüfung unterzogen.

Informationsgehalt

Da im SchKG soziale, rechtliche und medizinische Informationen als Beratungsinhalt festgeschrieben sind, wurde untersucht, ob und wie ausführlich sich entsprechende Inhalte auf den Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen widerspiegeln.

Soziale Informationen

In § 2 SchKG finden Informationen zu finanziellen Hilfen für das Fortsetzen einer Schwangerschaft bzw. zu finanzieller Unterstützung für das Leben mit Kind Erwähnung.

47 % der Beratungsstellen informieren auf ihren Homepages ausführlich dazu (siehe Abb. 1). Hinweise in kürzerer Form zu finanziellen Hilfen bieten knapp 41 % der untersuchten Seiten, was bedeutet, dass mindestens eine konkrete Stelle benannt wurde, bei der finanzielle Hilfen beantragt werden können, oder dass auf der Website die Perspektive eröffnet wurde, dass finanzielle Hilfen Beratungsinhalt sein können. Auf etwa jeder zehnten Homepage einer Schwangerschaftsberatungsstelle (ca. 12 %) finden Ratsuchende keinerlei Informationen zu finanziellen Hilfen im Falle des Fortsetzens einer Schwangerschaft.

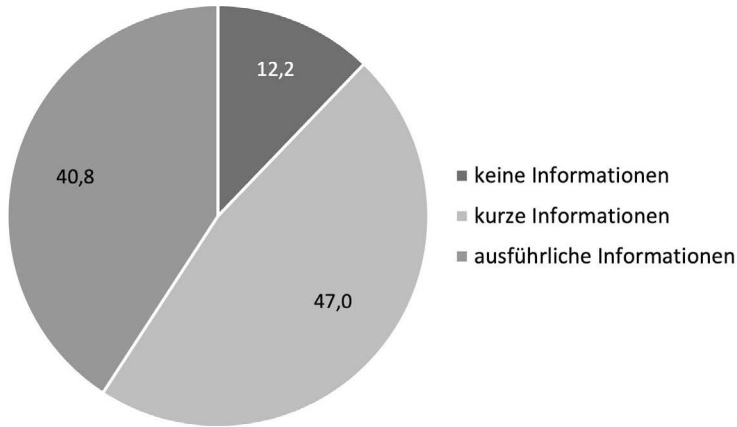


Abb. 1: Informationen zu finanziellen Hilfen für das Fortsetzen der Schwangerschaft bzw. das Leben mit Kind; n = 319, Angaben in Prozent

Rechtliche Informationen

Im Kontext von ungewollter Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftsabbruch und damit auch in der Arbeit von Schwangerschaftsberatungsstellen sind zahlreiche juristische Inhalte wie beispielsweise die Gesetze im StGB grundlegend. Exemplarisch werden hier die Befunde zu Informationen rund um die Beratungspflicht und den Beratungsschein nach SchKG und § 219 StGB zusammengefasst. So wurde untersucht, ob und in welcher Ausführlichkeit die Beratungspflicht und der Beratungsschein auf den Websites der 256 scheinausstellenden Beratungsstellen thematisiert wurden.³

Auf 50 % der untersuchten Seiten wurde der rechtliche Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen erläutert, das heißt, Ratsuchende erfahren, dass die Schwangerschaftskonfliktberatung verpflichtend ist und ihnen nach erfolgter Konfliktberatung ein Beratungsschein ausgestellt wird, der Voraussetzung für einen Abbruch ist. In rund 43 % der Fälle wurde diese Thematik ohne spezifische Erklärung kurz erwähnt, aber nicht vertiefend erläutert (siehe Abb. 2). Konkret wurde auf den Websites beispielsweise

³ Die Beschränkung auf die Websites von scheinausstellenden Schwangerschaftsberatungsstellen hängt damit zusammen, dass nur diese die Schwangerschaftskonfliktberatung nach SchKG anbieten und demzufolge die rechtlichen Inhalte grundlegend für ihre Arbeit sind.

vermerkt, dass eine Beratungsbescheinigung ausgestellt wird, ohne jedoch den Zusammenhang zwischen der Beratungspflicht, den rechtlichen Vorgaben und dem Beratungsschein explizit herzustellen bzw. zu erklären. Auf über 7 % der Homepages von scheinausstellenden Beratungsstellen finden sich keinerlei Hinweise auf den (straf)rechtlichen Kontext.

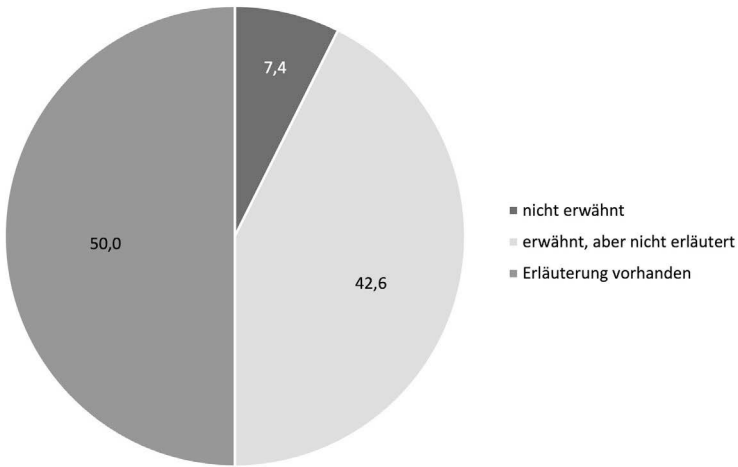


Abb. 2: Erwähnung des rechtlichen Kontexts auf den Beratungsstellenwebsites, nur Beratungsstellen mit Scheinvergabe; n = 256, Angaben in Prozent

Medizinische Informationen

Neben den sozialen und juristischen Informationen wurde auch die Weitergabe von medizinischen Informationen auf den Beratungsstellenwebsites untersucht, da nach § 5 SchKG eine Schwangerschaftskonfliktberatung »jede nach Sachlage medizinische [...] Information« umfassen soll. Konkret wurde auf den Websites der scheinausstellenden Beratungsstellen erhoben, ob und wie ausführlich diese Informationen vorhanden waren. Rund 21 % der Fälle lieferten ausführliche Informationen zu medizinischen Abläufen und Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs (siehe Abb. 3). Ratsuchenden wurden beispielsweise die Methoden für Schwangerschaftsabbrüche auf den Websites kurz erläutert. Kurze Hinweise, zum Beispiel darauf, dass medizinische Aspekte ein Beratungsinhalt sein können, konnten auf rund 19 % der Websites identifiziert werden. Allerdings fehlten auf den Websites der scheinausgebenden Beratungsstellen mit knapp 60 % mehrheitlich jegliche Informationen zu medizinischen Abläufen bzw. Methoden eines Abbruchs.

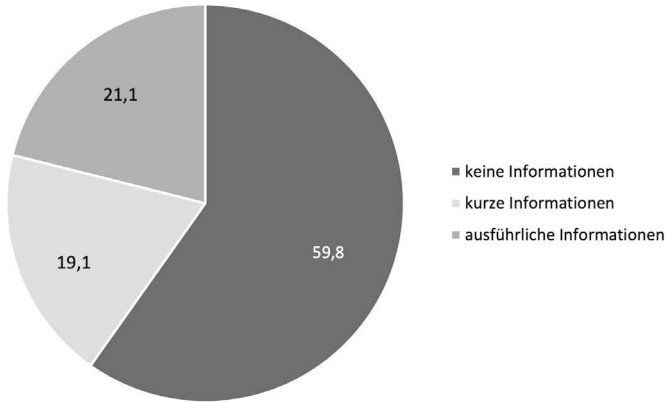


Abb. 3: Informationen über medizinische Abläufe/Methoden, nur Beratungsstellen mit Scheinvergabe; n = 256, Angaben in Prozent

Zwischenfazit

Die Medieninhaltsanalyse hat gezeigt, dass der Informationsgehalt für die exemplarisch ausgewählten thematischen Schwerpunkte unterschiedlich gelagert ist. Während soziale und rechtliche Informationen, wenn auch in unterschiedlicher Ausführlichkeit, in den meisten Fällen vorhanden waren, wurden Angaben zu medizinischen Aspekten auf den Websites größtenteils nicht bereitgestellt. Informationen zur Erreichbarkeit auf den Websites der Schwangerschaftsberatungsstellen waren mehrheitlich vorhanden (F1). Als Hürde in den Zugangswegen lässt sich eindeutig die kaum vorhandene Barrierefreiheit der Websites konstatieren (F2).

4 Informationsvermittlung und -rezeption im Rahmen des § 219-Beratungsgesprächs

Die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch ist meist von einer intensiven Auseinandersetzung geprägt. Da etwa 96 % der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach der sogenannten Beratungsregelung erfolgen (vgl. Destatis, 2022), ist die Beratung zwangsläufig Bestandteil dieser Entscheidungssituation – auch wenn sie den Entschluss in den meisten Fällen nicht beeinflusst (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 161). Dennoch kann der Beratung in Bezug auf die Vermittlung relevanten Wissens

eine zentrale Rolle zukommen, indem sie die Schwangeren in einer informierten und selbstbestimmten Entscheidung unterstützt.

Nachdem zuvor die Informationsbereitstellung durch Beratungsinstitutionen im digitalen Raum in den Blick genommen wurde, greift das im Folgenden vorgestellte Forschungsprojekt die Frage der Informationsvermittlung und -rezeption im Rahmen des § 219-Beratungsgesprächs im analogen Raum auf. Die gewonnenen Ergebnisse gehen auf ein partizipatives Praxisforschungsprojekt (vgl. etwa von Unger, 2014; van der Donk et al., 2014) zurück, bei dem Fachkräfte aus neun staatlich anerkannten Beratungsstellen verschiedener Träger aus der Region Stuttgart mit der Autorin kooperierten (Zeitraum: Juli 2020 bis November 2022; vgl. Bomert et al., 2022). Ausgehend von dem für die Beratungspraxis relevanten Thema der Informationsbeschaffung ungewollt Schwangerer (auch in Abhängigkeit zu ihrem sozialen Umfeld) entwickelte die Gruppe ein Befragungsinstrument, das sich aus zwei parallel eingesetzten Fragebögen zusammensetzt: Mithilfe eines standardisierten Fragebogens wurden *erstens* jene Frauen befragt, die an einem Beratungsgespräch in der Schwangerschaftskonfliktberatung teilgenommen haben. Ein teils standardisierter, teils teilstandardisierter Fragebogen richtete sich *zweitens* an die Berater*innen, um weiterführende Informationen und Einschätzungen zum je konkreten Beratungsgespräch einzuholen. Der entstandene Datensatz umfasst 168 Fragebögen der ersten Gruppe, wobei dieser hinsichtlich der Altersstruktur annähernd den statistischen Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen aus dem Jahr 2020 des Statistischen Bundesamtes entspricht (vgl. Destatis, 2021). Der Datensatz der beteiligten Beratungsfachkräfte umfasst 174 Fragebögen.

Die zirkulär ausgewerteten Ergebnisse dieser doppelten Befragung geben unter anderem Aufschlüsse über die von den Frauen genutzten Informationsquellen und ihren selbst eingeschätzten Informationsstand *vor* und *nach* dem Beratungsgespräch (auch im Vergleich zur Einschätzung der Fachkräfte). Ein besonderes Augenmerk wird in der nachfolgenden Darstellung auf die Informationsbeschaffung der ungewollt Schwangeren im Rahmen des Beratungsgesprächs sowie im Kontext des sozialen Umfelds gelegt.

Ungewollt Schwangere nutzen bei der Informationssuche verschiedene Quellen (siehe Abb. 4): Eine große Bedeutung haben unter anderem mediale Inhalte. Diese werden von 53 % der Befragten als genutzte Ressource angegeben. Mit 45 % werden der ärztlichen Beratung sowie mit 53 % der § 219-Beratung eine ähnlich hohe Antwortrate hinsichtlich der Frage

zuteil, von wem bisher (nach Abschluss des Beratungsgesprächs) Informationen bezogen wurden. Mit einem deutlichen Abstand dazu wird auf Informationsquellen des sozialen Umfeldes wie Freundeskreis (15 %), Familie (5 %) oder Partner (4 %) rekurriert. Die Schule oder andere Personen sind nur für einen geringen Teil der Befragten von Bedeutung (vgl. Bomert et al., 2022).

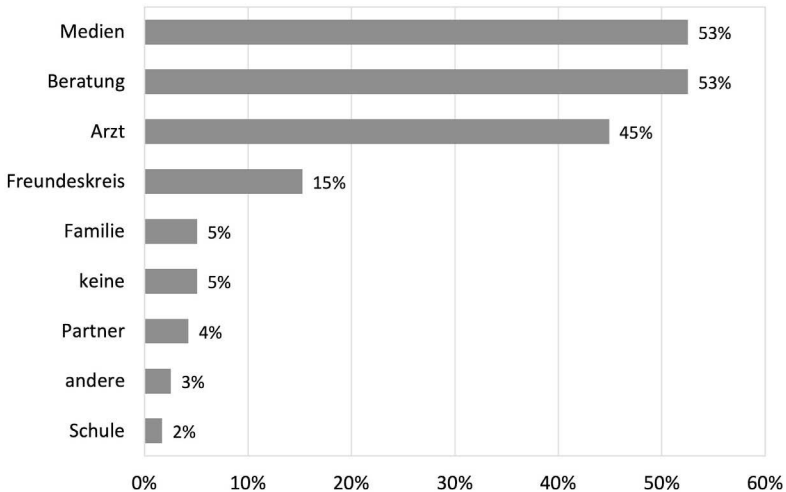


Abb. 4: Informationsquellen zum Schwangerschaftsabbruch

Darüber hinaus zeigt sich, dass Frauen mit einem mittleren bzw. höheren Bildungsabschluss (Trennschwelle Abitur) die Informationsquellen der externen Beratung sowie der allgemeinen Medien deutlich häufiger nutzen als die befragten Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss (60 % im Vergleich zu 40 %). Für Frauen mit einem geringeren Bildungsabschluss spielen informelle Informationsquellen eine größere Rolle, insbesondere der Freund*innenkreis wird doppelt so häufig als Informationsquelle zum Schwangerschaftsabbruch herangezogen (bei 18 % mit niedrigem und 9 % bei mittlerem/hohem Bildungsabschluss). Eine ähnliche Tendenz zeigt sich bei Frauen mit Migrationshintergrund: Informationen aus dem familiären Umfeld werden von 17 % der befragten Migrant*innen bezogen, während dies nur für 5 % der Frauen ohne Migrationshintergrund eine Informationsquelle darstellt (vgl. ebd.).

Die ungewollt Schwangeren wurden ferner gefragt, wie sie ihren Infor-

mationsstand *vor* und *nach* dem Beratungsgespräch einschätzen. Damit sollten zum einen Rückschlüsse auf die Informationsrezeption im Allgemeinen, zum anderen konkret in Bezug auf das Beratungsgespräch gezogen werden. Ebenfalls wurden die Fachkräfte um eine Einschätzung des Kenntnisstandes der Frauen gebeten.

Vor der Beratung fühlten sich 38 % schlecht bzw. sehr schlecht informiert, 62 % fühlten sich hingegen gut bzw. sehr gut informiert (siehe Abb. 5). Die Fachkräfte schätzten dies leicht kritischer ein als die Frauen selbst. Sie gaben an, dass 41 % der Ratsuchenden vorab schlecht oder sehr schlecht informiert seien. Bei 58 % der Frauen sahen die Beratenden bereits vor der Beratung einen guten bis sehr guten Informationsstand (vgl. ebd.).

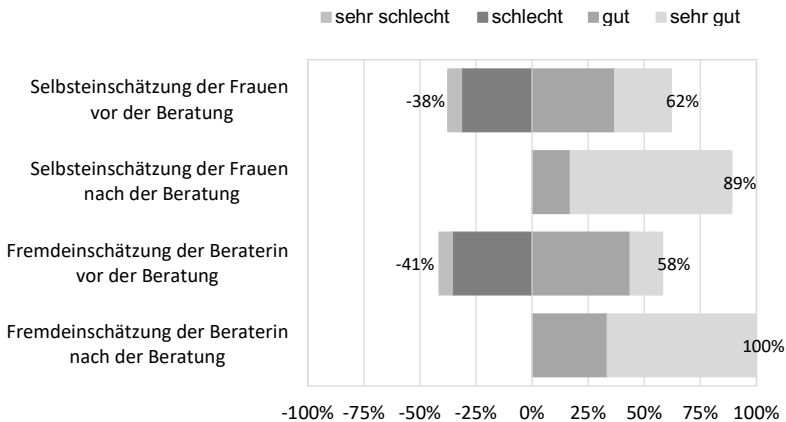


Abb. 5: Informationsstand zum Schwangerschaftsabbruch

Dass sich mehr als ein Drittel der befragten Personen unzureichend informiert fühlt, lässt sich zweifelsfrei auf die zum Teil erschwerte Zugänglichkeit zu medizinisch korrekten und moralisch neutralen Informationen zum Schwangerschaftsabbruch zurückführen. Vornehmlich Frauen mit niedrigerem Bildungsabschluss und Frauen mit Migrationshintergrund fühlen sich vor dem Beratungsgespräch jedoch noch schlechter informiert als Frauen mit mittlerem und höherem Bildungsgrad bzw. Frauen ohne Migrationshintergrund. Diese Diskrepanz lässt sich wahrscheinlich auch auf die zur Informationsbeschaffung genutzten Ressourcen zurückführen. So sind Informationen aus dem sozialen Umfeld, wie der Freund*innenkreis und die Familie, für Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss und für Frauen

mit Migrationshintergrund eine deutlich wichtigere Ressource im Gegensatz zum Internet (15 % der befragten Frauen mit mittleren bzw. höherem Bildungsabschluss gaben dies im Vergleich zu 26 % der befragten Frauen mit niedrigem Bildungsabschluss an; bei Migrantinnen liegt der Unterschied bei acht Prozentpunkten im Gegensatz zu Personen ohne Migrationshintergrund). Gleichzeitig fällt es diesen beiden Gruppen signifikant schwerer, Informationen aus dem Internet in Bezug auf Korrektheit und Seriosität der Quellen zu bewerten: 29 % der Migrantinnen und 23 % der Frauen mit einem Bildungsabschluss bis einschließlich der Mittleren Reife gaben an, dass sie sich nicht in der Lage sehen, Internetseiten auf ihre Zuverlässigkeit und Richtigkeit zu beurteilen. Bei Frauen, die zu Hause überwiegend Deutsch sprechen, und bei Frauen mit Mittlerer Reife, (Fach-)Abitur oder einem Hochschulabschluss lagen die Werte bei 15 % bzw. 13 % (vgl. ebd.).

Für viele Frauen ist das § 219-Beratungsgespräch mit der Erwartung verbunden, neben dem Beratungsschein auch konkrete Informationen zu erhalten. So nehmen 82 % der befragten Personen an, dass sie Informationen zum Abbruch erhalten (während 18 % von Informationen zu finanziellen Hilfen und Unterstützungsangeboten ausgehen; vgl. ebd., S. 22). Es liegt zudem ein signifikanter Unterschied zwischen der selbst wahrgenommenen Informiertheit und der Erwartung an Informationen im Beratungsgespräch vor: Frauen, die erwarten, durch die Beratungsstelle Informationen zum Schwangerschaftsabbruch zu erhalten, fühlen sich vor dem Beratungsgespräch signifikant schlechter informiert als jene, die keine entsprechende Informationserwartung haben.⁴

Die insgesamt sehr hohe Erwartungshaltung in Bezug auf Informationen scheint sich mit Blick auf die Ergebnisse der »frauen leben 3«-Studie (vgl. Helfferich et al., 2016), die nur für ein knappes Drittel der Frauen angibt, dass sie tatsächlich neue Informationen im sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatungsgespräch erhalten haben (vgl. ebd.), nicht in diesem Umfang zu realisieren. Gleichzeitig fühlen sich – wie oben benannt – die überwiegende Mehrheit mit knapp 90 % nach dem Beratungsgespräch gut oder sehr gut informiert. So scheint der Informationsrezeption in der Beratung dennoch eine besondere Relevanz zuzukommen. Darüber hinaus er-

4 Im Durchschnitt fühlen sich Frauen mit Informationserwartung eher gut bis eher schlecht informiert im Vergleich zu Frauen ohne eine entsprechende Erwartung an das Beratungsgespräch, welche sich sehr bzw. eher gut informiert fühlen.

wartet ein Drittel der Schwangeren bei der Entscheidungshilfe unterstützt zu werden. 12 % nehmen an, dass die Beratungsfachkraft hierbei eine konkrete Handlungsempfehlung ausspricht oder gar Druck ausübt. Nahmen die Berater*innen eine solche Erwartungshaltung wahr, notierten sie dazu etwa:

»Die Frau hatte die Erwartung, dass versucht wird, sie vom Behalten der Schwangerschaft zu überzeugen« (Annahme einer Beratungsfachkraft).

»leicht angespannt und [...] Furcht, das Gespräch könnte unangenehm werden« (Annahme einer Beratungsfachkraft).

»Unsicherheit, was wohl von ihr erwartet wird« (Annahme einer Beratungsfachkraft)⁵.

Zwischenfazit

Insgesamt zeigen die Ergebnisse einerseits eine Breite an Informationsquellen, wenn sich Schwangere über einen möglichen Abbruch informieren, und ein für die Mehrheit der Befragten positives Gefühl zu ihrem eigenen Informationsstand vor dem § 219-Beratungsgespräch. Andererseits wurde deutlich, dass sich die Informationsquellen mit Blick auf den Bildungs- und Migrationshintergrund unterscheiden. Fühlen sich die Schwangeren vor dem Beratungsgespräch schlecht informiert, ist die Erwartung an eine Kompensation im Beratungsgespräch höher.

5 Schwangerschaftsberatungsstellen – eine zentrale digitale wie analoge Ressource in der Informationsbeschaffung ungewollt Schwangerer?

Die empirischen Ergebnisse zu Informationen über ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche, die Schwangerschaftsberatungsstellen auf ihren Websites und im Beratungsgespräch zur Verfügung stellen, zeigen: Ein Großteil der Beratungsstellen informiert analog und auch

5 Hierbei handelt es sich um die Annahmen von Beratungsfachkräften zu dem Gefühl oder den Erwartungen, mit denen die Frau ihrer Ansicht nach in das Gespräch gekommen ist. Diese wurden mittels des Fragebogens für die Berater*innen erhoben.

digital über relevante Aspekte, die die Entscheidung und den Abbruch betreffen. Gleichzeitig führen die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen, die Vermittlungswege oder die Zugänglichkeit der zur Verfügung gestellten Onlineinformationen auch zu Informationsdefiziten bei ungewollt Schwangeren. Diese können zwar im Beratungsgespräch (erfolgreich) bearbeitet werden, sie sind jedoch Effekt »strukturelle[r] Behinderungen, die auch ein Ausdruck der grundsätzlichen gesellschaftlichen Missbilligung sind und die ungewollt schwangere Frauen auch als solche erleben« (Schweiger, 2015, S. 240).

Jede achte Frau (12 %), die an einem § 219-Beratungsgespräch teilnimmt, tut dies mit der Erwartung, dass ihre Entscheidung positiv oder negativ beeinflusst wird, bzw. ist unsicher, was sie in dem Beratungsgespräch erwartet (siehe Kap. 4). Dies lässt sich einerseits darauf zurückführen, dass entsprechende Erfahrungsberichte aus diesem Beratungskontext nicht oder nur vereinzelt zur Verfügung stehen. Auch scheinen medial insbesondere jene Beratungserfahrungen ungewollt Schwangerer präsent, die eine eindeutige Beeinflussung der Berater*innen thematisieren (siehe dazu den Beitrag von Kabisch in diesem Band).⁶

Andererseits zeigen die Ergebnisse der zuvor beschriebenen Webseitenanalyse, dass die Hälfte der Internetauftritte der Beratungsstellen den Zusammenhang zwischen der Beratungspflicht, den rechtlichen Vorgaben und dem Beratungsschein nicht erläutern (siehe Kap. 3). Dies verstärkt das Informationsdefizit der Adressat*innen und kann die Diffusität von Erwartungen an und Annahmen über das Beratungsgespräch erhöhen. Eine eindeutige Klärung der Kontextbedingungen ist hier jedoch unerlässlich.

Gravierender zeigt sich neben diesem Mangel an rechtlichen Informationen das Fehlen von medizinischen Auskünften zu Abläufen bzw. Methoden eines Abbruchs. Auf knapp 60 % der untersuchten Internetseiten fehlen entsprechende Inhalte komplett (siehe Kap. 3). Sehen Beratungsstellen ihren Auftrag der § 219-Beratung auch in der Weitergabe entsprechender Informationen, scheint demnach eine stärkere Fokussierung auf die je fallspezifisch relevanten medizinischen Aspekte im Beratungsgespräch zu liegen als auf allgemeinere digital bereitgestellte Informationen, die von den Adressat*innen vor und im Anschluss an das Gespräch abgerufen werden können. Dass sich jedoch die Hälfte der ungewollt Schwan-

6 Positive Beratungserfahrungen werden etwa in Helfferich et al. (2016) oder Böhm (2020) geschildert.

geren medial informiert und sich zugleich mehr als ein Drittel vor der Beratung schlecht bzw. sehr schlecht informiert fühlt (siehe Kap. 4), unterstreicht zugleich die Relevanz einer entsprechenden Ergänzung medialer wie analoger Inhalte.

Nicht zuletzt ist den Ergebnissen beider Forschungsprojekte zu entnehmen, dass die Zugänglichkeit zu den Informationen im digitalen wie analogen Raum einen entscheidenden Einfluss auf die Informiertheit ungewollt Schwangerer ausmacht. Personen mit körperlichen, kognitiven oder sprachlichen Einschränkungen sowie Personen, deren Erstsprache nicht Deutsch ist, treffen hier auf Barrieren: So weist die Analyse der Beratungsstellen-Webseiten nach, dass diese mehrheitlich nicht barrierefrei sind, nur ein Fünftel eine Ausgabefunktion der Texte in Leichter Sprache anbietet und Gebärden- und Fremdsprachen oder die Vorlesefunktion noch seltener aktiviert werden kann (siehe Kap. 3). Zugleich zeigt die Befragung der Schwangeren, die an einem § 219-Beratungsgespräch teilgenommen haben, dass sich Frauen mit einem niedrigeren Bildungsabschluss und Frauen mit Migrationshintergrund vor dem Beratungsgespräch schlechter informiert fühlen als Frauen mit mittlerem und höherem Bildungsgrad bzw. als Frauen ohne Migrationshintergrund. Zweitens wurde deutlich, dass sich diese Personen häufiger nicht zutrauen, Onlineinformationsquellen auf ihre Korrektheit und Seriosität hin zu beurteilen. Dies führt dazu, dass beide Personengruppen, drittens, eher Familie, Partner*innen und Freunde als Informationsquelle heranziehen (vgl. Kap. 4). Zusammengefasst deuten diese Ergebnisse auf ein noch nicht ausgeschöpftes Potenzial in der Onlineinformationsbereitstellung der Beratungsstellen, insbesondere in Bezug auf Adressat*innen, die sprachlich und kognitiv eine andere Ansprache benötigen.

6 Fazit

»Bis zu meinem Schwangerschaftsabbruch war mir nicht klar, wie schlecht ich darüber informiert war.«

*Ellen, 27 Jahre, Rostock (Doctors for Choice
Germany e. V., o.J.)*

Staatlich anerkannte Schwangerschaftsberatungsstellen können eine zentrale Ressource für ungewollt Schwangere sein. So haben Beratungsstellen die Möglichkeit, mit der Expertise von Beratungsfachkräften vorab gene-

rierte Informationen aus dem Internet oder dem sozialen Umfeld zur ungewollten Schwangerschaft und zum Schwangerschaftsabbruch zu sortieren und gegebenenfalls zu korrigieren. Die im SchKG unter § 5 verankerte Pflicht der Beratungsstellen, Ratsuchende zu informieren, benötigt jedoch entsprechende finanzielle und personelle Ressourcen, um diesen gesetzlichen Auftrag auch adäquat umsetzen zu können. Dies gilt einerseits für den digitalen Raum. Im Rahmen der ELSA-Studie berichteten Beratungsfachkräfte wiederholt, dass häufig weder zeitliche Kapazitäten für eine Bereitstellung digitaler Informationen existierten noch die Kompetenzen dafür vorhanden seien. Andererseits brauchen Beratungsstellen personelle wie finanzielle Mittel, um auch die Informationsweitergabe im Beratungsgespräch den Bedarfen der Ratsuchenden stärker anzupassen: etwa durch die Bereitstellung von Informationsbroschüren in verschiedenen Sprachen bzw. in Leichter Sprache (siehe dazu auch den Beitrag von Fischer, Kröner, Rey-Holm & Struck in diesem Band), durch den Einsatz von dolmetschenden Personen oder basierend auf dem fachlichen Austausch mit Ärzt*innen.

Für die Weiterentwicklung der digitalen Informationsbereitstellung im Bereich Schwangerschaftskonflikt durch beratungsstelleneigene Websites gilt: Wenn Ratsuchende Suchworte wie »Schwangerschaftsabbruch« oder »Abtreibung« eingeben, müssen die Websites der Beratungsstellen auch durch die Suchmaschinen gefunden und unter den ersten Sucheinträgen gezeigt werden. Bislang tauchen die Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen so gut wie gar nicht unter den ersten Suchmaschinentreffern auf. Um dies zu gewährleisten, sind unterschiedliche Maßnahmen der Suchmaschinenoptimierung (engl.: *search engine optimization* – SEO) umzusetzen. Zumeist liegt diese Aufgabe jedoch in der Zuständigkeit der Träger, da einzelne Beratungsstellen ihre Websites häufig gar nicht selbst verwalten.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt verschiedene Websites zum Thema zur Verfügung (<https://www.familienplanung.de/> bzw. <https://www.zanzu.de/>), auf denen sachlich korrekte, wertfreie Informationen sowie Inhalte in 13 Sprachen, Leichter Sprache und Gebärdensprache zur Schwangerschaft und zum Schwangerschaftsabbruch zu finden sind. Bislang verlinken jedoch nur vereinzelte Websites von Schwangerschaftsberatungsstellen auf diese Onlinequellen oder verweisen auf entsprechende Seiten im §219-Beratungsgespräch.

Da sich Ratsuchende im Schwangerschaftskonflikt verstärkt im Internet informieren, dort aber auch auf Falschinformationen und ideolo-

gisch geprägte Inhalte treffen können, bietet das Beratungsgespräch die Möglichkeit, nicht nur Falschinformationen zu korrigieren, sondern auch spezifisches, einzelfallbezogenes Wissen weiterzugeben. Da sich jede ungewollt Schwangere in einer einzigartigen Situation mit individuellen Bedürfnissen befindet, bietet das Beratungsgespräch den Rahmen für gezielte Nachfragen, wenngleich durch dessen verpflichtenden Charakter nicht in jedem Gespräch eine entsprechende Beziehung zwischen Berater*in und der ungewollt Schwangeren entsteht. Dennoch können der persönliche Kontakt und die Weitergabe von Informationen im Beratungsgespräch als bedeutend wahrgenommen werden, da ungewollt Schwangere in ihrer Informationssuche auf strukturelle Barrieren und fehlende gesellschaftliche Akzeptanz stoßen (vgl. Schweiger, 2015).

Bleibt das Thema des Schwangerschaftsabbruchs weiterhin aus dem öffentlichen Diskurs ausgespart, sind ungewollt Schwangere nicht nur – wie das Beispiel von Ellen aus dem Eingangszitat zeigt – auf ihre individuelle Recherche angewiesen, sondern hierbei auch abhängig von den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen. Dies führt unweigerlich zu Differenzen in der Informationsbeschaffung. Damit Schwangere jedoch eine selbstbestimmte Entscheidung treffen können, ist eine fundierte Informationsgrundlage unerlässlich.

Literatur

- Afgis e.V. – Aktionsforum Gesundheitsinformationssystem (o.J.). <https://www.afgis.de/> (11.01.2023).
- Berglas, N. F., Gould, H., Turok, D. K., Sanders, J. N., Perrucci, A. C. & Roberts, S. C. M. (2017). State-mandated (mis)information and women's endorsement of common abortion myths. *Women's Health Issues*, 27(2), 129–135. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.12.014>
- Böhm, M. (2020). Schwangerschaftsabbrüche. Entscheidungsprozesse und Erfahrungen mit psychosozialer und medizinischer Versorgung aus Sicht junger Frauen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 33(3), 125–133.
- Bomert, C., Hocks, P., Grotwinkel, B., Golomb, L. & Kudec, V. (2022). Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren. Ergebnisse eines partizipativen Praxisforschungsprojekts mit Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in der Region Stuttgart und der Universität Tübingen. Abschlussbericht. <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/135828> (22.09.2023).
- Brien, J. & Hallgarten, L. (2014). Support and counseling. In S. Rowlands (Hrsg.), *Abortion care* (S. 42–51). Cambridge: University Press.
- Busch, U. (2015). Vom individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema

- Abtreibung. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 13–40). Bielefeld: transcript.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2021). Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12 Reihe 3. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Publikationen/Downloads-Schwangerschaftsabbrueche/schwangerschaftsabbrueche-2120300217004.pdf?__blob=publicationFile (27.08.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2022). Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung. Statistisches Bundesamt. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html (22.09.2023).
- Doctors for Choice Germany e.V. (o.J.). Mehr als du denkst – weniger als du denkst. <https://www.mehralsdu denkst.org/> (20.03.2023).
- Döring, N. & Conde, M. (2021). Sexuelle Gesundheitsinformationen in sozialen Medien. Ein systematisches Scoping Review. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 64(11), 1416–1429.
- Döring, N. & Lehmann, S. (2022). Verhütungskommunikation in Sozialen Medien. Forschungsstand und praktische Konsequenzen. *pro familia magazin*, 3, 22–26.
- Forbes, M., Darney, B.G., Ramanadhan, S., Earp, M., Waldner-James, L. & Han, L. (2021). How do women interpret abortion information they find online? *Contraception*, 103(4), 276–281. 10.1016/j.contraception.2021.01.005.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BZgA.
- Holstorm, A.M. (2015). Sexuality education goes viral. What we know about online sexual health information. *American Journal of Sexuality Education*, 10(3), 277–294.
- Kavanaugh, M.L., Jerman, J. & Frothwirth, L. (2019). It's not something you talk about really: information barriers encountered by women who travel long distances for abortion care. *Contraception*, 100(1), 79–84.
- Kubitza, E. & Böhm, M. (2023). Informationen zur reproduktiven Gesundheit in digitalen Medien. Quantitative Inhaltsanalysen ausgewählter deutschsprachiger Websites zum Schwangerschaftsabbruch. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 36(4), 203–212.
- Koschorke, M. (2019). *Schwangerschaftskonflikte – Beratung in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Reilly, H.E. (2016). Abortion is an information issue. *The International Journal of Information Diversity & Inclusion (IIDI)*, 1(1), 1–15.
- Sanders, E., Achtek, K. & Jentsch, U. (2018). *Kulturkampf und Gewissen. Medizinethische Strategien der »Lebensschutz«-Bewegung*. Berlin: Verbrecher Verlag.
- Schweiger, P. (2015). Schwangerschaftsabbruch. Erleben und Bewältigen aus psychologischer Sicht. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 235–256). Bielefeld: transcript.
- Unger, H.v. (2014). *Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis*. Wiesbaden: Springer VS.
- van der Donk, C., van Lanen, B., Wright, M.T. & Löffelholz, A. (2014). *Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen*. Bern: Verlag Hans Huber.

Biografische Notizen

Maika Böhm, Dr. phil., Dipl.-Soz.päd., M. A. Gender und Arbeit, hat die Professur für Sexualwissenschaft und Familienplanung an der Hochschule Merseburg inne. In ihrer Forschung beschäftigt sie sich aktuell mit reproduktiver Gesundheit und Selbstbestimmung, insbesondere mit den Themen ungewollte Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Beratung. Zuletzt war sie Projektleitung der Studien »BeSPa: Beratung und Sexuelle Bildung während der Covid-19-Pandemie aus Sicht von Fachkräften« (2020–2023) und »ELSA: Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung. Teilprojekt: Psychosoziale Versorgung« (2020–2024). Zudem war sie Mitglied der Arbeitsgruppe 1 der von der Bundesregierung eingesetzten »Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin« (2023/24).

Christiane Bomert, Dr.ⁱⁿ phil., ist Akademische Rätin in der Abteilung Sozialpädagogik der Universität Tübingen. Sie forscht zur Professionalisierung beraterischer Organisationen (insbesondere in der § 219-StGB-Beratung), zu Care und Soziale Arbeit (aktuell leitend in einem Projekt zur Sozialpädagogischen Familienhilfe im Kontext der Coronapandemie) sowie zu sozialpolitischen bzw. geschlechterpolitischen Rahmungen Sozialer Arbeit. Hierbei nutzt sie verschiedene methodologische Ansätze wie die qualitative Interviewforschung, Diskursanalyse oder die partizipative Praxisforschung.

Eva Kubitza, M. A. Angewandte Sexualwissenschaft, Staatsexamen (Lehramt Germanistik und Grundschulpädagogik), promoviert aktuell an der Hochschule Merseburg zur digitalen Gesundheitskommunikation im Hinblick auf Schwangerschaftsabbrüche und war im Projekt ELSA (»Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung«, 2021–2024) als Wissenschaftliche Mitarbeiterin tätig. Darüber hinaus forscht sie an der Universität Potsdam für den Projektverbund »Digitalisierungsbezogene und digital gestützte Professionalisierung von Sport-, Musik- und Kunstlehrkräften« (DigiProSMK).

Konflikte in der Beratung oder Beratung als Konflikt

Abtreibung und die § 219-Pflichtberatung in Film und Fernsehen

Franzis Kabisch

Wenn Abtreibungen in fiktionalen Filmen und Serien inszeniert werden, bleiben gesellschaftliche und juristische Barrieren wie die § 219-Pflichtberatung oft ausgespart. Dies trägt zu einer Darstellung bei, nach der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland leicht zugänglich sind. Wenn Beratungsszenen hingegen in den Plot eingebaut werden, dient dies meist der emotionalen Konfliktbildung und geht auf Kosten der schwangeren Figur. Dieser Artikel untersucht ausgewählte Beratungsszenen wie auch die Rolle von Konflikt in Film- und Fernseh-Plots, um herauszufinden, welche Bilder der Pflichtberatung anhand welcher fiktionalen Mittel gezeichnet werden und inwiefern diese mit gesellschaftlich konstruierten Figuren und Konflikten zum Thema Abtreibung zusammenhängen.

1 Einleitung

»Also, wie sieht's aus? Ist alles gut gegangen bei deiner Beratung?«, fragt Thorsten Fechner die ungewollt schwangere Andrea Süsskind in der Vorabendserie *Marienhof*. Andrea antwortet: »Es war okay. Längst nicht so schlimm, wie ich es mir vorgestellt habe.« Sie atmet tief aus und fährt dann fort: »Trotzdem eine Erfahrung, auf die ich lieber verzichtet hätte.« Während sie zwei Gläser Wein einschenkt, fragt Thorsten, ob sie die »Genehmigung für die Abtreibung« erhalten habe. Andrea bejaht und die beiden stoßen an (Marienhof, 1998, 21:45–22:30). Weitere Details über die Beratung erfährt Thorsten nicht. Und auch den Zuschauer*innen bleibt verborgen, warum genau Andrea lieber darauf verzichtet hätte. Das Beratungsgespräch wurde nicht inszeniert, sondern fand *off screen* statt – eine Ellipse, die sich in den meisten der Abtreibungs-

narrative¹ im deutschen Film und Fernsehen finden lässt und die ich in diesem Artikel neben ausgewählten Beratungsszenen genauer untersuchen möchte.

Im Rahmen einer kulturwissenschaftlichen Promotion erforsche ich Darstellungen von Abtreibungen in zeitgenössischen, fiktionalen Filmen und Serien aus Deutschland und Österreich. Entgegen allgemeiner Vorstellungen, dass Abtreibungen als tabuisiertes Thema kein geeigneter Film- und Fernsehstoff sind, habe ich in einer umfassenden Archiv- und Datenbankenrecherche für den Zeitraum 1990 bis 2020 rund 450 Geschichten ausfindig machen können. Diese Zahl umfasst Narrative rund um den Entscheidungsfindungsprozess einer schwangeren Figur², Erwähnungen von zurückliegenden Abbrüchen, öffentliche Debatten des Themas ohne konkrete Schwangerschaft einer Figur oder Narrative rund um Gynäkolog*innen oder »Engelmacher*innen«, die Abbrüche durchführen. Der Großteil davon, nämlich knapp drei Viertel, beschäftigt sich mit Entscheidungsfindungsprozessen, zeigt also eine Geschichte, deren Ausgang zunächst offen ist und in der potenziell eine Beratungssituation stattfinden könnte. Ich definierte ein repräsentatives Sample von 114 Produktionen (ein Viertel des Gesamtkorpus), das ich sichtete und durch inhaltliche Codierungen (vgl. Sisson & Kimport, 2014; Promme & Linke, 2017) qualitativ und quantitativ auswertete. Hierbei interessierten mich die Darstellungen der Figuren und Figurenkonstellationen, der Entscheidungsfindungsprozesse, der Methoden und der Folgen eines Abbruchs. Auf formal-stilistischer Ebene konzentrierte ich mich auf den Einfluss von Kameraeinstellungen, Lichtstimmung, Schnitt und Tongestaltung in relevanten Szenen. Auf dra-

1 Ich verwende die Begriffe »Abtreibung« und »Schwangerschaftsabbruch« im Wechsel und ohne Hierarchisierung, da ich es wichtig finde, beide Begriffe (wieder) zu normalisieren. Meiner Ansicht nach sollte »Abtreibung« – wie Abtreibungen selbst – nicht tabuisiert, sondern positiv angeeignet und in Bezug zu seiner Nutzung in der feministischen Bewegungsgeschichte verwendet werden. In wissenschaftlichen Diskursen sind beide Begriffe geläufig. Zur Begriffsgeschichte von »Abtreibung« siehe Krolzik-Matthei (2019).

2 Obwohl das Thema Schwangerschaftsabbrüche nicht nur cis Frauen, sondern auch trans Männer, nicht-binäre und inter Menschen betrifft, spiegelt sich dies in den fiktiven Produktionen bisher nicht wider. Die schwangeren Charaktere sind ausschließlich Frauenfiguren. In meiner Besprechung der Filme und Serien werde ich daher meistens von Frauen oder »der Schwangeren« sprechen, aber sonst so oft wie möglich mit anderen Formulierungen variieren, um einem geschlechtsneutralen Schreiben und Denken über Schwangerschaftsabbrüche Raum zu geben.

maturgischer Ebene stand folgende Frage im Mittelpunkt: Wohin wird der Konflikt verlagert?

2 Die Rolle von Konflikten

In der Erzählform, die die westlichen Film- und Fernsehproduktionen dominiert, werden die Handlungen der fiktiven Charaktere durch ein Konfliktfeld bestimmt, das Spannung erzeugen und wieder auflösen soll (vgl. Mikos, 2015, S. 48; Hickethier, 2012, S. 117). Der Medienwissenschaftler Jens Eder spricht von einem »Netz von Handlungs- und Konfliktbeziehungen« (Eder, 2014, S. 721) und fasst den dramaturgischen Aufbau als »Dreiteilung Exposition-Konflikt-Auflösung« (Eder, 2007, S. 25) zusammen. Konflikte können unterschiedliche Formen annehmen, indem sie als innere Konflikte in einer Figur auftauchen, aber auch zwischen zwei oder mehreren Figuren, zum Beispiel als Dreiecksgeschichte oder Familienstreit. Es können Konflikte mit der Gesellschaft, mit Naturereignissen oder übermächtigen Kräften sein (vgl. Hickethier, 2012, S. 127; Eder, 2007, S. 33). Auch wenn diese Erzählstruktur von feministischen Filmemacher*innen immer wieder abgelehnt (vgl. Filme von u.a. Chantal Akerman, Trinh T. Minh-Ha, Helena Wittmann) und ihre Vormachtstellung wiederholt kritisiert wurde (vgl. hooks, 2009; Rich, 2013; Resetarits, 2018), haben sich westliche Sehgewohnheiten an eine konfliktorientierte Dramaturgie angepasst. Schwangerschaftsabbrüche sind in dieser Hinsicht ein optimaler Filmstoff, da auch ihnen gesellschaftlich, juristisch und wissenschaftlich eine Konflikthaftigkeit zugeschrieben wird (vgl. Franz, 2015, S. 258; Busch, 2015, S. 26f.; Helfferich, 2015, S. 66f.). Dies zeigt sich nicht nur in journalistischen Berichterstattungen oder persönlichen Erfahrungsprotokollen, die – unabhängig davon, ob sie für oder gegen Abtreibung argumentieren – häufig einen Aufhänger wählen, der die Konflikthaftigkeit des Themas betont, sondern auch in der Benennung und Etablierung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG), das die Schwangerschaftskonfliktberatung vorsieht. Die Pädagogin Jutta Franz merkt an: »Der Begriff Schwangerschaftskonfliktberatung suggeriert, es gehe vor allem um einen intrapersonellen persönlichen Konflikt der ungewollt schwangeren Frau, ob sie die Schwangerschaft austrägt oder nicht« (Franz, 2015, S. 260). Dabei gebe es, sowohl im Beratungskontext als auch aus psychologischer Sicht durchaus mehrere Konfliktebenen. Die Psychologin Petra Schwei-

ger unterscheidet in »*Wertkonflikte* auf der intra- bzw. interpersonalen Ebene« (Schweiger, 2015, S. 239f.; Hervorh. i. O.) und »*Informationskonflikte* (falsche oder ungenügende Informationen zum Abbruch) oder *Machtkonflikte* (gesetzlich vorgeschriebene Pflichtberatungen, Bedenkzeit und Wartefristen)« (ebd., S. 240; Hervorh. i. O.) auf der gesellschaftlichen Ebene.

In den deutschen und österreichischen Film- und Fernsehproduktionen tauchen Schwangerschaftskonflikte auf der gesellschaftlichen Ebene kaum auf. Anstatt die durchaus konfliktreiche Problematik von logistischen oder finanziellen Barrieren zu inszenieren, wird der Konflikt in der schwangeren Figur selbst oder in ihrem nahen Umfeld verortet. Solch eine Zentrierung auf intra- und interpersonelle Konflikte ist kein Phänomen der deutschsprachigen Film- und Serienlandschaft allein. Bei der Untersuchung englischsprachiger Produktionen mit Abtreibungsnarrativen konnten die Forscher*innen des US-amerikanischen Forschungsprogramms »Abortion Onscreen« an der University of California San Francisco eine ähnliche Gewichtung feststellen. Ihre Forschungsergebnisse machen deutlich: »[T]he majority of characters encounter few if *any* legal barriers to care, when in reality, the *majority* of abortion patients encounter a complex web of logistical and financial hurdles that dramatically alter, complicate, and delay abortion access« (Herold & Herold, 2021; Hervorh. i. O.; vgl. Herold & Sisson, 2020). Auch Barrieren aufgrund von Rassismus, Klassismus oder staatlichen Diskriminierungen sind in fiktionalen Welten unterrepräsentiert. Dies führt laut Herold et al. zu einer »flawed notion that abortion is primarily an interpersonal issue, instead of one rooted in complex systems of race, class, gender, immigration status, etc.« (Herold et al., 2022, S. 14).

Wenn fiktive Charaktere im Kontext eines Schwangerschaftsabbruchs Konflikte bewältigen müssen, ob intra- und interpersonell oder auch gesellschaftlich, würde es sich eigentlich anbieten, diesen Konflikten im Rahmen eines Beratungsgesprächs Raum zu geben. Aber wie eingangs erwähnt, werden Szenen mit Beratungen selten in den Plot aufgenommen. Selbst wenn diejenigen Filme und Serien ausgeklammert werden, deren Handlungen die § 219-Pflichtberatung ausschließen (Geschichten mit Handlungs-ort in Österreich, mit Handlungszeit vor der Gesetzesreform 1992 oder mit Abbrüchen aufgrund anderer Indikationsregelungen), bleibt eine beträchtliche Zahl von Produktionen im fiktiven Deutschland unserer Zeit, die die Beratungsregel überspringen. Im Folgenden möchte ich nun sowohl das Nicht-Zeigen als auch das Zeigen von Beratungsszenen anhand aus-

gewählter Beispiele genauer besprechen und in Bezug auf folgende Fragen diskutieren: Welche narratologische Funktion übernehmen die Beratungen in den Geschichten? Wie sind die Charaktere, der Raum und die Dialoge gestaltet? Welchen Einfluss haben die Beratungsgespräche auf die schwangeren Charaktere? Und welchen Einfluss könnten die Darstellungen auf die Zuschauer*innen haben, sprich, welches Bild wird von Beratungen allgemein gezeichnet?

3 Das Nicht-Zeigen von Beratungen

Dass für einen Schwangerschaftsabbruch ohne Indikationen in Deutschland ein Beratungsschein notwendig ist, wird in vielen Abtreibungsgeschichten nicht erwähnt. Dies kann verschiedene inhaltliche oder erzähltechnische Gründe haben. In der Serie *Hinter Gittern* (1997) muss die Insassin Vivi ihre Schwangerschaft vor der Gefängnisleitung verheimlichen, um den Mord an ihrem Vergewaltiger, einem Gefängniswärter, zu vertuschen. Vivis Freundin Walter und andere am Mord Beteiligte drängen sie zu einem Abbruch und besorgen ihr unter der Hand ein nicht weiter definiertes Abtreibungsmittel. Eine Beratung wird nicht in Anspruch genommen, weil der ganze Abbruch informell abläuft. Im Film *Evet, ich will* (2008) betrifft die Abtreibungsgeschichte eine Nebenfigur, Nursel, die auf Wunsch ihrer Eltern Emrah, eine der Hauptfiguren, heiraten soll. Nursels Geschichte findet in wenigen Szenen statt, in denen sie ihrem eigentlichen Freund Eric von ihrem Abtreibungswunsch erzählt, woraufhin Eric das Kennenlertreffen zwischen Nursels und Emrahs Familien sprengt und Nursel von ihrer Entscheidung abbringen kann. Da Nursel nur eine Nebenfigur ist, die eine limitierte Funktion in Emrahs Geschichte erfüllt, springt ihr Handlungsstrang von wesentlichen Erzählelementen wie Schwangerschaftstest zu »Ich hab' einen Termin gemacht und ich werd's abtreiben« (ebd., Min. 60) und lässt die Beratung aus erzählökonomischen Gründen aus. In anderen Geschichten wird die Beratungspflicht ebenfalls nicht erwähnt, aber symbolisch, zum Beispiel durch das Blättern durch Pro-familia-Broschüren angedeutet (*Lindenstraße*, 2008).

Wenn die Pflichtberatung hingegen benannt wird, geschieht dies oft in wenigen Sätzen. Die Erwähnung der Beratung dient in solchen Fällen oft dazu, die Haltung einer Figur zum Abbruch auszudrücken oder zu verfestigen (»Na ja, die haben 'ne Menge über Geld geredet und kinderfreie Be-

träge, aber ich will's ja nicht« in *Die Schule am See*, 2000, Min. 12). Oder sie bietet einen Gesprächsanlass über die Abtreibungsentscheidung, die zusätzliche Reibungen und Konflikte innerhalb der Figurenkonstellationen auslöst. Hier wird die Beratung oft mit der Entscheidung zum Abbruch gleichgesetzt, sprich, eine Ergebnisoffenheit der Beratung wird ausgeschlossen. In der Serie *Lena Lorenz* trifft die schwangere Anja beim Spaziergehen zufällig auf die Hebamme und Hauptfigur Lena. Sie erzählt, dass sie gerade von einem »Beratungsgespräch wegen Schwangerschaftsabbruch« komme. Lena schlussfolgert: »Dann hast du dich also entschieden« (*Lena Lorenz*, 2017, Min. 47). Und in *Unter uns* trifft die schwangere Sina vor einer Beratungsstelle ebenfalls zufällig auf eine Freundin, die schockiert äußert: »Hast du sie noch alle? Du willst abtreiben?« (*Unter Uns*, 2019, Min. 22). Das Aufsuchen einer Beratungsstelle fungiert in diesen Beispielen als eine Art Vor-Entscheidung, die den Abbruch immer mehr zur Tatsache werden lässt und die Anspannung des Konfliktfelds zwischen den Figuren weiter in die Höhe treibt.

An anderen Stellen gleicht die Erwähnung der Beratung mehr einer Art rechtlichen Absicherung. Charaktere erwähnen ein kommendes oder absolviertes Beratungsgespräch ohne erkennbaren dramaturgischen Grund. Es scheint, als ob es den Serien- oder Filmmacher*innen ein Anliegen war, den juristisch notwendigen Ablauf korrekt zu benennen. Gleichzeitig passiert es bei diesen Erwähnungen jedoch auch, dass den Charakteren und somit auch den Zuschauer*innen falsche Informationen gegeben werden. So werden Beratungsgespräche gelegentlich als freiwillige Option dargestellt. In der Scripted-Reality-Serie *Köln 50667* schlägt eine Gynäkologin der schwangeren Claudia, nachdem diese ihren Abtreibungswunsch äußert, eine Beratung vor: »Das ist die Telefonnummer von pro familia. Da kannst du einen Beratungstermin, ganz kurzfristig auch, bekommen. Das würde ich an deiner Stelle auf jeden Fall in Anspruch nehmen. Dass du dir auch ganz, ganz sicher bist« (*Köln 50667*, 2018, Min. 34). Beratungstermine werden zudem als leicht zugänglich dargestellt (»Nach meinem ersten Schock bin ich erstmal zu pro familia gelaufen. [...] Ich hatte Glück, es war gleich ein Termin frei« in *Unter Uns*, 2000, Min. 9). Manchmal werden sie aber auch als aufwendiger als nötig präsentiert. So klärt im Krimi *Ein Fall für zwei* ein Gynäkologe die Ermittler*innen über die Legalität von Abbrüchen auf und spricht dabei von Beratungsgesprächen im Plural: »In Deutschland nur bis zum Ende der zwölften Woche. Und unter ärztlicher Aufsicht. Und nach Beratungsgesprächen« (*Ein Fall für zwei*, 2019, Min. 40).

Auch wenn die Beratungsgespräche selbst in den meisten Fällen nicht gezeigt werden, werde ich dies nicht per se als Mangel. Hier schließe ich mich feministischen Studien visueller Kultur an, die Sichtbarkeit und Sichtbarkeitsforderungen kritisch hinterfragen und die Entstehungsbedingungen sowohl von Un- als auch Sichtbarkeit in den Fokus nehmen (vgl. Schaffer, 2008; Schade & Wenk, 2011). Statt Sichtbarkeit als etwas Positives und Unsichtbarkeit als etwas Negatives zu verstehen, müssten feministische Positionen eher untersuchen, wer oder was warum, wie, von wem und für wen (nicht) sichtbar wird (vgl. Treichler et al., 1998), wie auch differenzieren, wann Sichtbarkeit schaden und wann Unsichtbarkeit schützen kann (vgl. Wiedlack, 2022)³. Dass die simple Positiv-Negativ-Gegenüberstellung von Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit auch bei den Beratungsszenen kaum hilfreich ist, zeigt sich besonders in den Inszenierungen, die ich als Nächstes besprechen werde.

Ich konzentriere mich auf vier Darstellungen, die sich aufgrund von Veröffentlichungszeitraum, -ort und Figurenzeichnung gut vergleichen lassen: *Verbotene Liebe* (1995), *Lindenstraße* (1993), *Parfum* (2018) und *Familie Dr. Kleist* (2019) – alle wurden im öffentlich-rechtlichen Fernsehen ausgestrahlt. Bei der Auswahl interessierte mich in Bezug auf den Veröffentlichungszeitraum besonders, ob und wie die fiktionalen Darstellungen auf die parallel stattfindenden öffentlichen Debatten zur Abtreibungsgesetzgebung Anfang der 1990er und Ende der 2010er Jahre Bezug nahmen und eventuell sogar Stellung bezogen.

4 Das Zeigen von Beratungen

4.1 *Verbotene Liebe* – Beratung als Manipulation

In der Vorabendserie *Verbotene Liebe* (1995) wird die jugendliche Anna ungeplant von ihrem Freund Florian schwanger. Als sie ihrer konservativen Mutter die Neuigkeit beichtet, besteht diese darauf, dass Anna die Schwangerschaft fortsetzt, und spricht sich vehement gegen einen Abbruch aus: »Abtreibung? Kommt überhaupt nicht infrage« (E93,

3 Für eine weiterführende kritische Auseinandersetzung mit Sichtbarkeit und Unsichtbarkeit im Kontext Reproduktion, Visualisierungstechnologien und Abtreibungspolitikern siehe unter anderem Stabile (1998), Hartouni (1998) und Duden (1991).

Min. 1). Zwischen Anna und ihrer Mutter baut sich ein Konflikt auf, in dem die Mutter abtreibungsfeindliche Sprache und Symbolik verwendet und der schließlich darin mündet, dass sie Anna zu Hause einsperrt. Als diese durch den Stress fast eine Fehlgeburt erleidet, ändert die Mutter ihre Haltung und bietet ihr an, einen Beratungstermin auszumachen, wohlwissend, dass sich Anna einen Abbruch wünscht. Am Tag des Termins ist Anna genervt, dass sie überhaupt zu einer Beratung muss, nennt es »Gelaber« und betont, dass sie ja schon wisse, was sie wolle (E101, Min. 3–3:45).

Die Beratungsszene ist in zwei Teile geteilt, die durch die parallellaufenden Handlungsstränge anderer Figuren unterbrochen werden. Im ersten Teil werden Anna und ihre Mutter von der Beraterin herzlich empfangen. Sie bittet Annas Mutter, die beiden allein zu lassen, fragt dann Anna, was sie wirklich fühle, und versichert ihr glaubhaft: »Du triffst ganz allein die Entscheidung. Und ich werd' dir dabei helfen, ja?« (E101, Min. 9). Das visuelle Erscheinungsbild der Beraterin und die Ausstattung des Beratungszimmers lassen jedoch bereits eine weniger unvoreingenommene Haltung erahnen. Die Beraterin ist circa 40 bis 50 Jahre alt, konservativ gekleidet mit Rock, Bluse und Weste in den Farben Weiß und Braun, trägt eine Hochsteckfrisur und eine Brille. An den Wänden hängen mehrere Poster mit Fotos von kleinen Kindern, Babys oder baby-ähnlichen Föten neben Sprüchen wie »Du bist das Leben wert!« oder »Abtreibung ist nicht nur eine Sache zwischen Frau und Arzt« – eine Anspielung auf das US-amerikanische Verfassungsgerichtsurteil *Roe v. Wade*, das Schwangerschaftsabbrüche 1973 auf Basis des »Rechts auf Privatheit« legalisierte (Berghahn, 2015, S. 179).

Im zweiten Teil der Beratungsszene (E101, Min. 12:30–14) erzählt Anna von ihren »chaotischen« Lebensumständen und wirkt überfordert. Die Beraterin nutzt Annas emotionalen Zustand aus und versucht ihr einzureden, sie solle sich mit der Entscheidung noch mehr Zeit nehmen: »Natürlich kannst du das Kind abtreiben, aber denk daran, dass es eine endgültige Entscheidung ist. [...] Und mit dieser Entscheidung musst du dann dein ganzes Leben lang fertigwerden. Ich glaube, du brauchst jetzt Zeit zum Nachdenken.« Als Anna irritiert anmerkt, dass die Frist aber bald ablaufe, legt die Beraterin nach: »Das ist aber noch lange kein Grund unüberlegt zu handeln. Denk daran, wenn du dich einmal für eine Abtreibung entschieden hast, dann ...« Anna setzt noch zwei weitere Male an, dass sie keine Zeit mehr habe, aber die Beraterin geht auf diese berechnete



Abb. 1: Still aus *Verbotene Liebe*: Die Beraterin und Anna im Gespräch. Im Hintergrund hängt ein Plakat mit Fötus-Abbildung.

Sorge nicht ein, sondern drängt, dass Anna sich ihre Zeit für die Entscheidung nehme – obwohl diese Entscheidung durch das Verstreichen der Frist unmöglich würde.

In der anschließenden Szene beschwert sich Anna bei ihrem Freund und dessen großer Schwester über die Beraterin. Sie vermutet, dass ihre Mutter sich vorher mit der Beraterin abgesprochen habe. Dies streitet die Mutter später zwar ab, aber es wird deutlich, dass sie Anna – wissentlich oder unwissentlich – nicht zu einer staatlich anerkannten Beratungsstelle gebracht hat. Auf die Frage der Mutter, ob Anna die Bescheinigung bekommen habe, antworte Anna verwundert: »Was denn für 'ne Bescheinigung?« (E101, Min. 20). Während Annas Mutter die klassische Antagonistin personifiziert, die Abtreibung mit Mord gleichsetzt, stellt die Schwester von Annas Freund, Susanne, das entsprechende, feministische Gegenstück dar. Sie klärt Anna auf, dass es »noch andere Beratungsstellen« gebe (E101, Min. 14) und verspricht ihr, sofort die nötigen Informationen herauszusuchen. Nur ein paar Szenen später konfrontiert Anna ihre Mutter sauer damit, dass sie bei einer »echten Beratung« war

und jetzt wisse, dass niemand sie zwingen könne, das Kind zu behalten (E101, Min. 22). Ihr Abtreibungswunsch ist wieder gefestigt, aber wie es dazu gekommen ist, wird ausgespart, denn diese Beratung findet *off-screen* statt.

In Annas Geschichte werden zwei Beratungserfahrungen gegenübergestellt, inszeniert wird aber nur die, die Anna in eine unangenehme Situation bringt. Die Beraterin repräsentiert durch Aussehen und Gesprächsführung eine konservative Haltung, die durch die Inneneinrichtung des Zimmers noch unterstrichen wird. Das Beratungsgespräch verunsichert Anna und bildet eine Barriere auf dem Weg zum Schwangerschaftsabbruch, da es Anna in ihrer Entscheidung aufhält statt ihr zu helfen. Nur dank Susannes Hilfe bleibt sie handlungsfähig. Annas Beratungsoydissee und ihr Unwissen über den Beratungsschein deuten auf eine Unklarheit hin, die Anfang bis Mitte der 1990er Jahre in der Abtreibungspolitik der Bundesrepublik herrschte.⁴

4.2 *Lindenstraße* – Kritik an der Beratungsregel

Eine andere Darstellung aus den frühen 1990er Jahren, genauer 1993, geht explizit und auch kritischer auf die politischen Entwicklungen zu der Zeit ein. Nachdem die 15-jährige Iffi in *Lindenstraße* feststellt, dass sie schwanger ist, ist die Beratungsstelle die erste Adresse, die sie aufsucht. Die Beraterin und der Raum vermitteln hier eine ganz andere Atmosphäre (*Lindenstraße*, 1993, Min. 4:15–6:45). Die junge Beraterin trägt ihre schulterlangen Haare offen und mit einem Stirnband, dazu ein locker sitzendes Jeanshemd und Leggings. Das Beratungszimmer gleicht einem schlichten Büro mit modernen IKEA-Möbeln. An den Wänden reihen sich Aktenordner und Bücher, teils auch Gesetzesbücher, aneinander, aber keine Poster.

Im Gespräch entschärft die Beraterin Iffis Sorgen, gibt genaue Informationen zum gesetzlich vorgeschriebenen Ablauf und kommentiert die aktuellen Veränderungen nach »dem Urteil von Karlsruhe«: »Also, ein Schwangerschaftsabbruch gilt jetzt als rechtswidrig, ist aber nicht strafbar.

4 Für eine detaillierte Darstellung der Gesetzesreform Anfang der 1990er Jahre vgl. Busch (2015), Berghahn (2015), von Behren (2019); siehe auch den Beitrag von Chiofalo & Schmid in diesem Band.



Abb. 2: Still aus *Lindenstraße*: Die Beraterin und Iffi im Beratungszimmer

Mit dem Wort rechtswidrig wollen sie dich wohl moralisch verpflichten, das Kind auszutragen.« Und: »Ich muss dir alle Möglichkeiten der staatlichen Hilfe aufzeigen, die für dich als werdende Mutter infrage kämen.« Indem sie die staatlichen Verpflichtungen transparent benennt und sich kritisch davon abgrenzt (»wollen *sie* dich wohl moralisch verpflichten«; Hervorh. F.K.), schafft sie eine Vertrauenssituation, in der Iffi frei über ihren Abtreibungswunsch reden kann. Sie ist sich sicher und braucht lediglich Informationen, wie sie weiter vorgehen kann.⁵ Aber bevor die Be-

⁵ Kritik an der Gesetzesreform wird auch von zwei Charakteren in der Serie *Frauenarzt Dr. Markus Merthin* (1995, S01E09, Min. 9–15) geübt. So beschwert sich nicht nur eine junge Frau auf dem Flur der Beratungsinstitution über das soeben hinter sich gebrachte Gespräch: »Wie komm ich dazu, denen da drin alles von mir zu erzählen! [...] Nee, es gibt wirklich Grenzen. Hab' ich eben gar nichts mehr gesagt, finito.« Auch die Beraterin selbst äußert sich in der nächsten Szene kritisch zu ihrer Funktion: »Frau Zühlke, mir gefällt doch diese ganze Peinlichkeit auch nicht. Die Prozedur ist leider vorgeschrieben. Ich hab' das Gesetz nicht gemacht, Sie haben es nicht gemacht, aber wir leben in einer Demokratie.« Und: »Sagen Sie selbst, welche Argumente für das ungeborene Leben soll ich Ihnen gegenüber noch anführen, Sie haben ja schon drei Kinder. [...]«

ratungsszene reibungslos zu Ende geht, wird ein neuer Konflikt eingeführt: Die Beraterin informiert Iffi, dass sie die Einverständniserklärung eines Elternteils braucht, was die Jugendliche vor Probleme stellt. Sie hat bisher niemandem von der Schwangerschaft erzählt, auch ihrem Freund nicht. Die Beraterin schlägt jetzt einen weniger unterstützenden Ton an und bringt Iffi ebenfalls in eine moralische Verpflichtung: »Er ist immerhin der Vater des Kindes, er hat ein Recht es von dir zu erfahren.« Die Konflikthaftigkeit wird durch den Einsatz dramatischer Musik, einen Kamera-Zoom auf Iffis Gesicht und weitere Nahaufnahmen, die mit jeder Einstellung näher heranrücken, verstärkt.



Abb. 3: Still aus *Lindenstraße*: Die Nahaufnahme von Iffis Gesicht betont ihren inneren Konflikt.

Hier wird angedeutet und zugleich eingeleitet, was Iffis Geschichte im Weiteren auszeichnen wird: eine Auseinandersetzung mit Freund und Familie, in der Iffi das Gefühl hat, dass über ihren Kopf hinweg entschieden wird, und die letztlich darin endet, dass Iffi die Schwangerschaft fortsetzt. Die Beratung selbst wird nicht weiter thematisiert.

4.3 Zeigen von Beratung – Zwischenzusammenfassung

In beiden Inszenierungen wird durch die Beratungsszene ein Konflikt etabliert oder verschärft. Weder für Anna noch für Iffi führt die Beratung weiter zum ursprünglich gewünschten Ziel, dem Schwangerschaftsabbruch, obwohl beide diesen Wunsch vor oder in dem Gespräch klar äußern. Anna wird verunsichert, auf eine falsche Fährte geleitet, erhält keinen Beratungsschein und wird auch nicht darüber aufgeklärt, dass sie einen benötigt. Sie entscheidet sich trotz »echte[r] Beratung« (*Verbotene Liebe*, 1995, E101, Min. 22) schließlich gegen einen Abbruch, nachdem sie den Kinderwunsch ihres Freundes spürt. Iffi erhält zwar den Schein und entsprechende Informationen zum Ablauf, wird aber auf die Notwendigkeit einer Unterschrift und den emotionalen Druck, ihrem Freund von der Schwangerschaft zu erzählen, gestoßen. Während das Beratungsgespräch für Anna eine Barriere darstellt, die sie nur dank der Hilfe Susannes umgehen kann, stellt die Beratung für Iffi lediglich eine Hürde oder einen »Stressor« (Franz, 2015, S. 263) dar, die sie allein überwinden kann.

4.4 Parfum – Beratung als Konfrontation

Die Konflikthaftigkeit der Beratung blieb auch nach Anfang der 1990er als Erzählmuster bestehen. Hier lohnt sich die Betrachtung zweier Darstellungen aus den Jahren 2018 (*Parfum*) und 2019 (*Familie Dr. Kleist*) – ein Zeitraum, in dem die Abtreibungsparagrafen, vor allem § 219a, dank anhaltender feministischer Bemühungen wieder in den Fokus öffentlicher Debatten rückten.

In *Parfum*, einer Miniserie mit sechs Folgen, ist die Ermittlerin Nadja Simon nach einer Affäre mit dem Staatsanwalt Grünberg, mit dem sie zusammen an der Aufklärung einer Mordserie arbeitet, schwanger. Simon ist eine toughe und ehrgeizige Frau, die selbstbewusst auftritt und 16 Stunden am Tag arbeitet. Ihre Schwangerschaft bildet zunächst einen Subplot, rückt aber gegen Ende der Serie immer mehr in den Vordergrund. Während sich Simon durch die Schwangerschaft eine Zukunft mit Grünberg erhofft, will dieser aufgrund seiner schon bestehenden Ehe mit Kindern keine zweite Familie mit ihr gründen. Er sichert zwar Unterstützung bei egal welcher Entscheidung zu, gibt Simon aber mehrmals zu verstehen, dass er einen Abbruch bevorzugen würde. So macht er ihr zum Beispiel einen Termin für die

Schwangerschaftsberatung aus, woraufhin sie sauer entgegnet: »Da geht man nicht hin, um sich beraten zu lassen. Da kriegt man den Schein für die Abtreibung« (Parfum, 2018, E05, Min. 28). Simons Entscheidung für oder gegen einen Abbruch schwankt und steht in Relation zu ihrer Hoffnung, doch noch eine feste Beziehung mit Grünberg beginnen zu können. Nachdem dieser sich endgültig von ihr trennt, ist sie in der Beratungsszene (E06, Min. 22:15–24:15) dementsprechend gefestigt in ihrem Wunsch abzutreiben. Der Beraterin frontal gegenüberstehend fordert sie bestimmt: »Ich will diesen Schein!« Simon wirkt in dieser Szene gebrochen und verletzt, aber präsentiert nach außen eine harte Fassade. Die Beraterin ist von ihrer Bestimmtheit zunächst nicht beeindruckt und versucht das Gespräch in eine andere Richtung zu lenken. Sie fragt Simon nach Möglichkeiten der Unterstützung im Umfeld und, ob sie das Kind nicht eigentlich doch haben möchte. Je weniger die Beraterin auf Simons Wunsch eingeht, desto drastischer werden Simons Worte, Körpersprache und Argumente. Um ihrem Wunsch endlich Gehör zu verschaffen, konfrontiert Simon die Beraterin demonstrativ mit alten Narben und erzählt eine traumatische Geschichte aus ihrer Kindheit, in der sie von ihrer alleinerziehenden Mutter vernachlässigt wurde. Die Gegenüberstellung der beiden Frauen zeigt sich auch im räumlichen Aufbau der Szene. Sie sitzen einander mit großer Distanz frontal gegenüber – an einem großen Tisch in der Mitte des Beratungszimmers, das einem schlichten Büro ähnlich eingerichtet ist. Abwechselnde Schnitte auf beide Figuren (Schuss-Gegenschuss-Schnitte) verstärken die Konfrontation der beiden.



Abb. 4: Still aus *Parfum*: Der Konflikt zwischen Beraterin und Nadja Simon wird durch die räumliche Distanz der beiden unterstrichen.

Eine gelb-braun-düstere Lichtstimmung, die die gesamte Ästhetik der Miniserie prägt, sticht in dieser Szene besonders hervor und weckt Assoziationen von Ekel und Unwohlsein. Insgesamt vermittelt die Szene ein unangenehmes Gefühl. Die Beraterin fungiert nicht als helfende, sondern behindernde Figur (vgl. Eder, 2014, S. 271) und steht Simons Abtreibungswunsch im Weg. Simon scheint aber ebenfalls zur Antagonistin ihrer selbst geworden zu sein, lässt sie doch ihren zuvor demonstrierten Kinderwunsch nicht mehr zu. Die Enthüllung ihrer Hintergrundgeschichte zeigt eine neue Seite der Figur und unterstreicht die Wesensveränderung, die sie innerhalb der Serie durchmacht. Gegen Ende bindet sie Grünberg durch manipulative Tricks dann doch an sich. Ob sie die Schwangerschaft fortsetzt oder abbricht, bleibt offen.

Die Beraterin in *Parfum* nimmt durch ihre konfrontative Gesprächsführung, unterstützt durch die stilistischen Mittel, eine antagonistische Funktion ein, die Simons Entscheidung erschweren soll. Die Begegnung der beiden könnte aber auch anders interpretiert werden. Da Nadja Simon ihren vorherigen Schwangerschafts- bzw. Beziehungskonflikt nicht mehr artikuliert, sondern eine neue Härte zeigt, könnte das Handeln der Beraterin auch darauf zurückgeführt werden, dass sie Simons eigentliche Motive erkannt habe, nämlich dass ihr Abtreibungswunsch lediglich eine Reaktion auf die Trennung von Grünberg ist. In diesem Fall würde die Beraterin Simon vor einer falschen Entscheidung und somit vor sich selbst retten. Dies entspricht einer Figuration, die in der Forschung zu gesellschaftlichen Abtreibungsnarrativen schon mehrfach als problematisch herausgearbeitet wurde: die schwangere Person, die eigentlich gar nicht abtreiben möchte, sondern sich durch äußere oder innere Umstände dazu gezwungen sieht. So hat unter anderem die Sozialwissenschaftlerin Cornelia Helfferich am Beispiel von empirischen sozialwissenschaftlichen Studien der späten 1970er Jahre gezeigt, wie Frauen mit Abtreibungswunsch nach der Reform von § 218 in der BRD psychopathologisiert wurden. Der Abbruch wurde nur als »Versuch einer Konfliktlösung« und der eigentliche Konflikt als Resultat schwieriger Kindheitserfahrungen, Neurosen oder anderer psychischer Probleme gedeutet (Helfferich, 2015, S. 68). Auch die Genderforscherin Erica Millar machte durch eine Analyse von Publikationen öffentlicher Kampagnen in Australien der 1970er Jahre deutlich, wie Frauen mit Abtreibungswunsch mehr als Opfer ihrer Umstände denn als autonom entscheidende Subjekte dargestellt wurden (Millar, 2017, S. 61). Diese Darstellung erlaubte es damals, *gegen* restriktive Abtreibungsgesetze zu ar-

gumentieren, wird von Millar in parlamentarischen Debatten der 2000er jedoch auch als Argumentation *für* Restriktionen gefunden. Sie fasst hier zusammen:

»The idea that women have abortions against their true wishes or best interests is a salient feature of transnational abortion politics and allows opponents to argue for restrictions on abortion on the basis that they are actually helping women make the right choice« (ebd., S. 126).

4.5 *Familie Dr. Kleist* – Beratung als Hilfe und als Gefahr

Im letzten Serienbeispiel, das ich besprechen möchte, lässt sich diese Darstellung einer schwangeren Figur, die gegen ihre eigenen Interessen handelt, ebenfalls vorfinden und entspricht deutlicher als bei *Parfum* einem klassischen Helfer-Narrativ. In *Familie Dr. Kleist* (2019, S08E14–E16) sucht die verzweifelte Simone Tümmler (eine Episodenfigur) die Gynäkologin Dr. Tanja Ewald (Hauptfigur und Lebensgefährtin des titelgebenden Dr. Kleist) in ihrer Praxis auf. Während des Gesprächs ahnt Dr. Ewald, dass Frau Tümmler nicht wirklich abtreiben möchte, wie sie zunächst äußert, sondern eigentlich nur verhindern möchte, neben ihrer Tochter ein zweites Kind in die Sekte zu bringen, in der sie Mitglied ist. Sie gibt Frau Tümmler die Adresse einer Beratungsstelle und kommt deren Wunsch, direkt von ihr beraten zu werden, nicht nach: »[W]ir sind [...] keine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle, das heißt, ich darf Sie zum Thema Abtreibung nicht beraten« (*Familie Dr. Kleist*, 2019, E14, Min. 9). Sie betont darüber hinaus den Sinn des Beratungsgesprächs: »Es geht darum, Ihnen bei Problemen zu helfen, die möglicherweise der Grund sind, warum Sie abtreiben möchten. Es ist ein Hilfsangebot« (ebd., Min. 10). Frau Tümmler wird als unsichere, in sich gekehrte Frau dargestellt. Sie hat eine gekrümmte Körperhaltung und spricht mit leiser Stimme.

Damit entspricht sie einem anderen Typus als dem der toughen *Parfum*-Ermittlerin Nadja Simon; die Darstellungen der Frauen ähneln sich aber, indem beide als antagonistisch zu sich selbst handelnd gezeichnet werden. Der Abtreibungswunsch beider Charaktere wird von Beraterin bzw. Ärztin infrage gestellt und als vorgeschobene Konfliktlösung aufgefasst, deren Gründe im Rahmen einer Beratung aufgedeckt werden sollen. Aber bevor es bei Frau Tümmler überhaupt zur Beratung kommen kann, ändert sie ihre



Abb. 5: Still aus *Familie Dr. Kleist*: Nahaufnahme von Frau Tümmler mit gesenktem Blick

Meinung. Sie bricht die Schwangerschaft nicht ab, sondern wendet sich, unterstützt durch Dr. Ewald, an ein Sektenausstiegsprogramm und taucht unter. Sie bedankt sich noch einmal glücklich bei der Gynäkologin, deren ursprüngliche Vermutung über Tümmlers Abtreibungswunsch somit bestätigt wird.

Der beratungsrelevante Handlungsstrang hört an dieser Stelle jedoch nicht auf, denn Tümmlers Freund, Roland Falke, der ein hohes Mitglied der Sekte ist, will sich an Tanja Ewald für die Loslösung seiner Freundin und der Tochter rächen. Er klagt Ewald wegen »unerlaubte[r] Werbung und Information zu Schwangerschaftsabbrüchen« an (ebd., E15, Min. 16). Ewalds Praxis wird von einem Staatsanwalt durchsucht und nicht nur sie, sondern auch ihre Kolleg*innen der Gemeinschaftspraxis fürchten um den Verlust ihrer Approbation und damit ihrer Existenzgrundlage. Flyer in der Praxis und eine Internetseite, auf denen für Abbrüche geworben wird, spitzen die Lage für Ewald zu, werden aber schließlich als gefälscht entlarvt. Nachdem der Schwangerschaftskonflikt Tümmlers gelöst wurde, fokussiert sich die Erzählung nun auf einen neuen Konflikt: die unrechtmäßige Behandlung Ewalds aufgrund des vermeintlichen Beratungsverbots. Wie zuvor von Ewald erwähnt (»ich darf Sie zum Thema Abtreibung nicht beraten«), wiederholt sie jetzt mehrfach, dass sie Frau Tümmler gar nicht beraten habe und es dementsprechend keine Grundlage für die Klage gebe. Mit Blick auf den Veröffentlichungszeitraum der drei Folgen (Februar 2019) lässt

sich diese Geschichte als direkte Bezugnahme auf den Prozess gegen die Gießener Ärztin Kristina Hänel aufgrund des »Werbens« für Schwangerschaftsabbrüche deuten. Eine mögliche, indirekt angelegte Kritik an § 219a StGB und seinem Einfluss auf schwangerschaftsabbrechende Gynäkolog*innen wird hier jedoch durch die Falschdarstellung des Abtreibungsgesetzes überschattet. So wird nämlich nicht erwähnt, dass Dr. Ewald, die zudem gar keine Abbrüche durchführt, ihre Patientin selbstverständlich hätte beraten können – auch wenn dieses Gespräch für einen Beratungsschein juristisch nicht ausreichend gewesen wäre. Stattdessen wird das bloße Beraten bei Schwangerschaftskonflikten als höchst illegal dargestellt. Insgesamt wird in den drei *Kleist*-Folgen ein Bild der Pflichtberatung gezeichnet, das diese zwar als relevant, aber auch als riskant darstellt: relevant dafür, dass der »falsche« Abtreibungswunsch aufgedeckt wird, und riskant, weil ein beratendes Wort zu viel die Gynäkologin auf die Anklagebank führen könnte.⁶ Die Leidtragende ist in diesem Fall nicht die schwangere Figur selbst, die sich wie in den vorherigen Beispielen durch ein mehr oder weniger unangenehmes Beratungsgespräch navigieren muss, sondern die Ärztin – zumindest bis zum Happy End der Staffel, in dem Roland Falke verhaftet und die mittlerweile zwei Klagen gegen Ewald fallen gelassen werden.

5 Conclusio

Obwohl sich die Beratungsthematiken durchaus voneinander unterscheiden, lassen sich fast alle der besprochenen Handlungsstränge als eher unangenehme Erfahrungen für die schwangeren Charaktere bzw. die Gynäkologin zusammenfassen. Die Beratungsszenen werden nicht verwendet, um einen bestehenden Konflikt zu lösen, sondern um einen Konflikt neu einzuführen oder zu verschärfen. Vor dem Hintergrund konfliktorientierter Erzählstrukturen in Film und Fernsehen scheint dies nachvollziehbar und vielleicht auch notwendig. Hervorzuheben ist aber, dass diese Konflikte in fast allen Fällen auf Kosten der schwangeren Figur gehen. Dies wird zum Beispiel darin deutlich, dass sie sich im Beratungssetting rechtfertigen müssen, falsche Informationen erhalten, von ihrem Abtreibungs-

6 Im Gegensatz zur Darstellung der rechtlich riskanten Beratung ist eine Aufklärung zum Abbruch laut »S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon« (AWMF, 2023) sogar ausdrücklich ärztlicher Auftrag.

wunsch abgebracht oder als nicht glaubhaft dargestellt werden. Auch die Tatsache, dass einer negativen Beratungserfahrung mehr Raum gegeben wird als einer positiven (wie bei Anna in *Verbotene Liebe*), zeigt, dass die dramaturgische Spannung durch Belastungen statt durch Emanzipation der schwangeren Charaktere kreiert wird. Wenn die Beratungsszene verwendet wird, um die gesetzliche Belastung anzuerkennen und Kritik an der Beratungsregelung zu äußern (wie bei Iffi in *Lindenstraße*), geschieht dies nicht, ohne dass eine weitere Problematik eingeführt wird.

Insgesamt wird ein Bild der Pflichtberatung geschaffen, das wenig Vertrauen erweckt. Neben den Beratungsszenen geschieht dies auch durch die beiläufigen Erwähnungen, die Zuschauer*innen im Unklaren lassen, ob Beratungen nun freiwillig, leicht erhältlich, reich an Barrieren oder eine Erfahrung sind, auf die »lieber verzichtet« wird. Viele dieser Darstellungen lassen sich zwar auch auf künstlerische Freiheiten oder erzähltechnische Notwendigkeiten zurückführen, aber in der Reihung der Szenen, Erwähnungen und Auslassungen wird ein Muster deutlich, das einzelne Entscheidungen als strukturelle Wiederholungen herausstellt, laut Sisson und Kimport »the politics of depicting abortion« (Sisson & Kimport, 2016, S. 450). Natürlich könnte die insgesamt abschreckende Darstellung der Beratung auch als Kritik an der Gesetzgebung gewertet werden, vor allem, wenn die Beratung von den schwangeren Charakteren als unnötig bezeichnet oder die Kritik durch die Berater*innen selbst formuliert wird. Auch die Inszenierung der Beratungen als unangenehme Situation, in der die schwangeren Charaktere abtreibungsfeindlichen Argumenten und Bildern ausgeliefert sind, könnte eine Kritik am Pflichtcharakter ausdrücken. Aber vor dem Hintergrund, dass die Charaktere in vielen der Fälle nicht als autonome Entscheidungsträger*innen dargestellt werden und der ursprüngliche Abtreibungswunsch verworfen wird, scheint mir die Dramatik der Beratung eher der Konfliktsteigerung zu dienen, bei der die schwangeren Charaktere zum Spielball werden und das Thema Abtreibung als Cliffhanger dient. Die wenigen gesellschaftskritischen Elemente, die 1993 und 1995 noch inszeniert wurden – eine schwangere Jugendliche, die sich über die Beratung beschwert, die Unterscheidung zwischen »falschen« und »echten« Beratungsstellen, Berater*innen, die die Gesetzgebung im Rahmen der Beratung kritisieren – blieben in den letzten Jahren unsichtbar und unbenannt. Stattdessen wurde die Gesetzeslage (in *Kleist*) sogar so überdramatisiert und damit in gewisser Weise »überillegalisiert«, dass die Beratungsbedingungen noch restriktiver und riskanter als nötig erscheinen.

All diese (Nicht-)Darstellungen fördern nicht nur ein ungenaues Bild von Abtreibungen in Deutschland, sondern sind auch eine verpasste kreative Chance – schließlich bringen die Darstellungen von Barrieren auch »rich narrative opportunities« (Sisson & Kimport, 2017, S. 67). Statt Beratungen als Stresstest für die schwangere Figur zu inszenieren, könnten sie als Bonding-Moment zwischen Berater*in und Beratener genutzt werden oder Raum für ein kritisches Gespräch über das aktuelle Gesetz schaffen. Es könnten Berater*innen geskriptet werden, die selbst ungewollt schwanger sind und eine Lösung suchen, Ärzt*innen, die gegen Fake-Beratungsstellen protestieren, oder Aktivist*innen, die aus politischer Überzeugung Beratungsscheine fälschen. Mögliche Konfliktfelder gibt es viele, die Frage ist nur, auf wessen Kosten sie gehen.

Literatur

- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2023). S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-094> (26.06.2024).
- Behren, D.v. (2019). Kurze Geschichte des Paragraphen 218 Strafgesetzbuch. *ApuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte*, 69(20), 12–19.
- Berghahn, S. (2015). Weichenstellungen in Karlsruhe. Die deutsche Reform des Abtreibungsrechts. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 163–192). Bielefeld: transcript.
- Busch, U. (2015). Vom individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Abtreibung. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 13–40). Bielefeld: transcript.
- Duden, B. (1991). *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*. Hamburg u. Zürich: Luchterhand Literaturverlag.
- Eder, J. (2007). *Dramaturgie des populären Films. Drehbuchpraxis und Filmtheorie*. Hamburg: LIT.
- Eder, J. (2014). *Die Figur im Film. Grundlagen der Figurenanalyse*. Marburg: Schüren.
- Franz, J. (2015). Beratung nach § 218 StGB. Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 257–278). Bielefeld: transcript.
- Hartouni, V. (1998). Fetal exposures. Abortion politics and optics of allusion. In P.A. Treichler, L. Cartwright & C. Penley (1998). *The visible woman. Imaging technologies, gender, and science* (S. 198–216). New York: New York University Press.
- Helfferich, C. (2015). Schwangerschaftsabbruch und empirische Forschung. Zur gesellschaftlichen Konstruktion eines Forschungsgegenstands im Schatten moralischer Diskurse. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 61–82). Bielefeld: transcript.
- Herold, L. & Herold, S. (2021). Increased visibility, increasing restrictions. Abortion on

- TV. <https://lareviewofbooks.org/article/increased-visibility-increasing-restrictions-abortion-on-tv/> (16.03.2023).
- Herold, S. & Sisson, G. (2020). Abortion on American television. An update on recent portrayals, 2015–2019. *Contraception*, 102(6), 421–423. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.08.012>
- Herold, S., Sisson, G. & Sherman, R.B. (2022). »I can't believe your mixed ass wasn't on the pill!«. Race and abortion on American scripted television, 2008–2019. *Feminist Media Studies*, 22(4), 932–948. <https://doi.org/10.1080/14680777.2020.1856908>
- Hickethier, K. (2012). *Film- und Fernsehanalyse*. 5. Aufl. Berlin: Springer.
- hooks, b. (2009). Back to the avant-garde. The progressive vision. In dies., *Reel to real. Race, sex and class in the movies* (S. 123–135). New York: Routledge.
- Krolzik-Matthei, K. (2019). Abtreibungen in der Debatte in Deutschland und Europa. *ApuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte*, 69(20), 4–11.
- Mikos, L. (2015). *Film- und Fernsehanalyse*. 3. überarb. u. aktual. Aufl. Konstanz u. München: UVK.
- Millar, E. (2017). *Happy abortions. Our bodies in the era of choice*. London: Zed Books.
- Prommer, E. & Linke, C. (2017). Codierung. In L. Mikos & C. Wegener (Hrsg.), *Qualitative Medienforschung* (S. 447–457). Konstanz u. München: UVK.
- Resetarits, K. (2018). Die Strukturschablone des plotzentrierten Films, ihre Limitierungen und Auswirkungen. Vortrag im Drehbuchforum Wien. <http://www.drehbuchforum.at/archiv/audio> (25.11.2020).
- Rich, B.R. (2013). *New queer cinema. The director's cut*. Durham: Duke University Press.
- Schade, S. & Wenk, S. (2011). *Studien zur visuellen Kultur. Einführung in ein transdisziplinäres Forschungsfeld*. Bielefeld: transcript.
- Schaffer, J. (2008). *Ambivalenzen der Sichtbarkeit. Über die visuellen Strukturen der Anerkennung*. Bielefeld: transcript.
- Schweiger, P. (2015). Schwangerschaftsabbruch. Erleben und Bewältigen aus psychologischer Sicht. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 235–256). Bielefeld: transcript.
- Sisson, G. & Kimport, K. (2014). Telling stories about abortion. Abortion-related plots in American film and television, 1916–2013. *Contraception*, 89(5), 413–418. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.12.015>
- Sisson, G. & Kimport, K. (2016). Facts and fictions. Characters seeking abortion on American television, 2005–2014. *Contraception*, 93(5), 446–451. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2015.11.015>
- Sisson, G. & Kimport, K. (2017). Depicting abortion access on American television, 2005–2015. *Feminism & Psychology*, 27(1), 56–71. <https://doi.org/10.1177/0959353516681245>
- Stabile, C. (1998). Shooting the mother. Fetal photography and the politics of disappearance. In P.A. Treichler, L. Cartwright & C. Penley (1998). *The visible woman. Imaging technologies, gender, and science* (S. 171–197). New York: New York University Press.
- Treichler, P.A., Cartwright, L. & Penley, C. (1998). Introduction. Paradoxes of visibility. In dies. (Hrsg.), *The visible woman. Imaging technologies, gender, and science* (S. 1–19). New York: New York University Press.
- Wiedlack, K. (2022). Ver/Kvir(t)e Opazität. Migration und Un_Sichtbarkeit in Masha Godovannayas Film »Countryless and Queer«. *Open Gender Journal*, 6. <https://doi.org/10.17169/ogj.2022.181>

Film- und Serienverzeichnis

- Die Schule am See (2000). E49, Regie: Guido Pieteres, Buch: Jochen Greve.
Ein Fall für zwei (2019). E324, Regie: Uljana Havemann, Buch: Rainer Ewerriem.
Evet, ich will (2008). Regie und Buch: Sinan Akkuş.
Familie Dr. Kleist (2019). S08E14-16, Regie: Oliver Muth (14), Laura Thies (15, 16), Buch: Bele Nord (14, 16), Markus Mayer (15).
Hinter Gittern (1997). S01E10, Regie: Bodo Schwarz, Buch: Anja Lürenbaum, Uwe Wilhelm.
Köln 50667 (2018). E1436, Regie und Buch: k. A.
Lena Lorenz (2017). S03E01, Regie: Michael Kreindl, Buch: Sarah Augstein, Julie Fellmann.
Lindenstraße (1993). E407, Regie: George Moorse, Marina Thering, Buch: Martina Borger.
Lindenstraße (2008). E1185, Regie: Dominikus Probst, Buch: Irene Fischer.
Marienhof (1998). E1081, Regie: Tanja Roitzheim, Dialoge: Stefan Sasse, Outlines: Werner Lüder, Gerd Wilser, Christine Groß, Claudia Kaiser.
Parfum (2018). E05-E06, Regie: Philipp Kadelbach, Buch: Eva Kranenburg.
Unter uns (2019). E6225, Regie: Christoph Klünker, Buch: Vanessa Behncken, Philipp Bläsing, Florian Wimmer.
Unter uns (2000). E1279, Regie: Guido Reinhardt, Buch: Jutta Piegelbrock, Manuel Meimberg, Markus Mayer, Cornelia Deil-Sanoh.
Verbotene Liebe (1995). E93-101, Regie: diverse, Buch: diverse.

Biografische Notiz

Franzis Kabisch ist Filmemacherin, Autorin und Promovendin am Institut für Kunst- und Kulturwissenschaften der Akademie der bildenden Künste Wien sowie Gastforscherin an der Filmuniversität Babelsberg KONRAD WOLF. In ihrer Promotion untersucht sie die Darstellungen von Abtreibungen in Filmen und Serien, insbesondere das Begehren nach »positiven Bildern« und das feministische Potenzial von Fiktion. Weitere wissenschaftlich-künstlerische Arbeitsschwerpunkte sind Queer-Film und -Fernsehen, Repräsentationskritik und reproduktive Gerechtigkeit.

Digitalisierungs Herausforderungen in der Praxis von Schwangerschaftskonfliktberatungen

Quantitative und qualitative Befunde einer Befragung von Beratungsfachkräften

Romy Nitzsche, Sabine Wienholz & Maika Böhm

1 Einleitung

Im Koalitionsvertrag mit dem Titel »Mehr Fortschritt wagen« vom 21.11.2021 zwischen den Regierungsparteien SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der FDP heißt es: »Wir stellen die flächendeckende Versorgung mit Beratungseinrichtungen sicher. Schwangerschaftskonfliktberatung wird auch künftig online möglich sein« (Bundesregierung, 2021, S. 92). In der Vereinbarung der Bundesregierung wird der politische Wille deutlich, digitale Beratungsformate auch nach der Coronapandemie beizubehalten. Aber wie viel Fortschritt wagen Beratungsfachkräfte der Schwangerschaftsberatungsstellen mit Blick auf digitale Formate für die sogenannte Schwangerschaftskonfliktberatung¹ wirklich? Der folgende Beitrag präsentiert Ergebnisse aus dem Forschungsprojekt »BeSPa – Schwangerschaftsberatung und Sexuelle Bildung während der Coronapandemie aus Sicht von Fachkräften« (gefördert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Laufzeit: Juli 2020 bis Juni 2023) zu den Herausforderungen von Telefon- und Videoberatung im Kontext von Beratung nach § 219 StGB aus Fachkräfteperspektive. Er widmet sich auf institutioneller Ebene den Umstrukturierungen im Beratungssetting und auf fachlicher Ebene den Herausforderungen, die mit der Erweiterung der Formatvielfalt einhergehen. Zudem fokussiert der Beitrag die Konsequenzen, die sich aus den Herausforderungen für das beraterische Handeln ergeben. Abschließend werden die Möglichkeiten einer zukünftigen Etablierung von Formaten jenseits der Präsenzberatung als Teil des Digitalisierungsprozesses von Schwangerschaftsberatungsstellen diskutiert.

1 Im Folgenden wird der korrekte Terminus »Beratung nach § 219 StGB« als Synonym für die Schwangerschaftskonfliktberatung verwendet.

2 Forschungsstand zur digitalen Schwangerschafts(konflikt)beratung

Digitalisierung hat in der Psychotherapie bereits eine gewisse Historie (vgl. Gumz & Boettcher, 2021; Bielinski et al., 2021). Insbesondere textbasierte Formate sowie das Telefonformat finden schon seit geraumer Zeit Anwendung in psychosozialen Therapie- und Beratungskontexten (vgl. Römer & Mundelsee, 2021, S. 174). Im Feld der Beratung war beispielsweise die E-Mail-Beratung bereits zur Jahrtausendwende etablierte Praxis der Sozialen Arbeit (vgl. Buckel, 2003; Weinhardt, 2022). Durch die Coronapandemie gewann das Videoformat als ein weiteres Distanzformat in der Beratungspraxis insgesamt an Bedeutung (vgl. Gumz & Boettcher, 2021, S. 369) und nahm in der Umsetzung quantitativ zu (Weinhardt, 2022, S. 2). Obwohl Studienergebnisse zeigen, dass Distanzsettings durchaus Vorteile aufweisen und von Ratsuchenden akzeptiert bis präferiert werden, betrachten Beratungsfachkräfte und Therapeut*innen diese jedoch nicht selten kritisch (vgl. Römer & Mundelsee, 2021, S. 174). Auch in Verbindung mit Blended Counseling² nehmen Beratungsfachkräfte digitale Formate meist nur als »Notlösung« wahr (Hörmann & Engelhardt, 2022, S. 75). Aus einer Online-Erhebung mit Schwangerschafts(konflikt)berater*innen des Trägers *donum vitae*³ geht hervor, dass nur wenige der Befragten »nicht nur Einschränkungen, sondern Vor- und Nachteile« (Lehmann et al., 2021, S. 67) in digitalen Beratungsformen sahen. Lediglich 4,8 % gaben an, ausschließlich positive Aspekte bei digitalen Beratungsformaten wahrgenommen zu haben (vgl. ebd., S. 42). Die Ergebnisse der Pilotstudie des BeSPa-Forschungsprojektes verweisen ebenfalls auf Unbehagen und Zurückhaltung der Beratungsfachkräfte gegenüber digitalen Beratungsformaten, indem Beratungen nach § 219 im Vergleich zu anderen Beratungsthemen deutlich seltener digital durchgeführt wurden (vgl. Krolzik-Matthei et al., 2021, S. 212). Gleichzeitig gab es auch positive Stimmen,

2 Nach Hörmann et al. (2019) und Hörmann & Engelhardt (2022) meint Blended Counseling die systematische, konzeptionell fundierte, passgenaue Kombination verschiedener digitaler und analoger Kommunikationskanäle in der Beratung.

3 Der Träger hatte bereits vor der Pandemie Erfahrungen mit digitalen Formaten in der Schwangerschaftsberatung gesammelt. Von 2019 bis 2022 wurde das Modellprojekt »HelB. Helfen. Lotsen. Beraten.«, das für die Umsetzung der Beratungen auch digitale Formate nutzte, durchgeführt (siehe dazu den Beitrag von Schyma, Volhard & Miebach in diesem Band; Bradl & Lehmann, 2022).

da mit den neuen Formaten eine größere Flexibilität für die Klientinnen einherging: Hier zeichnet Schmitz (2020) aus der Praxisperspektive ein vor allem positives Bild bezüglich der Umsetzung im Beratungsalltag.

3 Methodisches Design und Stichprobenbeschreibung

Die an der Hochschule Merseburg durchgeführte Studie untersuchte die Auswirkungen der Pandemie auf die unterschiedlichen Handlungsfelder anerkannter Schwangerschaftsberatungsstellen. Einer zunächst als Pilotstudie konzipierten Erhebung in vier ausgewählten Bundesländern (08–12/2020) folgte eine bundesweite Erhebung unter Fachkräften.

Im vorliegenden Beitrag werden ausschließlich Daten einer Teilerhebung vorgestellt, die auf die Beratung nach § 219 StGB während der Pandemie fokussiert. Die Datenerhebung fand mittels eines Mixed-Methods-Designs als quantitative Onlinefragebogenerhebung statt und wurde anschließend durch qualitative leitfadengestützte Interviews vertieft (siehe Tab. 1). Für den vorliegenden Beitrag blieben die Angaben der Beratungsstellen in katholischer Trägerschaft bzw. ohne Scheinausgabe unberücksichtigt., da der Beitrag den Fokus ausschließlich auf Beratungen nach § 219 StGB respektive §§ 5–7 SchKG⁴ richtet. Proportional zur bundesweiten Anzahl an Beratungsstellen pro Trägerverband beteiligten sich Mitarbeitende von pro familia⁵ am häufigsten an der Onlinebefragung, ebenso die Bundesländer mit der höchsten Beratungsstellendichte (Bayern, Baden-Württemberg und Niedersachsen). Anders als in der Grundgesamtheit hat die Stichprobe einen leichten Überhang an Beratungsstellen in nicht-konfessioneller Trägerschaft. Zu je einem Drittel ließ sich die Stichprobe in kleine (eine bis drei Mitarbeitende), mittlere (vier bis sieben Mitarbeitende) und große Beratungsstellen (acht und mehr Mitarbeitende) unterteilen. Alle Teilnehmenden der Online-Erhebung konnten ihre Bereitschaft für eine Inter-

4 § 219 Abs. 1 StGB besagt, dass die Beratungsstelle der Schwangeren nach Abschluss der Beratung eine mit dem Datum des letzten Beratungsgesprächs und dem Namen der Schwangeren versehene Bescheinigung nach Maßgabe des Schwangerenkonfliktgesetzes (SchKG) über die stattgefundene Beratung auszustellen hat. Im Schwangerschaftskonfliktgesetz konkretisieren §§ 5–7 SchKG die Ausführungen ergänzend zu § 219 StGB, unter anderem regelt § 7 Abs. 1 SchKG die Ausstellung der Beratungsbescheinigung.

5 Unter der Kategorie »pro familia« sind auch Beratungsstellen des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes subsumiert.

viewteilnahme signalisieren, ohne dass ein Rückschluss auf ihre Angaben in der Online-Erhebung möglich war. Aus diesen Rückmeldungen wurde das qualitative Sample der Interviewerhebung gezogen (siehe Tab. 1), bei dessen Auswahl sowohl auf Trägervielfalt als auch auf regionale und räumliche Ausgewogenheit geachtet wurde. Alle Interviewten gaben eine informierte Einwilligung über die Verwendung ihrer Angaben und wurden bei Nennung in diesem Beitrag pseudonymisiert. Die forschungsethische Orientierung erfolgte entlang der Bonner Ethik-Erklärung (Poelchau et al., 2015). Die Auswertung der quantitativen Daten fand per SPSS statt⁶, die der qualitativen Daten mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2015).

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung

		Online-Erhebung	Interviewerhebung
Datenqualität		quantitativ	qualitativ
Erhebungszeitpunkt		Sommer 2021	Herbst 2021
Anzahl		416	19
Altersdurchschnitt		48,3 Jahre	47,1 Jahre
durchschnittliche Berufserfahrung		13,1 Jahre	14,9 Jahre
Anteil Teilnehmerinnen		93 %	100 %
Trägerschaft	kommunal ⁷	16 %	10 %
	frei	56 %	53 %
	konfessionell	28 %	37 %

4 Formatexpansion innerhalb der Schwangerschaftskonfliktberatung

Die pandemiebedingten Kontaktbeschränkungen führten in den Beratungsstellen dazu, Alternativkonzepte anzubieten, um das Versorgungsangebot aufrechtzuerhalten. Neben den bisher ausschließlich in Präsenz

⁶ Das Signifikanzniveau der Korrelationsanalysen nach Spearman's Rho wird im Beitrag mit ** $p \leq .01$ angegeben.

⁷ Unter kommunaler Trägerschaft sind auch die Beratungsstellen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes gefasst.

geführten Beratungsgesprächen, die nun unter strengen Hygienemaßnahmen stattfinden mussten, erweiterten viele Beratungsstellen ihr Angebot auf Video- und/oder Telefonberatung. Teilweise fand eine komplette Umstellung auf digitale Formate statt.

4.1 Nutzungshäufigkeit der Formate

Stellvertretend für den Zeitraum des zweiten Lockdowns (November 2020 bis Mai 2021) sollten die Berater*innen auf eine typische Arbeitswoche im März 2021 zurückblicken und einschätzen, wie viele Beratungen nach § 219 StGB sie selbst in den unterschiedlichen Formaten durchgeführt hatten.

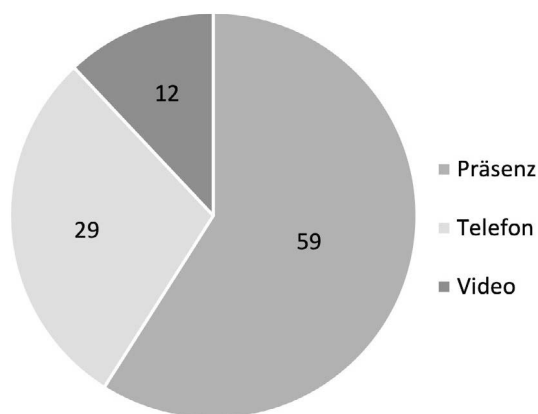


Abb. 1: Durchschnittlicher Anteil der Formate an allen Beratungen nach § 219 StGB (in Prozent); Quelle: BeSPa-Datensatz, eigene Berechnungen; Frage: Wenn Sie an eine typische Arbeitswoche im März 2021, also während des harten Lockdowns denken, wie viele Beratungen hatten Sie selbst schätzungsweise in den folgenden Formaten durchgeführt?

Während der Zeit der Kontaktbeschränkungen wurden Präsenzberatungen im Durchschnitt doppelt so häufig geführt wie Telefonberatungen und etwa fünfmal häufiger als Videoberatungen (siehe Abb. 1). Auffällig ist, dass trotz strikter Hygienemaßnahmen und Kontaktbeschränkungen zu dieser Zeit der Pandemie die Präsenzberatung für die Beratung nach § 219 StGB nach wie vor einen hohen Stellenwert hatte.

Alle interviewten Beraterinnen⁸ hatten zu jeder Zeit Präsenzberatung

⁸ An den qualitativen Interviews nahmen ausschließlich weibliche Beratungsfachkräfte teil, weshalb Beraterin fortlaufend im Femininum steht, wenn es um Daten aus den qualitativen Interviews geht.

gen angeboten. Zusätzlich hatten acht Beraterinnen für die Beratung nach § 219 StGB auch Video- und Telefonberatung, weitere fünf Beraterinnen zusätzlich nur Telefonberatung und weitere zwei Beraterinnen zusätzlich nur Videoberatung angeboten. In den Interviews zeigte sich ebenfalls überdeutlich die Dominanz der Präsenzberatung für die Beratung nach § 219 StGB. »Bei der Konfliktberatung ist es so, dass ich glaube, da ist keins von beiden Formaten, also Telefon oder Teams [Videokonferenzanbieter], beides nicht die optimale Option. [...], beides ersetzt Präsenz nicht« (Frau Kraut). Andere Beraterinnen stufen die digitalen Formate überwiegend als Alternative oder »Ergänzung« (Frau Aster) ein.

Während das Alter und die Berufsjahre der Berater*innen keine Rolle in der Nutzungshäufigkeit der Formate spielten, zeigten sich in der quantitativen Erhebung deutliche Unterschiede in der Beratungsstellengröße und der Trägerzugehörigkeit. Große Beratungsstellen in freier oder kommunaler Trägerschaft nutzten sowohl das Telefonformat als auch das Videoformat am häufigsten. Kleine kommunale und mittlere konfessionelle und kommunale Beratungsstellen waren in der Videoberatung hingegen kaum vertreten (siehe Abb. 2).

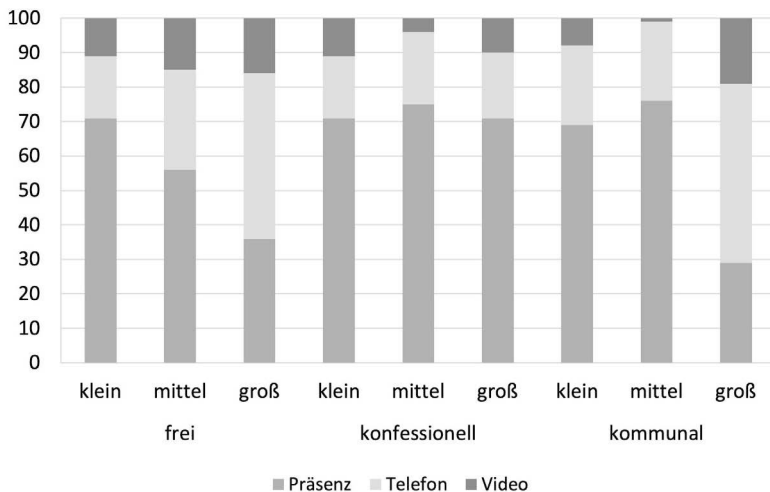


Abb. 2: Durchschnittlicher Anteil der Formate an allen Beratungen nach § 219 StGB nach Trägerzugehörigkeit und Beratungsstellengröße (in Prozent, N = 384); Quelle: BeSPa-Datensatz

4.2 Herausforderungen auf institutioneller Ebene

Die pandemiebedingten Bestimmungen führten zu diversen Umstrukturierungen im Beratungsstellenalltag und einer Neugestaltung der Beratungssettings. Im Folgenden soll dargestellt werden, welche Rolle dabei die technische Ausstattung, die Arbeit im Homeoffice und die Möglichkeit, das Beratungsformat zu wählen, spielten.

Technische Ausstattung und Support

Die technischen Voraussetzungen für das Angebot digitaler Beratungsangebote sind essenziell dafür, den Klient*innen eine qualitativ hochwertige Beratung anzubieten. Hierfür ist unter anderem eine gut funktionierende Hard- und Software nötig, die teilweise erst zu Beginn der Pandemie oder in deren Verlauf in den Beratungsstellen angeschafft wurde. Weiterhin begünstigen Datenschutzkonformität, eine funktionierende Internetverbindung und die Unterstützung des Trägers eine gelingende digitale Beratung. Die folgende Aussage einer Beraterin steht exemplarisch für den defizitären Ausgangszustand zu Beginn der Pandemie:

»Es hat sich natürlich viel verändert, im Sinne von den Beratungsformaten, viel mehr am Telefon, Video kam völlig neu dazu. Das ist auch eine sehr positive Errungenschaft. Aber natürlich am Anfang ein riesiger Aufwand, das umzusetzen. [...] Und dann brauchten wir dafür erstmal passende mobile Geräte und einfach die ganzen rechtlichen Bestimmungen, Datenschutz et cetera. [...] Das waren schon große Herausforderungen damals« (Frau Jasmin).

Vier von fünf Befragten aus der quantitativen Befragung (81 %) waren zum Befragungszeitpunkt in der Retrospektive technisch so weit vorbereitet, dass sie Beratungen per Video anbieten konnten. Dabei zeigten sich folgende Unterschiede: Befragte großer Beratungsstellen (88 %) und in freier Trägerschaft (89 %) waren technisch häufiger in der Lage, Videoberatungen durchzuführen als andere Befragte. Am seltensten hingegen waren Befragte aus kleinen Beratungsstellen (76 %) und in kommunaler Trägerschaft (59 %) einsatzbereit für Videoberatungen. Die Bewertung der technischen Ausstattung fiel zumeist positiv aus: Drei Viertel der Berater*innen schätzten die technische Ausstattung des eigenen Arbeitsplatzes als sehr

oder eher gut ein (74 %). Dabei zeigten sich die Berater*innen kommunaler Beratungsstellen mit 60 % am kritischsten.

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass ein Träger, der die technischen Bedarfe der Beraterinnen realisiert und umsetzt, als förderlich im Digitalisierungsprozess eingestuft wird. Frau Holunder, die von Beginn an alle technischen Voraussetzungen ihres Trägers zur Verfügung gestellt bekam und diese auch vollumfänglich nutzte, konnte Klient*innen somit zu allen Beratungsanliegen, auch in der Beratung nach § 219 StGB, klient*innenorientiert beraten. Positiv berichtet wurde auch über die Anschaffungen von Hardware (Laptop, Diensthandy, Mikrofon, Headset, Kamera): »[I]ch glaube, genau dafür war die Pandemie gut. Weil zum Beispiel einen Laptop, da gehe ich stark von aus, hätte ich so einfach nicht bekommen, wenn die Pandemie nicht gewesen wäre« (Frau Gedenkemein). Frau Magnolie wiederum erklärt, dass ihre Beratungsstelle zwar so weit technisch ausgestattet gewesen sei, dass digitale Beratung möglich gewesen wäre, dennoch habe sie keine Beratung nach § 219 StGB per Video angeboten. Einige Beraterinnen berichteten auch davon, dass die Ausstattung mit neuer Technik seitens des Trägers aus Kostengründen abgelehnt wurde und sie nicht ausreichend ausgestattet waren, um Videoberatung anbieten zu können.

Schwierigkeiten mit der Internetverbindung führten weiterhin zu Unzufriedenheit und qualitativen Einschränkungen in den realisierten digitalen Beratungen. Dieser Störfaktor sei sowohl für die Beraterinnen als auch vor allem für die ratsuchenden Personen herausfordernd gewesen, habe sich glücklicherweise im Verlauf der Pandemie aber gebessert:

»Am Anfang war es so, dass ich es den Frauen kaum zumuten konnte, weil ständig die Leitung irgendwie zu schwach war und sie herausgeflogen sind oder das Bild gegangen ist. So kann man keine Beratung führen« (Frau Kraut).

Eine besondere Hürde in der Nutzung von Softwaretools⁹ für die Videoberatungen waren für die Beratungsstellen die strikten Datenschutz-

9 In den Interviews nannten die Beraterinnen Webex, Zoom, Big Blue Button, Jitsi sowie RED Medical und RED Connect des Anbieters Red Medical Systems. Letzteres wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) als zertifizierter Videodienstanbieter gelistet und häufig im psychotherapeutischen Kontext genutzt. Laut Website des Anbieters Red Medical Systems (2023) handelt es sich bei RED Connect um das einzige Angebot

bestimmungen. Hinsichtlich der Nutzung von datenschutzkonformen Softwaretools waren die Beraterinnen mehrheitlich abhängig von den Entscheidungen der jeweiligen Träger, da diese in der Verantwortung standen, datenschutzkonforme Beschlüsse zu treffen.

In der quantitativen Befragung gaben etwa drei Viertel der Befragten (76 %) an, dass sie Hilfestellungen für Beratungen per Video erhalten hatten. Das umfasst Unterstützung für beraterische bzw. methodisch-didaktische Anforderungen, in der technischen Umsetzung und Nutzung der Tools sowie Hinweise zu Datenschutzverordnungen. Hier zeigte sich ein ähnliches Bild wie in der technischen Ausstattung: Kleine und kommunale Beratungsstellen erhielten am seltensten Hilfestellungen, die mittleren und großen Beratungsstellen in freier Trägerschaft am häufigsten. Die Ergebnisse zeigten weiterhin: Wenn die Befragten technischen Support erhalten hatten, lag der durchschnittliche Anteil an Videoberatungen mit 14 % etwa dreifach höher, als wenn sie keinen Support erhalten hatten, hier lag der durchschnittliche Anteil bei 5 %. Je besser die technische Ausstattung bewertet wurde, desto höher lag der prozentuale Anteil an Videoberatungen nach § 219 StGB ($r = .149^{**}$).

Beratungssetting Homeoffice

Vor Ausbruch der Pandemie im Frühjahr 2020 war das Arbeiten aus dem Homeoffice im Bereich der Schwangerschafts(konflikt)beratung die Ausnahme. Das änderte sich, als aufgrund der Kontaktbeschränkungen die Beratungsstellentätigkeit teilweise ins Homeoffice verlegt werden musste. Die Beraterinnen aus den Interviews bezeichnen den Settingwechsel zwischen Beratungsstelle und Homeoffice unter anderem als »Wechselschicht« (Frau Ringelblume), »mobiles Arbeiten« (Frau Lavendel) oder »geteiltes Team« (Frau Osterglocke). Je nach Pandemiegeschehen änderten sich die internen und teilweise sehr individuellen Regelungen innerhalb der Beratungsstellen stetig.

Mit Blick auf die Psychohygiene wurden in der Beratung nach § 219 StGB im Homeoffice durchaus positive Erfahrungen gemacht – so positiv,

innerhalb Deutschlands für sogenannte Videosprechstunden, das vom Unabhängigen Landeszentrum für Datenschutz (ULD) das Datenschutz-Gütesiegel erhalten hat. Die Anbieter Zoom, Jitsi und Big Blue Button wurden von den Beraterinnen lediglich für teaminterne Angelegenheiten genutzt.

dass beispielsweise Frau Holunder die digitale Beratung aus dem Homeoffice äquivalent zur Präsenzberatung vor Ort setzte. Anfangs sei sie noch etwas skeptisch gewesen:

»Erst dachte man, okay, jetzt holt man sich so Beratung nach Hause. Das ist auch noch mal, so gerade auch dieses Thema. [...] Aber das ging auch gut, wenn man entsprechend achtsam mit sich umgeht und da ganz klar Grenzen für sich hat« (Frau Holunder).

Eine Beratung von zu Hause sei für andere Beraterinnen wiederum nicht denkbar gewesen, begründet unter anderem mit datenschutzrechtlichen Gründen:

»Also Statistik oder Jahresberichte, solche Sachen mache ich schon im Home-Office und das ist für mich ganz okay und ganz passabel. Aber Beratung per Telefon von zu Hause aus mache ich auf gar keinen Fall. Das kommt für mich nicht infrage« (Frau Sauerampfer).

Unabhängig vom Arbeitssetting Homeoffice benötigten die Beratungsfachkräfte Klarheit über die rechtlichen Rahmenbedingungen zur Umsetzung der digitalen Beratung nach § 219 StGB. Jedoch gestalteten sich die länderspezifischen Regelungen während der Pandemie heterogen und wurden nicht immer transparent kommuniziert, was zu Unsicherheiten bei den Beratungskräften führte. Die Scheinübergabe sei somit – vor allem aus dem Homeoffice – eine besondere Hürde gewesen, weshalb einige der Beraterinnen komplett darauf verzichteten. Frau Gedenkemein nennt als Lösung das Versenden des Beratungsscheins mit der Post – per E-Mail sei es aus Datenschutzgründen nicht möglich gewesen.

Wahlmöglichkeiten des Formats

Damit Klient*innen eine Wahl hinsichtlich des Beratungsformats haben, müssen Berater*innen über einen Handlungsspielraum verfügen, Beratungen in Präsenz, per Telefon oder Video anbieten zu können. Im Folgenden sollen die verschiedenen Facetten und Einflussfaktoren auf die Wahlmöglichkeit systematisch dargestellt werden. Nicht nur die gesetzlichen Bestimmungen und organisatorischen Voraussetzungen, sondern auch die Rahmenbedingungen der Klient*innen und das Mindset der Berater*innen

gegenüber bestimmten Formaten haben sich dabei als die hauptsächlichen Einflussfaktoren auf die Wahl des Beratungsformats herauskristallisiert.

Aus der quantitativen Befragung geht hervor, dass über die Hälfte (53 %) der Berater*innen während des zweiten Lockdowns die Option hatte, das Format für die Beratung nach § 219 StGB immer und etwa ein Viertel (27 %) meistens zu wählen. Vier von fünf Befragten hatten somit eine hohe bis sehr hohe Möglichkeit der Mitwirkung an der Formatwahl. Der Anteil derjenigen ohne Entscheidungsbefugnis lag bei 9 %. Sie waren es auch, die überdurchschnittlich wenige Telefonberatungen und überdurchschnittlich viele Präsenzberatungen durchgeführt hatten (siehe Abb. 3). Somit scheint es einen Zusammenhang zwischen einer mindestens eingeschränkten Wahlfreiheit der Fachkräfte und einer häufigeren Nutzung alternativer Formate als der Präsenzberatung zu geben. Ein weiterer, wenn auch sehr schwacher Zusammenhang ließ sich mit dem Alter der Befragten identifizieren: Je älter die Beraterinnen waren, umso seltener wählten sie das Format ($r = .171^{**}$).

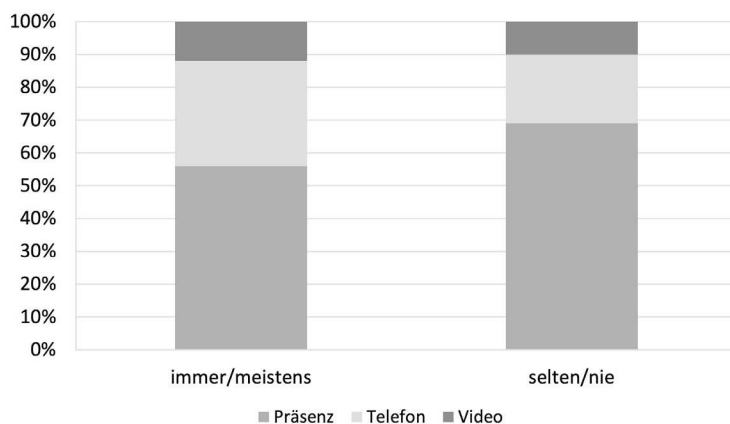


Abb. 3: Durchschnittlicher Anteil der Formate an allen Beratungen nach § 219 StGB nach Häufigkeit der Wahlmöglichkeit des Formates (in Prozent, $n = 381$); Quelle: BeSPa-Datensatz, eigene Berechnungen; Frage: Wie oft hatten Sie als Berater*in während des zweiten Lockdowns (November 2020 bis Mai 2021) die Möglichkeit, das Beratungsformat für die Beratung nach § 219 StGB zu wählen?

Konkret auf die letzte Beratung nach § 219 StGB geschaut, zeigen sich Unterschiede im Aushandlungsprozess. So fanden Beratungen per Telefon und Video häufiger auf Wunsch der Klient*innen statt und Präsenzbera-

tungen häufiger auf Wunsch der Beraterin – oder weil keine Wahloption bestand (siehe Abb. 4).

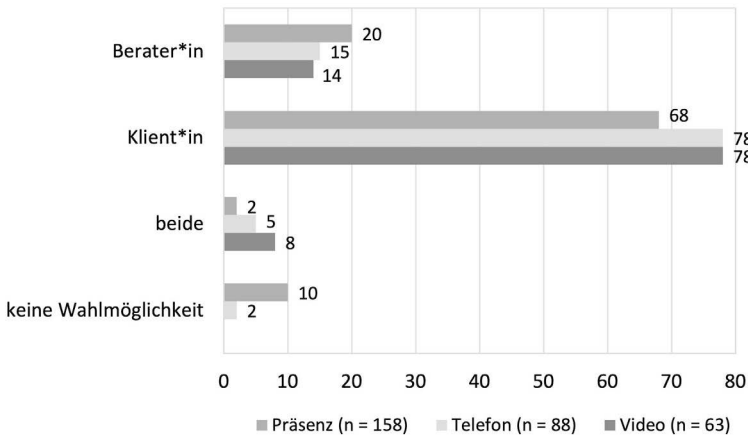


Abb. 4: Entscheidungsträger*in über Format (in Prozent); Quelle: BeSPa-Datensatz, eigene Berechnungen; Frage: Auf wessen Wunsch hin fand die Beratung vor Ort/per Telefon/Video statt?

Auf die Frage nach dem Prozedere und den Kriterien der Entscheidungsfindung über das Beratungsformat kann die folgende Aussage als prototypisch eingestuft werden:

»Die Klienten rufen bei uns unter einer zentralen Telefonnummer an und werden dann nach ihrer Präferenz gefragt, welche Art der Beratung sie wünschen. Und dann werden alle Formate angeboten und die Klientin oder der Klient entscheidet sich dann dementsprechend, was für ihn einfacher ist von der Handhabung« (Frau Lavendel).

Neben den bereits dargestellten Varianzen in der technischen Ausstattung (siehe Kap. 4.2.1) wirkten sich auch pandemiebedingte gesetzliche Verordnungen und organisatorische Voraussetzungen auf die Wahlmöglichkeit aus. Vor dem Hintergrund der ständig wechselnden gesetzlichen Corona-Bestimmungen hatte für eine Beraterin jederzeit die Wahlmöglichkeit ihrer Klient*innen zwischen Präsenz-, Telefon- und Videoberatung höchste Priorität: »Und solange das geht, möchte ich ihnen jetzt gerade die Wahl lassen, wie sie es dann nutzen wollen, bis es weiter eingeschränkt

wird wieder« (Frau Kraut). Eine Beraterin aus einer Großstadt berichtete weiterhin von terminlichen Aus- und Überlastungen, die eine Wahlfreiheit dezimieren würden: »Aber die Frauen sind meistens froh, überhaupt hier in [Stadt] noch einen Termin zu kriegen, muss man leider sagen« (Frau Ingwer). Somit hätten ratsuchende Personen oft schneller einen Termin bekommen, wenn sie eine Beratung per Telefon oder Video in Anspruch genommen hätten – ein zentrales Entscheidungskriterium gerade im urbanen Raum.

Der Wunsch und die individuellen Rahmenbedingungen der Klient*innen wirkten sich ebenfalls auf die Entscheidung des Beratungsformates aus. So stellte der Wegfall von Anfahrtswegen ein wesentliches Entscheidungskriterium dar: »Und da war es dann ein Angebot, dass man einfach auf diese Fahrt verzichtet und eben die Telefon- oder Videoberatung angeboten hatte« (Frau Quitte). Weiterhin wurde von flexiblen Lösungen der Kinderbetreuung oder, im Krankheitsfall, von Minimierung des Infektionsrisikos oder fehlenden Endgeräten berichtet. Einschränkend muss ergänzt werden, dass die Ausstellung des Beratungsscheins in vielen Beratungsstellen nur in Form einer persönlichen Übergabe geregelt war, was sich wiederum negativ auf die Wahl des Formates ausgewirkt haben könnte, denn »ganz online funktioniert das leider nicht« (Frau Lavendel).

Ein letzter limitierender Faktor zeigte sich in der persönlichen Einstellung von Berater*innen gegenüber den digitalen Beratungsformaten. Einige Beratungsfachkräfte waren sehr entschieden, dass die Beratung nach § 219 StGB lediglich in Präsenz angeboten werden sollte, wie das folgende Zitat verdeutlicht: »In der Konfliktberatung haben wir immer gleich gesagt, also das war eigentlich ein Selbstgänger, dass wir das in Präsenz machen« (Frau Efeu). Lediglich für den Fall einer Erkrankung der Klientin sei eine digitale Beratung möglich gewesen. Die Beraterin habe sich durchgesetzt, dass Beratungen nach § 219 StGB zu jeder Zeit der Pandemie komplett im Präsenzformat stattgefunden haben, obwohl in der Beratungsstelle technisch gesehen alle Möglichkeiten für analoge und digitale Beratungssettings vorhanden waren. So berichtete Frau Osterglocke, dass die gesamte Teamkommunikation ihrer Beratungsstelle über Onlineformate organisiert worden sei, dass bei der Beratung nach § 219 StGB allerdings, obwohl nach dem Gesetz möglich, Videoberatung nicht angeboten wurde: »[M]an muss dann ja erst eine Datenschutzerklärung unterschreiben und so weiter. Ob das ein Hinderungsgrund war? Weil es einfacher war, haben wir das telefonisch gemacht« (Frau Osterglocke).

Eine Beraterin thematisiert die von den Berater*innen wahrgenommene Belastungssituation der Klient*innen, die für die Formatwahl ausschlaggebend sei. Bereits bei der Terminvereinbarung, so berichtet Frau Birke, »kriegt man auch am Telefon schon ein Gefühl dafür, wie stark belastet ist die Frau«, und wenn eine Klientin »sehr ambivalent war oder sehr viel geweint hat am Telefon«, war die Entscheidung für das Präsenzformat für Frau Birke unterhinterfragt, denn sonst »muss sie trotzdem nochmal kommen, damit wir es dann nochmal schlüssig besprechen können«.

Schlussendlich haben einige Beraterinnen gar keine Videoberatung für die Beratung nach § 219 StGB angeboten: »Das war so eine Teamentscheidung, dass diese Beratungen immer in Präsenz stattfinden« (Frau Fichte).

4.3 Herausforderungen auf fachlicher Ebene

Durch die vielfältigen pandemiebedingten Veränderungen sahen sich die Beratungsfachkräfte nicht nur auf institutioneller Ebene mit neuen Herausforderungen und Aufgaben konfrontiert. Auch auf fachlicher Ebene bedeutete dies eine Umstrukturierung der gewohnten Beratungspraxis. Im Folgenden sollen die Selbsteinschätzungen zur digitalen Beratungskompetenz, die individuelle Zufriedenheit mit digitalen Formaten, die Einschätzung der Eignung für die Beratung nach § 219 StGB, die Bereitschaft der Umsetzung vor dem Hintergrund der fachlichen und methodischen (Un-)Sicherheiten der Beratungsfachkräfte und der individuellen Haltungen gegenüber digitalen Formaten für die Beratung nach § 219 StGB dargestellt werden.

Kompetenzeinschätzung und Zufriedenheit

Auf die Frage, für wie qualifiziert sich die Beraterinnen gegenwärtig für die Beratung nach § 219 StGB per Telefon halten, antworteten neun von zehn mit sehr oder eher gut (91 %). Für die Videoberatung zeigte sich ein etwas anderes Bild, hier stuften sich 70 % als sehr oder eher gut qualifiziert ein. Hierbei ließen sich verschiedene Zusammenhänge identifizieren: Insbesondere Berufsanfängerinnen stuften sich seltener als sehr oder eher gut qualifiziert für Telefonberatungen ein als Berater*innen mit mehr als fünf Jahren Berufstätigkeit. Als wichtigster Indikator konnte der durchschnittliche Anteil an Beratungen in den jeweiligen Formaten unter allen Bera-

tungen nach § 219 StGB während des zweiten Lockdowns identifiziert werden. Dieser lag in der Telefonberatung bei denjenigen, die sich als sehr oder eher gut qualifiziert einschätzten, bei 32 % und damit mehr als doppelt so hoch als bei denjenigen, die sich als eher schlecht qualifiziert sahen (14 %). Bei der Videoberatung trat dieser Effekt noch stärker hervor: Hier lag der durchschnittliche Anteil an Videoberatungen bei denjenigen, die sich als sehr oder eher gut qualifiziert einstufen, bei 19 %, bei denjenigen, die sich als eher oder schlecht qualifiziert einstufen, hingegen bei 3 %.

Auch wenn die Zufriedenheit mit dem Telefonformat in moderater Stärke mit der Zufriedenheit mit dem Videoformat korreliert ($r = .299^{**}$), lassen sich für beide Formate unterschiedliche Zusammenhänge aufdecken. Von den drei Vierteln, die mit Beratungen per Telefon im Allgemeinen (unabhängig vom Beratungsanliegen) sehr oder eher zufrieden waren (74 %), zeigten sich Befragte aus kommunalen und aus großen Beratungsstellen am zufriedensten. Ähnlich positiv verlief die allgemeine Zufriedenheit mit dem Videoformat: Insgesamt 84 % zeigten sich damit sehr oder eher zufrieden.

Wichtigster Indikator für die Zufriedenheit war auch hier der durchschnittliche Anteil an Beratungen in den jeweiligen Formaten unter allen Beratungen nach § 219 StGB während des zweiten Lockdowns. Dieser lag in der Telefonberatung bei denjenigen, die mit dem Telefonformat sehr oder eher zufrieden waren, bei 35 % und damit mehr als doppelt so hoch als bei denjenigen, die eher oder sehr unzufrieden mit dem Telefonformat waren (16 %). Ganz ähnlich bei der Videoberatung: Hier lag der durchschnittliche Anteil an Videoberatungen bei denjenigen, die damit sehr oder eher zufrieden waren bei 23 %, bei denjenigen, die damit sehr oder eher unzufrieden waren, hingegen bei 10 %.

Der Großteil der Interviewten zeigte sich weniger zufrieden mit den digitalen Formaten für die Beratung nach § 219 StGB im Vergleich zur Präsenzberatung, »weil es technisch so schwierig ist und ich so wenig Übung habe. Wenn das anders wäre, wenn das Internet zuverlässig wäre und ich da gut eingearbeitet wäre, dann kann ich mir vorstellen, dass ich damit auch zufrieden wäre« (Frau Osterglocke).

Individuelle Einstellungen zu digitaler Beratung

In der Einschätzung der Eignung des Telefon- und Videoformates für die Beratung nach § 219 StGB waren die Befragten in der quantitativen Erhe-

bung unterschiedlicher Ansicht. Im Gegensatz zur Telefonberatung schnitt die Videoberatung deutlich besser ab, über zwei Drittel stuften sie als sehr oder eher geeignet für die Beratung nach § 219 StGB ein (69 %). Hingegen schätzte nur ein knappes Drittel das Telefonformat als sehr oder eher geeignet ein (32 %) und damit auch deutlich weniger, als sich damit zufrieden zeigten.

In der Bereitschaft, in den jeweiligen Formaten auch tatsächlich nach § 219 StGB zu beraten, fand das Videoformat insgesamt ebenfalls eine höhere Akzeptanz als das Telefonformat. So war die Bereitschaft bei 55 % der Befragten sehr oder eher hoch, per Video zu beraten im Vergleich zu 39 % per Telefon. Während weder das Alter noch die Berufserfahrung signifikante Unterschiede in der Bereitschaftsanzeige erkennen ließen, gab es sichtbare Unterschiede in der Beratungsstellengröße und Trägerzugehörigkeit. Je größer die Beratungsstelle, desto höher war die Bereitschaft, die Beratung nach § 219 StGB per Telefon ($r = .252^{**}$) und per Video ($r = .181^{**}$) durchzuführen. Ebenso waren Berater*innen in freier Trägerschaft am ehesten bereit für das Telefon- und Videoformat.

Welche Einstellungsmuster zur Kompetenzeinschätzung und Zufriedenheit lassen sich aus den Interviews herauslesen? Zum einen wird in den Interviews eine Erweiterung der Beratungskompetenzen deutlich. Die fehlende Mimik und/oder Gestik in der Telefon- und teilweise auch in der Videoberatung oder das Tragen der Maske in der Präsenzberatung stellte die Beraterinnen zunächst vor neue Aufgaben, etwa »auf andere Signale in der Beratung [zu] achte[n]« (Frau Kraut). Dies erfordere vor allem Übung und Geduld, weshalb es im Laufe der Zeit einfacher geworden sei. Videoberatungen einfach auszuprobieren, »ohne jetzt schon zu wissen, wie man es richtig und perfekt macht« (Frau Aster), wurde ebenfalls als Herausforderung benannt.

Einige der Beraterinnen zeigten sich sehr offen und ohne persönliche Vorbehalte gegenüber der Formatexpansion. Neben der schieren Notwendigkeit offenbarte sich in der Formatvielfalt eine starke Orientierung an der antizipierten Situation von Klient*innen, »dass dadurch der Zwangscharakter ein bisschen weniger groß [und] [...] ein Minimum an mehr Selbstbestimmung gegeben ist, als wenn sie verpflichtet sind, vor Ort eine Beratung zu machen« (Frau Gedenkemein). Digitale Beratungsformate seien besser den Lebensumständen der ratsuchenden Personen angepasst. Somit stellt der pandemiebedingte Wandel für die Beraterin keine Herausforderung dar, sie sah es eher als ein Zugewinn für die Klient*innen.

Dennoch wird in den Interviews eines sehr deutlich: Die »Präsenzberatung [hat] im Konfliktfall eigentlich Priorität« (Frau Quitte). Die Erklärungsmuster sind vielseitig. Der Vorteil liege in der uneingeschränkten Wahrnehmbarkeit von Stimmung und Befindlichkeit des Gegenübers, »weil man da einfach am meisten mimisch, gestisch und so merken kann und aufnehmen kann, auch in das Gespräch« (Frau Aster). Dieses zentrale Beratungsmerkmal lassen die digitalen Beratungsformate vermissen: »Aber, ja, man hat immer das Gefühl von beiden Seiten, es fehlt noch etwas« (Frau Lavendel). Teilweise empfanden die Beraterinnen das digitale Format als Barriere für den Beziehungsaufbau zu den Klient*innen, der von besonderer Relevanz sei in der Beratung nach § 219 StGB. Psychosoziale Beratung sei immer ein »in Beziehung treten« (Frau Ringelblume), was sich im Präsenzformat vor allem für die Beraterin leichter und effizienter umsetzen lasse. Hingegen sei der

»Kontakt per Telefon schon irgendwie ein anderer, als wenn die da persönlich sitzen, auf eine bestimmte Weise distanzierter, finde ich. Deshalb finde ich auch, so psychologische Beratung über das Telefon kann man mal machen, ist besser als gar nichts, aber ist nicht so richtig gut. Ich finde das nicht so richtig gut« (Frau Rosmarin).

Nach Einschätzung der Beraterinnen bräuchte es vor allem das Präsenzsetting für ambivalente Klient*innen, damit diese sich im Beratungsprozess mehr öffnen können.

Andere Beraterinnen wiederum benannten die Sorge, in den digitalen Beratungen in ihrer methodischen und inhaltlichen Gestaltung der Beratung eingeschränkt zu sein. Auch in Hinblick auf Aufmerksamkeitssteuerung biete das Präsenzformat Vorteile gegenüber der digitalen Beratung:

»Ich tendiere auf jeden Fall zu einer Präsenzberatung, weil letztlich diese Face-to-Face-Beratung für beide, aber vor allen Dingen für mich als Beraterin, natürlich ein ganz anderes Spektrum ermöglicht. Ich habe viel bessere Möglichkeiten, mich wirklich auf die Frau zu fokussieren, mich nicht ablenken zu lassen« (Frau Petunie).

Auf Klient*innenseite fanden sich ebenfalls Kritikpunkte zur digitalen Beratung: Die Mehrheit der interviewten Beraterinnen betrachtete das Zuhause der Klient*in nicht als angemessenen Ort für eine Beratung nach

§ 219 StGB, da sie »so sensibel von der Thematik« (Frau Kraut) her sei und stattdessen einen neutralen, geschützteren Ort außerhalb des häuslichen Umfeldes erfordere.

Eine Beraterin macht deutlich, dass ihr die Kluft zwischen ihrem Wunsch und dem der Klientinnen durchaus bewusst sei, die sich häufiger einen anderen Rahmen wünschen würden. Andere Beraterinnen reflektieren ebenfalls ihre persönliche Haltung und wie sich diese auf die Beratung auswirken kann:

»Das hatte aber, glaube ich, schon was mit meiner eigenen Einstellung zu tun. Ich war da nicht so glücklich und fand das auch irgendwie blöd. Dann ist es auch nicht gut, dann kommt auch nichts Gutes dabei raus. Inzwischen habe ich auch da meine Haltung verändert. Einerseits auf Basis von guten Erfahrungen, andererseits aber auch auf Grundlage der sich hinziehenden Pandemie und der Erkenntnis: das ist jetzt hier nicht nach sechs Wochen zu Ende, ne?« (Frau Petunie)

Es gab auch Stimmen, die betonten, dass die persönliche Präferenz der Beraterin keinerlei Bedeutung für den Beratungsprozess bzw. die Entscheidung über das Beratungsformat seitens der Berater*in haben dürfe. Das gewählte Format sei kein Qualitätsmerkmal für eine gelingende Beratung:

»Ich würde daraus [aus ihrer Präferenz] aber keine politische Konsequenz ziehen, also wirklich nicht. Ich sage es noch das zweite Mal, das ist mir tiefer wichtig, dass man nicht sagt, das andere hat keine Qualität. Das hat genauso eine Qualität. Ich glaube, es gibt sogar Menschen, also Beraterinnen, die sagen, mir ist das am Telefon viel lieber. Und da dann daraus zu schließen, nur weil ich eine Präferenz habe, dass das sozusagen, wie soll ich das sagen, konzeptionsmäßig so sein muss, dass es face to face ist, das würde ich überhaupt nicht unterschreiben« (Frau Tulpe).

5 Zusammenfassung und Diskussion

Die Ergebnisse machen deutlich, dass sowohl fachliche und methodische Unsicherheiten und Ambivalenzen der Beratungsfachkräfte als auch ungünstige beratungsstelleninterne Rahmenbedingungen während der Coronapandemie maßgeblich den Einsatz neuer Beratungsformate für die

Beratung nach § 219 StGB limitierten. Der politische Vorstoß, auch in der Beratungslandschaft mehr Fortschritt zu wagen, kann in der Umsetzung durch Schwangerschafts(konflikt)berater*innen als zurückhaltend eingestuft werden.

Obwohl sich die Beratungsfachkräfte in der quantitativen Befragung für digitale Beratungsformate überwiegend als qualifiziert einschätzten, wurde deutlich, dass die persönliche Kompetenzeinschätzung und die Zufriedenheit mit den neuen Formaten zentral mit dem Erfahrungshintergrund zusammenhängen. Dass sowohl die Mehrheit der online Befragten als auch der Interviewten das Telefonformat für die Beratung nach § 219 StGB als eher ungeeignet einstufte, könnte ein weiterer Grund sein, weshalb zum Zeitpunkt der Erhebung in diesem Feld kaum digital beraten wurde. Die für eine Videoberatung nötigen externen Rahmenbedingungen wie Technik und transparente Datenschutzbestimmungen könnten weiterhin den geringen Anteil von Videoberatungen an allen Beratungen nach § 219 StGB erklären. Gleichzeitig wurde deutlich, dass die Akzeptanz durch die Nutzung digitaler Medien für die teaminterne Kommunikation durchaus vorhanden war. Daher kann die Formatwahl nicht nur von äußeren Faktoren bestimmt werden, sondern unterliegt im gleichen Maße einer subjektiven Bewertung, in der sich die persönlichen Haltungen der Beraterinnen widerspiegeln. Hier lagen die kritischen Einschätzungen insbesondere in der eingeschränkten Beziehungsgestaltbarkeit innerhalb der Beratung und der mangelnden Kontrollierbarkeit des Beratungssettings. Fehlende oder nur geringe Erfahrungen mit digitalen Beratungsformaten verstärkten bestehende Verunsicherungen und die Präferenz bekannter und Sicherheit gebender Beratungsmuster wie der Präsenzberatung.

Die genannten Rahmenbedingungen und individuellen Einstellungsmuster führten dazu, dass nicht nur die Berater*innen eingeschränkt in ihrer Angebotsvielfalt und Wahlfreiheit der Beratungsformate waren, sondern auch die Klient*innen, was gegen die Prämisse spricht, eine weitestgehend klient*innenorientierte Beratung anbieten zu können. Die Ergebnisse lassen ebenfalls darauf schließen, dass einigen Berater*innen wenig präsent war, dass es sich bei der digitalen Beratung um eine Dienstleistung handelt, die nicht auf der persönlichen Einstellung der Beratungsfachkräfte gegenüber digitalen Formaten basieren dürfe.

Deutlich wurde auch, dass die technische Ausstattung in den Beratungsstellen durch die Pandemie in den meisten Fällen aufgewertet wurde. Eine funktionierende Technik, die in den meisten Beratungsstellen gegeben war,

bedeutete jedoch nicht automatisch, dass Beratungen nach § 219 StGB optional auch digital durchgeführt wurden. Gerade die anspruchsvollen Datenschutzbestimmungen stellten eine Hürde bei der Nutzung von Softwaretools zur Videoberatung dar. Viele kostenfreie Softwaretools wurden zudem den Ansprüchen der Beratung nicht gerecht. Eine Option wäre, allgemeine Empfehlungen für die Beratungsstellen zu formulieren und den Beratungsstellen eine Auflistung mit datenschutzkonformen Videokonferenzsystemen zur Verfügung zu stellen, um die Beratungsfachkräfte zu entlasten. Neben rechtlichen Sicherheiten im Kontext der Nutzung von digitalen Tools sollten Berater*innen die Möglichkeit erhalten, sich beratungsstellenintern intensiv mit digitaler Beratung zu befassen und fachspezifisch auszutauschen, zum Beispiel in Form von Weiterbildungen und Schulungen. Eine weitere Perspektive könnte sein, dass digitale Kompetenzen bereits in der Ausbildung von Beratungsfachkräften gefördert würden. Das Curriculum von Beratungsausbildungen könnte entsprechend erweitert werden und Beratungsfachkräfte von Expert*innen zu digitaler Beratung bereits vor ihren ersten Beratungserfahrungen geschult und gestärkt werden für den Umgang mit digitalen Beratungsformaten. Eines hat die Erhebung sehr deutlich gezeigt: Die Ausstattung mit beratungsadäquater Hard- und Software und das nötige Know-how sind die Basis und damit essenzielle Bestandteile einer zeitgemäßen und klient*innenorientierten digitalen Beratung.

Literatur

- Bielinski, L.L., Trimpop, L. & Berger, T. (2021). Die Mischung macht's eben? Blended-Psychotherapie als Ansatz der Digitalisierung in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 66, 447–454. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00524-3>
- Buckel, S. (2003). *Online-Beratung. Hilfe im Internet für Jugendliche und Eltern*. [Materialien zur Beratung 11]. 1. Aufl. Fürth: Bundeskonferenz für Erziehungsberatung e.V.
- Bundesregierung (2021). Reproductive Selbstbestimmung. Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der FDP.
- Bradl, M. & Lehmann, R. (2022). Evaluationsbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt HeLB – Helfen. Lotsen. Beraten. des donum vitae-Bundesverbands. Institut für E-Beratung an der Technischen Hochschule Nürnberg, Georg Simon Ohm. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Ueber_Uns/HeLB/Evaluationsbericht_HeLB_Begleitforschung.pdf (04.05.2023).
- Gumz, A. & Boettcher, J. (2021). Digitale Interventionen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 66, 369–371. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00531-4>

- Hörmann, M. & Engelhardt, E. (2022). Blended Counseling – Grundlagen, Aktuelles und Diskurslinien. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 40(2), 72–77. https://www.systemisch-loesungsorientiert-beraten.ch/wp-content/uploads/sites/96/2022/10/ZSTB-2_22-Ho%CC%88rmann_Engelhardt.pdf (04.05.2023).
- Hörmann, M., Aeberhardt, D., Flammer, P., Tanner, A., Tschopp, D. & Wenzel, J. (2019). Face-to-Face und mehr – neue Modelle für Mediennutzung in der Beratung. Schlussbericht zum Projekt. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz. https://www.blended-counseling.ch/wp-content/uploads/sites/56/2020/06/2019_Face_to_Face_und_mehr_Schlussbericht_FHNW.pdf (24.05.2023).
- Krolzik-Matthei, K., Wienholz, S., Licht, J. & Böhm, M. (2021). Chancen und Herausforderungen von Schwangerschaftsberatung und Sexueller Bildung unter Pandemiebedingungen. Erste Ergebnisse qualitativer und quantitativer Befragungen unter Beratungsfachkräften. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 3, 211–219.
- Lehmann, R., Bradl, M. & Zauter, S. (2021). Schwangerschaftsberatung unter besonderer Berücksichtigung der Coronakrise. Eine Online-Befragung der donum vitae Beraterinnen und Berater. Institut für E-Beratung an der Technischen Hochschule Nürnberg, Georg Simon Ohm.
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Poelchau, H.-W., Briken, P., Wazlawik, M., Bauer, U., Fegert, J.M. & Kavemann, B. (2015). Bonner Ethik-Erklärung. Empfehlungen für die Forschung zu sexueller Gewalt in pädagogischen Kontexten. https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/downloads/files/ethikerklaerung-1.pdf?__blob=publicationFile&v=1 (15.03.2023).
- Römer, C. & Mundelsee, L. (2021). Einstellung gegenüber Online-Beratung: Eine Umfrage unter Berater:innen, Coaches und Therapeut:innen. *Coaching Theorie & Praxis*, 7, 173–184. <https://doi.org/10.1365/s40896-021-00061-5>
- Schmitz, K. (2020). Beratungssetting im Schwangerschaftskonflikt während der Coronapandemie ... und danach? *pro familia magazin*, 4, 21–23. https://www.profamilia.de/fileadmin/beratungsstellen/heidelberg/profa_magazin_4-2020-201007_Schmitz.pdf (04.05.2023).
- Weinhardt, M. (2022). Offene Fragen an die Hilfeform Beratung im Spannungsfeld zwischen Digitalität und Digitalisierung. *EthikJournal*, 8(1), 1–15.

Biografische Notizen

Maika Böhm, Dr. phil., Dipl.-Soz.päd., M. A. Gender und Arbeit, hat die Professur für Sexualwissenschaft und Familienplanung an der Hochschule Merseburg inne. Mit ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch beschäftigt sie sich aktuell im Rahmen der Forschungsprojekte BeSPa und ELSA-PV, hat darüber hinaus aber auch langjährige Praxiserfahrungen in der Beratung nach § 219 StGB/Schwangerschaftskonfliktberatung.

Romy Nitzsche war bis 2023 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in dem von der BZgA geförderten Forschungsprojekt »BeSPa – Schwangerschaftsberatung und Sexuelle Bildung während der Coronapandemie aus Sicht von Fachkräften« unter der Leitung von Prof. Dr. Maika Böhm an der Hochschule Merseburg tätig. Bis 2021 arbeitete sie als Beraterin in der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung. Zudem ist sie freiberufliche Bildungsreferentin im Bereich der Sexuellen Bildung und Medienpädagogik.

Sabine Wienholz, Dr. rer. med., Soziologin M. A., war bis 2024 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in den Forschungsprojekten BeSPa und ELSA-PV an der Hochschule Merseburg. Bis 2020 arbeitete sie am Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health und an der Erziehungswissenschaftlichen Fakultät der Universität Leipzig in Forschungsprojekten zu Jugendsexualität, Inklusion und Sexueller Bildung. Ihre Promotion befasste sich mit sexueller und reproduktiver Gesundheit bei Menschen mit Behinderungen.

Ungewollte Schwangerschaften im Kontext von Partnergewalt

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

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

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

1 Hintergrund und Forschungsstand

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Das Teilprojekt ELSA-VG – Darstellung der Ergebnisse

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

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

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

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

2.1 Paarbeziehung und Lebenssituation

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

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

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

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

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

2.2 Schwangerschaft und Informationsbeschaffung

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

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

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

2.3 Erfahrungen mit Schwangerschafts(pflicht)beratung bei einem Abbruchwunsch

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

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

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

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

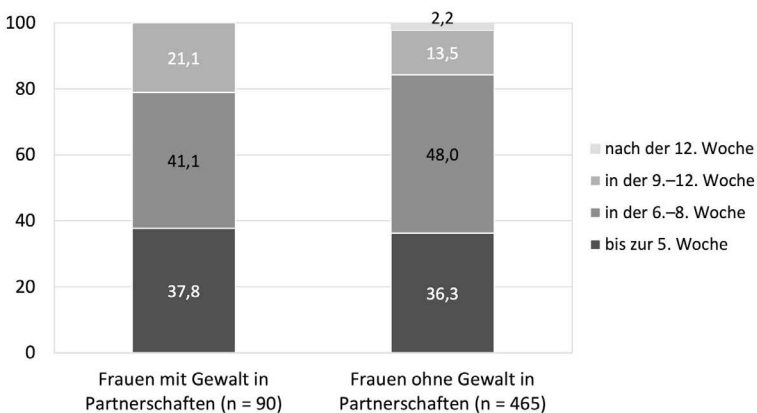


Abb. 1: Zeitpunkt der ersten Pflichtberatung bei Frauen mit und ohne Gewalterfahrung in der Partnerschaft (in Prozent)⁵

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

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

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

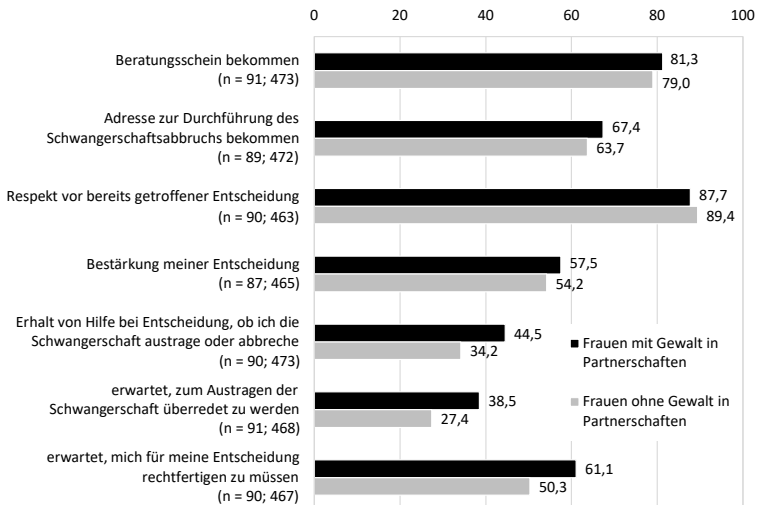


Abb. 2: Häufigkeitsverteilung der Intention zum Besuch der Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit und ohne Gewalterfahrung in der Partnerschaft (in Prozent)

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

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

2.4 Entscheidungsprozess bei einer ungewollten Schwangerschaft

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

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

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

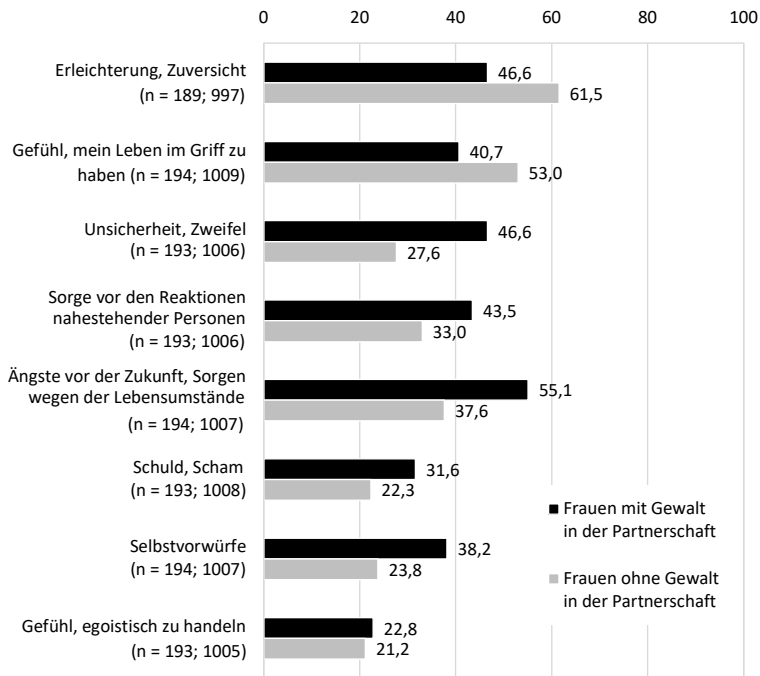


Abb. 3: Empfindungen nach der Entscheidung zum Ausgang der Schwangerschaft bei Frauen mit und ohne Gewalterfahrung in der Partnerschaft (in Prozent)

Vanessa König berichtet im Interview von ihrem damals gewalttätigen Partner:

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

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

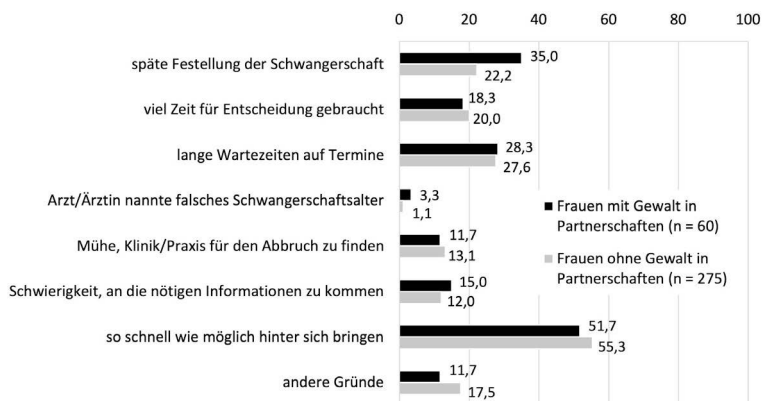


Abb. 4: Gründe für Zeitdruck bei der Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch bei Frauen mit und ohne Gewalterfahrung in der Partnerschaft (in Prozent)

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

2.5 Typenbildung der Schwangerschafts(konflikt)beratung

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

Typ 1: Beratung als Repression

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

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

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

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

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

Typ 2: Beratung perpetuiert Ambivalenzen

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

Typ 3: Beratung als Ressource

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

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

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

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

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

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

3 **Fazit und Schlussfolgerungen für die Schwangerschaftsberatung**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Literatur

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

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

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

Biografische Notizen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Herausforderungen und Potenziale der gegenwärtigen wie künftigen medizinischen Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland

Amelie Kolandt

1 Einleitung

Der Zugang zu medizinisch sicheren Schwangerschaftsabbrüchen wird vom Menschenrechtsausschuss der Vereinten Nationen als Menschenrecht von Frauen und Mädchen klassifiziert. Eine Beschränkung des Zugangs, beispielsweise durch Kriminalisierung, wird als schwere Einschränkung reproduktiver Freiheiten und geschlechtsspezifische Gewalt bis hin zu Folter gewertet (OHCR, 2020, S. 1f.). Diese Einschätzung betonte das Büro des Hochkommissars der Vereinten Nationen erneut vor dem Hintergrund der jüngeren Gesetzesänderungen in den USA und Polen (Kapelanska-Preowska, 2021; OHCR, 2022).

In Deutschland wurde 2018 – ausgelöst durch den Fall Kristina Hänel – eine Debatte entfacht über die Kriminalisierung von Ärzt*innen, die Informationen über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen weitergeben (§ 219a Strafgesetzbuch, kurz StGB) stand. Diese hatte nicht nur eine Gesetzesreform zur Folge, sondern auch eine bis heute anhaltende mediale und fachliche Diskussion darüber, inwiefern die Versorgung ungewollt Schwangerer in Deutschland aktuell gewährleistet ist (Ärzteblatt, 2018; Deutscher Bundestag, 2022; Grather, 2022) und ob es einer weitergehenden Entkriminalisierung des Eingriffs bedürfe (BMFSFJ, 2023). Im vorliegenden Beitrag soll zum einen ein kurzer Überblick zum aktuellen Forschungsstand bezüglich der Versorgungssituation ungewollt Schwangerer gegeben werden. Zum anderen können die Ergebnisse einer durch die Autorin durchgeführten Interviewstudie Einblicke darin geben, welche Herausforderungen und Potenziale Expert*innen – auch vor dem Hintergrund (inter)nationaler gesellschaftspolitischer Entwicklungen – für die medizinische Behandlung ungewollt Schwangerer in Deutschland gegenwärtig wie künftig sehen.

2 Hintergrund und aktueller Forschungsstand

In Deutschland wurden gemäß den Erhebungen des Statistischen Bundesamts zwischen 2013 und 2022 im Durchschnitt etwas mehr als 100.000 Schwangerschaftsabbrüche pro Jahr durchgeführt. 96,2 % der Eingriffe erfolgten gemäß § 219 StGB nach einem verpflichtenden Beratungsgespräch, einer Wartefrist von drei Tagen und vor Ende der zwölften Schwangerschaftswoche post conceptionem durch eine*n Ärzt*in (BMJ, 2023b; Destatis, 2023c). Für Letztere waren sie unter Einhaltung dieser Bedingungen legal, für die Patient*innen¹ straffrei, aber weiterhin rechtswidrig und laut Gesetzgeber »dennoch verwerflich« (Deutscher Bundestag, 2017, S. 6).

Neben der Anzahl der Eingriffe dokumentiert das Statistische Bundesamt seit 2018 die Anzahl der Meldestellen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführten (Destatis, 2023a). Allerdings erfolgte diese Dokumentation vor 2018 nicht systematisch und aufgrund der Erhebungsmethodik ist kein Rückschluss auf die Gesamtzahl der Institutionen möglich, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten (Destatis, 2023b), und damit auch nicht auf die Anzahl der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführ(t)en.

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) stellt in ihrem ersten Leitlinienprogramm »Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon« von 2022 einerseits unter Verweis auf diese Zahlen den Rückgang der Meldestellen zwischen 2003 und 2021 um fast 46 % heraus. Andererseits kritisiert sie eine unzureichende Datenlage für die deutsche Versorgungslandschaft und die eingeschränkte Übertragbarkeit internationaler Studienergebnisse auf den deutschen Kontext (DGGG, 2022, S. 48f.).

Im Rahmen einer Sonderauswertung der durch das Statistische Bundesamt erhobenen Daten für das Jahr 2019 untersuchten Loredo und Holleder Schwangerschaftsabbrüche, die nach Beratungsregelung im Krankenhaus durchgeführt wurden (Loredo & Holleder, 2023). Hier zeigten sich Unterschiede zwischen den jeweiligen Bundesländern in der Anzahl und

1 Der Gesetzestext geht von (cis) weiblichen Schwangeren aus. Das Guttmacher-Institut veröffentlichte 2023 eine Studie zu Charakteristika von 6.674 Patient*innen, die zwischen Juni 2021 und Juli 2022 einen Schwangerschaftsabbruch in den USA hatten. Hierbei identifizierten sich 16 % der Befragten als nicht heterosexuell und 1,1 % der Befragten als nicht binär (0,7 %), trans-männlich (0,3 %) oder etwas anderes (0,1 %) (Jones & Chiu, 2023). Deswegen wird hier und im Folgenden die genderinklusive Form verwendet.

Methodik der durchgeführten Eingriffe bzw. im Zugang zur Versorgung. Die Autor*innen stellten ein Ost-West-Gefälle bezüglich der Eingriffsquoten fest, also eine höhere Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen pro 10.000 Personen im gebärfähigen Alter in den ehemaligen Ost-Bundesländern als in Westdeutschland (ebd., S. 7f.). Patient*innen mit Wohnsitz in Bayern, dem Saarland und Niedersachsen mussten mit höherer Wahrscheinlichkeit in ein anderes Bundesland fahren, um behandelt zu werden. Umgekehrt versorgten die Stadtstaaten Bremen und Hamburg auch Patient*innen aus anderen Bundesländern und Brandenburg besonders viele Patient*innen mit Wohnsitz im Ausland (ebd., S. 7f., 12).

Der wesentliche Großteil (über 90 %) der in dieser Untersuchung berücksichtigten Schwangerschaftsabbrüche wurde operativ vorgenommen. Auffällig waren hier die im internationalen Vergleich häufig durchgeführten Kürettagen (bundesweit knapp 28 %) sowie regionale Unterschiede: Die meisten Kürettagen wurden in Hessen (über 80 %), Bayern (über 70 %) und Rheinland-Pfalz (über 60 %) durchgeführt, während in Berlin und Brandenburg je über 80 % der Schwangerschaftsabbrüche mittels Vakuumaspiration durchgeführt wurden. Als mögliche Erklärungsansätze führten die Autor*innen die historisch bedingt unterschiedlichen gesellschaftlichen bzw. rechtlichen Bedingungen in der ehemaligen BRD bzw. DDR an. Zudem bemängeln sie, dass eine detailliertere Analyse, beispielsweise auf regionaler Ebene, aufgrund der Erhebungsmethoden nicht möglich war (ebd., S. 9–12).

Welche Ursachen könnte es für die Heterogenität der regionalen Versorgungslandschaft außerdem geben? Und gibt es weitere Unterschiede jenseits von Verfügbarkeit und Zugänglichkeit? Erste Antworten auf diese Fragen kann die Interviewstudie der Autorin liefern (Kolandt, 2024a, i. Dr.). Die Ergebnisse dieser Veröffentlichung sollen unter 4.1 zunächst zusammengefasst werden, um dann im Anschluss auf die benannten Zukunftsperspektiven der Expert*innen (vgl. hierzu auch Kolandt, 2024b, i. Dr.) einzugehen. Zunächst soll jedoch das methodische Vorgehen erläutert werden.

3 Methodik

Für die hier präsentierten Ergebnisse wurden insgesamt 42 semistrukturierte leitfadengestützte Expert*inneninterviews (n = 20 Schwangerschaftskonfliktberater*innen, n = 22 gynäkologisch tätige Ärzt*innen)

geführt und ausgewertet. Die Rekrutierung erfolgte deutschlandweit über Berufsverbände für Gynäkologie und Geburtshilfe, Träger anerkannter Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, Gesundheitsämter, Universitätskliniken, über Aufrufe in Fachzeitschriften sowie das Schneeballprinzip.

Allen an einem Interview interessierten Expert*innen wurde ein Termin zum Gespräch angeboten. Die befragten Schwangerschaftskonfliktberater*innen arbeiteten zum Zeitpunkt der Erhebung in Bayern, Berlin, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen. Zwei Berater*innen, die ausgebildete Mediziner*innen sind, waren eigenen Angaben nach in der Vergangenheit sowie zum Zeitpunkt der Erhebung vor allem beraterisch tätig, sodass sie der Gruppe der Berater*innen zugeordnet wurden. Die weiteren Berater*innen waren ausgebildete Sozialpädagog*innen ($n = 9$), Sozialarbeiter*innen ($n = 5$) oder Psycholog*innen ($n = 4$). Sechs von ihnen arbeiteten zu diesem Zeitpunkt an christlichen Beratungsstellen, zehn für pro familia, zwei bei Landesgesundheitsämtern, eine*r beim Humanistischen Verband Deutschlands und eine*r bei einem Familienplanungszentrum mit mehreren konfessionslosen Trägern. Durchschnittlich hatten sie 21,3 Jahre Berufserfahrung (drei Berater*innen hatten weniger als zehn Jahre Berufserfahrung, fünf Berater*innen zwischen zehn und 20 Jahren und zwölf Berater*innen hatten mehr als 20 Jahre Berufserfahrung).

22 Ärzt*innen entsprachen den Einschlusskriterien und hatten entweder eine abgeschlossene ($n = 20$) oder zum Zeitpunkt des Interviews begonnene Weiterbildung im Fachbereich Gynäkologie und Geburtshilfe ($n = 2$). Hiervon waren neun im Krankenhaussektor und zwölf in der Niederlassung tätig. Ein*e dieser Ärzt*innen gab an, bislang vorwiegend im stationären Sektor und erst seit Kurzem im ambulanten Sektor tätig zu sein. Ein*e Expert*in befand sich zum Zeitpunkt der Erhebung auf Stellensuche, um künftig die Methodik von Schwangerschaftsabbrüchen erlernen zu können. Drei der (niedergelassenen) Ärzt*innen boten Konfliktberatungen an, ein*e weitere*r war zum Zeitpunkt der Erhebung dabei, medikamentöse Abbrüche in seiner*ihrer Praxis zu etablieren. Die verbleibenden Ärzt*innen führten selbst medikamentöse und/oder operative Abbrüche in ihrer Praxis bzw. Abteilung durch. Die ärztlich tätigen Expert*innen hatten durchschnittlich 20,82 Jahre Berufserfahrung (weniger als zehn Jahre Berufserfahrung hatten vier der interviewten Ärzt*innen, zwischen zehn und 20 Jahren Berufserfahrung hatten sieben der interviewten Ärzt*innen und

mehr als 20 Jahre Berufserfahrung hatten elf der interviewten Ärzt*innen). Sie waren zum Interviewzeitpunkt in Baden-Württemberg, Berlin, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt tätig.

Die Interviews fanden zwischen September 2020 und Mai 2021 am Telefon statt und wurden aufgezeichnet. Sie dauerten zwischen 25 und 105 Minuten (Durchschnitt: 50 Minuten). Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte als qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (Mayring, 2015) im induktiven Verfahren mithilfe der Software MaxQDa 2022. Es erfolgte eine Gegencodierung durch zwei mit qualitativer Methodik vertraute Forschende der Charité ausgehend von ca. 10 % des Materials. Bei Nichtübereinstimmung wurden die entsprechenden Codes bzw. Textstellen so lange diskutiert, bis ein Konsens erreicht wurde. Das Kategoriensystem wurde dementsprechend mehrfach überarbeitet.²

Im Rahmen der Erhebung wurden die Expert*innen gebeten, die aktuelle Versorgungssituation, möglicherweise bestehende Herausforderungen sowie mögliche Lösungsansätze zu beschreiben. Zudem wurden sie nach ihren Ängsten und Befürchtungen sowie Ideen und Wünschen im Hinblick auf die Zukunft gefragt. Ihre Antworten sollen im Nachfolgenden zusammengefasst dargestellt werden.

4 Ersttrimester-Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland: Gegenwart und Zukunft, Dystopien und Utopien

4.1 Der Blick in die Gegenwart: Die aktuelle Versorgungssituation und bestehende Herausforderungen

»Die nächste Herausforderung ist, dass eine ganze Generation von Ärzten – das ist jetzt praktisch meine Generation und die, die noch älter sind als ich – die tatsächlich auch aus politisch oder weltanschaulich motivierten Gründen fanden, dass sie jetzt auch Schwangerschaftsabbrüche machen würden, [...] dann in Rente gehen [...]. Und dann gibt es eine Zwischengeneration, [...] ich sag mal so die

2 Für eine ausführlichere Darstellung der Methodik vgl. Kolandt (2024a, i.Dr.).

40-Jährigen, da war das einfach nicht so Thema. Da gibt's einfach viele, die sich mit dem Thema nicht beschäftigt haben, die [damit] dann jetzt auch nichts zu tun haben wollen.«

*Niedergelassene*r Gynäkolog*in aus Norddeutschland,
28 Jahre Berufserfahrung (Ärzt*in 18, Abschnitt 44)*

Die Expert*innen beschrieben verschiedene Herausforderungen bezüglich der Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen im ersten Trimenon. Als drängendstes Problem der regionalen Verfügbarkeit wurde ein unterschiedlich ausgeprägter Mangel an Ärzt*innen beschrieben, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Dieser führe dazu, dass Patient*innen teils lange Wartezeiten bis zum Zeitpunkt des Eingriffs bzw. lange Distanzen bis zum Ort der Versorgung zurücklegen müssten. Expert*innen berichteten teils von Patient*innen, die über 100 Kilometer bis zum Versorgungsort reisten. Durch eine limitierte Ärzt*innenwahl sei auch die Methodenwahl beschränkt, da nicht alle Ärzt*innen alle Methoden beherrschten bzw. anböten. Zusammengefasst beschrieben die Expert*innen ein Nord-Süd – teils auch ein Ost-West –, insbesondere aber ein Stadt-Land-Gefälle, was die Verfügbarkeit des Eingriffs betraf.

Die Expert*innen schilderten weiter, dass der Zugang zu Informationen durch § 219a StGB, der im Erhebungszeitraum noch in Kraft war, eingeschränkt werde. Außerdem kursierten Fehl- und Desinformationen, so die Interviewten. Letztere seien unter anderem auf die Verbreitung durch Abtreibungsgegner*innen und nicht staatlich zertifizierte Beratungsstellen zurückzuführen. Die mangelnde Transparenz der Informationen führe dazu, dass Patient*innen Schwierigkeiten hätten, Versorger*innen zu finden und ihr Gesundheitswissen eingeschränkt werde. Der Zugang zur Versorgung werde zudem durch die gesetzlich vorgeschriebene Beratungs- und Wartepflicht erschwert sowie dadurch, dass Schwangerschaftsabbrüche nach Beratungsregelung aufgrund der Kriminalisierung nicht standardmäßig durch die Krankenkassen finanziert werden. Zusätzlich zu den gesetzlichen Auflagen und den gegebenenfalls bestehenden finanziellen Herausforderungen kämen teils Sprachbarrieren und eine fehlende Vertraulichkeit gegenüber dem*der eigenen Gynäkolog*in als Hürden für die Patient*innen hinzu.

Neben der Verbreitung von Desinformationen beschrieben die Expert*innen Angst vor Diffamierung und Bedrohungen durch Abtreibungsgegner*in-

nen bzw. konkrete Erfahrungen hiermit als Herausforderung für Ärzt*innen, Berater*innen und Patient*innen. Dies geschehe beispielsweise in Form von Demonstrationen, Drohbriefen oder Gehsteigbelästigung. Zwei Interviewte berichteten sogar von konkreter Androhung von Gewalt gegen sie.

Die fehlende Vertraulichkeit gegenüber dem*der eigenen Gynäkolog*in führten die Expert*innen unter anderem auf eine Stigmatisierung des Eingriffs bzw. der Patient*innen durch Fachpersonal zurück. Eine wertende Haltung des Personals zeige sich beispielsweise durch Äußerungen gegenüber Patient*innen bzw. deren Andersbehandlung. Die Angst vor Stigmatisierung bzw. konkrete Stigmatisierungserfahrungen der Patient*innen schmäleren die Annehmbarkeit von Versorgungsangeboten sowohl im Bereich der Beratung als auch im Gesundheitswesen, so die Expert*innen weiter.

Wertendes Verhalten seitens des Fachpersonals führten die Expert*innen auf eine gesellschaftlich verbreitete Stigmatisierung bzw. Tabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland zurück. Außerdem sei die Konfrontation mit dem Thema im Rahmen der medizinischen Aus- und Weiterbildung unzureichend. In der Folge werde zudem fachlichen bzw. methodischen Herausforderungen bei der Behandlung ungewollt Schwangerer teils nicht adäquat begegnet.

Als mögliche Ursachen für den Personalmangel beschrieben die Expert*innen mehrere Faktoren: Es gebe einen generellen, zunehmenden Ärzt*innenmangel, unabhängig vom Fachbereich der Gynäkologie und Geburtshilfe, der dazu führe, dass die Versorger*innenzahl in den vergangenen Jahren bis Jahrzehnten abgenommen habe. Dieser ärztliche Personalmangel sei in ländlichen Regionen stärker spürbar als in urbanen. Bedingt sei dieser generelle Ärzt*innenmangel unter anderem durch den demografischen Wandel. Verschärft werde er im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen zusätzlich durch intergenerationale Unterschiede innerhalb der Gynäkolog*innenschaft, so die Expert*innen weiter: Die ältere Generation der Gynäkolog*innen sei entweder in der ehemaligen DDR sozialisiert und/oder durch die Frauenbewegung der 1970er Jahre politisiert worden und daher eher bereit dazu (gewesen), den Eingriff durchzuführen. Eine mittlere Generation von Gynäkolog*innen wird teils als entweder konservativer in ihrer Haltung gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen beschrieben oder sie hielten es teils nicht für notwendig, selbst in die Versorgung ungewollt Schwangerer einzutreten, da sie diese durch andere (ältere) Kolleg*innen gewährleistet sahen.

Eine jüngere Generation von Mediziner*innen, die sich teilweise noch

im Studium, teilweise in der Weiterbildung befinden, wird wiederum als stärker politisiert beschrieben, unter anderem durch die gesellschaftliche Debatte um § 219a StGB. Diese Generation sei eher dazu bereit, den Eingriff zu erlernen oder sich beispielsweise in Form von extracurricularen Kursen mit der Thematik zu befassen und auch selbst Aufklärungsarbeit zu leisten. Als Beispiele für solche Initiativen wurden von den Expert*innen die Medical Students for Choice und die Doctors for Choice Germany genannt (siehe dazu auch das Interview mit Alicia Baier in diesem Band).

Besonders kritisch wurden in diesem Zusammenhang auch das Weigerungsrecht³ und die dadurch bedingten Folgen diskutiert. Während die meisten der interviewten Expert*innen das Weigerungsrecht als individuelles Recht nicht grundsätzlich infrage stellten, gab es auch Expert*innen, die der Meinung waren, dass Gynäkolog*innen in ihrer Weiterbildung die Methodik des Schwangerschaftsabbruchs verpflichtend lernen sollten. Weitergehend einige waren sie sich jedoch in ihrer Kritik daran, dass sich Leitungen im Namen ganzer Abteilungen bzw. Einrichtungen dieses Bereichs der Versorgung verweigerten. Damit kämen die dortigen Gynäkolog*innen auch nicht in Kontakt mit dem Thema (ohne deswegen aus Sicht der Expert*innen selbst aktiv Abbrüche durchführen zu müssen). Das kritischste Moment für die Expert*innen war dabei, dass das Weigerungsrecht nicht die Versorgung von Patient*innen gefährden dürfe. Insbesondere Universitätskliniken und Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft dürften sich aus ihrer Sicht nicht grundsätzlich der Versorgung verweigern.

Neben dem demografischen Wandel, den intergenerationalen Wertunterschieden und den Auswirkungen der Weigerungsoption wurde als mögliche Ursache für die geringer werdende Anzahl an Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, auch die grundsätzliche Kriminalisierung des Eingriffs genannt. Die als mangelnd empfundene Rechtssicherheit mache es unattraktiv, sich in den Versorgungsbereich zu begeben. Hinzu komme der erhöhte bürokratische Mehraufwand durch die Gesetzeslage beispielsweise bei der Beschaffung von Medikamenten für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch.

Die rechtliche Situation wurde auch als wesentlicher Faktor im Zusam-

3 Die Weigerungsoption ist die im Falle von Schwangerschaftsabbrüchen gesetzlich vorgesehene Möglichkeit, sich der Beteiligung am Eingriff zu verweigern. So sieht das Strafgesetzbuch vor, dass niemand gezwungen werden kann, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, es sei denn, es handelt sich um eine Notfallindikation (BMJ, 2023a).

menhang mit der gesellschaftlichen Haltung zum Thema bzw. der daraus folgenden Stigmatisierung beschrieben, da durch den Gesetzestext bereits eine grundsätzliche moralische Haltung vermittelt würde. Als wesentliche Einflussgröße auf die gesellschaftliche Haltung wurden außerdem die christlichen Kirchen benannt, insbesondere die katholische. Diese habe kulturell-gesellschaftlichen, politischen und institutionellen Einfluss, beispielsweise in Form von Vereinen, Parteien oder durch die Trägerschaft von Institutionen der Gesundheitsversorgung. Der je nach Region unterschiedlich starke religiöse Einfluss wurde meist als eine Ursache dafür benannt, warum die Versorgung ungewollt Schwangerer im Süden Deutschlands schlechter sei als beispielsweise im Norden der Republik.

Im Anschluss wurden die Expert*innen gebeten, ihre Ängste und Befürchtungen, aber auch ihre Ideen für die zukünftige Versorgung zu schildern.

4.2 Ängste und Befürchtungen: Von Schwarzmalerei und Dystopien

»Also wenn ich jetzt ganz schwarzmale und diese Fundamentalisten hier mir vorstelle, was ich ja meistens vermeide, mir vorzustellen – aber dann solche Szenarien, die so extremistisch vielleicht auch mal hier kommen können, so wie sie in den USA sind und [bricht ab und überlegt] da ich schon selbst mit meinem Leben bedroht wurde nicht nur mit meiner Karriere, sondern auch mit meinem Leben, ja, das schwingt schon latent, glaube ich, mit. Also immer wieder zu wissen, so selbstverständlich ich das finde, dass das die Basis der absoluten Gleichberechtigung zwischen den Geschlechtern ist, sind wir davon natürlich so extrem weit entfernt leider immer noch, trotz viel Engagement über die Jahrhunderte des Kampfes, dass es kein sicheres Gefühl gibt, sich dafür öffentlich zu engagieren.«

*Gynäkolog*in aus Berlin, seit Kurzem ambulant tätig,
ca. 20 Jahre Berufserfahrung (Ärzt*in 23, Abschnitt 85)*

Eine unzureichende Versorgungssicherheit war die meistgenannte Antwort der Interviewten auf die Frage nach Ängsten in Bezug auf die Zukunft. Auch hier wurden als Befürchtungen (weiter) abnehmende Versorger*in-

nenzahlen sowie eine eingeschränkte Zugänglichkeit und Methodenwahl benannt. In diesem Zusammenhang befürchteten mehrere Expert*innen, dass künftig mehr Patient*innen für die Versorgung ins Ausland fahren müssten und dass die medizinische Versorgungsqualität in Deutschland abnehmen könnte, was eine Gefährdung der Patient*innengesundheit wahrscheinlicher mache.

Die Angst vor einer schlechter werdenden Versorgungslage ging für fast die Hälfte der Befragten (19 von 42) mit der Furcht vor einer (weiterführenden) Kriminalisierung in Deutschland einher. Diese Befürchtungen reichten von einer Verschärfung bestehender Gesetze bis hin zu einem absoluten Verbot des Eingriffs, das Patient*innen und Ärzt*innen in die Illegalität zwingen würde. Grund für diese Befürchtungen seien entsprechende Bestrebungen rechtskonservativer bis rechtsextremer Strömungen. In diesem Zusammenhang verwiesen einige Interviewpartner*innen auf gesellschaftspolitische Entwicklungen im Ausland, vorwiegend in Polen, Ungarn und den USA. Das Erstarken konservativistischer und rechter Parteien habe dort die rechtliche Einschränkung des Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen zur Folge gehabt. In Hinblick auf den amerikanischen Kontext betonten die Expert*innen die Rolle stärker werdender christlich-fundamentalistischer Bewegungen und Akteur*innen, die gesellschaftspolitischen Einfluss nähmen bzw. am Obersten Gerichtshof der USA direkt auf die Gesetzgebung einwirkten.

Sollten sich entsprechende Befürchtungen für die gesellschaftspolitischen Entwicklungen in Deutschland bewahrheiten, so die Expert*innen weiter, sei in der Konsequenz damit zu rechnen, dass die medizinisch adäquate Behandlung ungewollt Schwangerer nicht mehr gewährleistet sei und sie physische und psychische Schäden erleiden könnten, beispielsweise durch illegale Behandlungen durch nicht- medizinisches Personal oder zur Austragung der Schwangerschaft gezwungen würden.

Einige der befragten Expert*innen stellten hierbei eine Verbindung her zwischen befürchteter Kriminalisierung und einer verstärkten Tabuisierung bzw. gesellschaftlichen Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, die sich negativ auf Patient*innen, Ärzt*innen und Berater*innen auswirken könnte. Des Weiteren leiteten die Interviewten teils aus einer potenziellen weiterführenden Kriminalisierung eine mögliche Bedrohungslage für Patient*innen und die Versorgenden beispielsweise durch Abtreibungsgegner*innen ab.

Die Angst vor einer Zunahme der absoluten Zahlen von Schwanger-

schaftsabbrüchen bei einer Liberalisierung wurde von keine*r der interviewten Expert*innen als persönliche Befürchtung benannt. Ein*e Ärzt*in verweist aber indirekt auf diese Überlegung. Er*Sie hält eine solche Entwicklung für unwahrscheinlich, insbesondere wenn eine qualitativ gute Aufklärungsarbeit geleistet würde (Ärzt*in 14, im stationären Sektor tätige*r Gynäkolog*in, Niedersachsen, zwölf Jahre Berufserfahrung). Eine gute Aufklärung in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche (sowohl im akuten Fall als auch als Teil der allgemeinen Sexualaufklärung) war einer der Wünsche der Expert*innen. Welche Überlegungen die Expert*innen auf die Frage nach Ideen für die Zukunft sonst geäußert haben, zeigt sich im Folgenden.

4.3 Ideen, Wünsche, Zukunftsvisionen: Entkriminalisierung und Entstigmatisierung, Verhütungsvielfalt und Gleichberechtigung

»Ja, die Zukunftsvision wäre auf jeden Fall raus aus dem Strafgesetzbuch, das wäre mein großer Wunsch [...] und einfach, dass diese Ausbildungen, die Abbrüche in der medizinischen Ausbildung fest verankert sind und dass richtig viele Ärzte, Ärztinnen, das auch anbieten und auch Lust drauf haben, das anzubieten und die Frauen gut beraten, gut begleiten und betreuen [...]. Ich wünsche mir einfach, dass sowohl der Schwangerschaftsabbruch als auch alle Verhütungsmittel einfach Krankenkassenleistungen werden.«

*Schwangerschaftskonfliktberater*in aus Ostbayern, ca. fünf
Jahre Berufserfahrung im Bereich Konfliktberatung
(Berater*in 10, Abschnitt 143)*

Am häufigsten wurde auf die Frage nach Ideen für die Zukunft mit dem allgemeinen Wunsch nach Versorgungssicherheit für die Patient*innen beantwortet. Im Spezifischen nannten die Interviewten hier ein qualitativ gutes Beratungsangebot und eine qualitativ gute medizinische Versorgung. Hierzu gehörten ein besserer Zugang zu Informationen über Schwangerschaftsabbrüche sowie die Möglichkeit, die Methode des Abbruchs wählen zu können. Um diese Versorgungssicherheit gewährleisten zu können, bräuchte es aber auch mehr ärztliches Personal, das Abbrüche durchführt.

Bezüglich der Qualität des Beratungsangebots wurden ein flächen-

deckender, niedrigschwelliger Zugang zur Beratung, ergebnisoffene und kultursensible Beratungsangebote und ein wertschätzender Umgang mit den ungewollt Schwangeren unabhängig vom Grund für den Abbruch genannt.

Zur Verbesserung der humanmedizinischen Lehre forderten die Expert*innen eine verpflichtende Verankerung des Themas im Medizincurriculum samt methodischer, rechtlicher und ethischer Aspekte. Auch die Implementierung der bislang studentisch organisierten extracurricularen Lehrangebote in Form von Workshops zur Methodik wurde angeregt. Sowohl im Rahmen der Aus- als auch der Weiterbildung sollten, so die Expert*innen, Räume für Austausch und Diskussion, aber vor allem zur Eruerung einer eigenen Haltung geschaffen werden. Im Kontext der gynäkologischen Weiterbildung hielten die Expert*innen die stärkere Verankerung des Themas im Weiterbildungskatalog daher für essenziell. Während es zur verpflichtenden Verankerung des Durchführens von Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen der Weiterbildung unterschiedliche Meinungen gab, waren sich die Interviewten größtenteils darin einig, dass eine Konfrontation mit dem Thema in der Weiterbildung erfolgen müsse, um das Versorgungsangebot und den Umgang mit den Patient*innen zu verbessern. Die Sensibilisierung und Entstigmatisierung im Kontext von Aus- und Weiterbildung bzw. beruflicher Praxis wurde von den Expert*innen einerseits teils schon selbst in unterschiedlichen Formen in ihrem Berufsalltag praktiziert und wurde andererseits als wesentlich für eine gesamtgesellschaftliche Entstigmatisierung angesehen. Außerdem wünschten sich die Expert*innen mehr (medizinische) Forschung zum Thema Schwangerschaftsabbruch. Dieser Wunsch war für einen Teil von ihnen auch Anlass, an der Erhebung teilzunehmen. Darüber hinaus hofften sie, dass bürokratische Hürden abgebaut würden, damit der Zugang zum Abbruch verbessert wird. Eine niedergelassene*r Gynäkolog*in wünscht sich über die Entkriminalisierung und die Aufhebung der Beratungspflicht hinaus die Etablierung eines »Beratungsrecht[s], weil das [...] einer Frau eine größere Freiheit ermöglicht« (Ärzt*in 1, Abschnitt 289, Nordrhein-Westfalen, ca. 22 Jahre Berufserfahrung).

Ein zentraler Wunsch an politische Akteur*innen war mehr Schutz für Patient*innen und Personal vor Abtreibungsgegner*innen, insbesondere im Zusammenhang mit Gehsteigbelästigungen, beispielsweise in Form von demonstrationsfreien Schutzzonen um die jeweiligen Beratungs- bzw. Versorgungsinstitutionen.

Die rechtliche Entkriminalisierung und Entstigmatisierung im medizinischen Kontext ist für die meisten Expert*innen jedoch nicht ohne eine gesellschaftliche Entstigmatisierung zu denken. Die verschiedenen Dimensionen bedingten sich in ihrer Wahrnehmung wechselseitig.

Im Sinne einer Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen wünschten sich die Expert*innen neben einer Stärkung der Sexual- und Verhütungsaufklärung auch eine Verbesserung der finanziellen und strukturellen Bedingungen für Schwangerschaft und Familien(planung). Darunter verstanden die Expert*innen beispielsweise eine Verbesserung des geburts-hilffichen Versorgungsangebots durch die Stärkung der Hebammenschaft bzw. Geburtshilfe, mehr Kinderbetreuungsplätze, Schaffung von Wohnraum, mehr finanzielle Hilfen für Familien wie beispielsweise eine Kindergrundsicherung und einen Abbau familien- bzw. meist mütterdiskriminierender Hürden am Arbeitsplatz, etwa in Form prekärer Arbeitsverhältnisse. Die Verhütung ungeplanter Schwangerschaften betreffend sahen sie neben der verstärkten Aufklärungsarbeit einen besseren Zugang zu Kontrazeptiva bzw. die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen sowie mehr Angebote und Forschung zur Vielfalt von Kontrazeptionsmethoden als wichtige Präventionsmöglichkeiten an.

Diese Möglichkeiten und Potenziale stehen und fallen für die meisten interviewten Expert*innen jedoch mit den politischen Entwicklungen im Land. Gleichzeitig ist die Hoffnung, dass eine politische Veränderung und damit eine Entwicklung hin zu einer evidenzbasierten, patient*innenzentrierten Versorgung möglich ist, der ausschlaggebende Grund für das Engagement einiger der Interviewten. So sagt beispielsweise ein*e Berliner Gynäkolog*in, wenn er*sie nicht an eine Umkehrung dieses »Negativtrends« glaubte, dann »würde ich mich wahrscheinlich auch nicht engagieren« (Ärzt*in 23, Abschnitt 21, Berlin, ambulant tätig, ca. 20 Jahre Berufserfahrung).

5 Diskussion

Die im Rahmen dieser Studie interviewten Expert*innen beschrieben insgesamt einen Negativtrend über die letzten Jahre bzw. Jahrzehnte bezüglich der Anzahl der versorgenden Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, und eine dadurch eingeschränkte Verfügbarkeit und Zugänglichkeit der Versorgung. Eine gesellschaftlich bedingte, aber

auch im Gesundheitswesen verbreitete Stigmatisierung des Eingriffs bzw. ungewollt Schwangerer beeinträchtigt die Annehmbarkeit von Versorgungsangeboten für Patient*innen. Aufgrund der unzureichenden Abbildung der Methodik von Schwangerschaftsabbrüchen in Aus- und Weiterbildung komme es zu Einschränkungen bezüglich der Qualität von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland. Unterschiede zwischen der Versorger*innendichte und der Arbeitslast der Versorger*innen sowie der Zugänglichkeit des Eingriffs zwischen verschiedenen Bundesländern konnten sowohl in der bereits zitierten Studie von Loredó und Hollenderer als auch durch eine weitere quantitative Untersuchung bestätigt werden (Torenz et al., 2023, S. 4–12). Zu Unterschieden bezüglich der Einstellung zu Schwangerschaftsabbrüchen in Ost- und Westdeutschland gibt es zwar eine repräsentative Längsschnittstudie für die Bevölkerung (Hanschmidt et al., 2020), jedoch keine spezifisch für Ärzt*innen oder Gynäkolog*innen. In der Studie von Hanschmidt et al. konnten bis 2012 Unterschiede in der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch zwischen der Bevölkerung der ehemaligen DDR- bzw. BRD-Bundesländern festgestellt werden. So zeigten sich die Ostdeutschen insgesamt unterstützender gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen als die Westdeutschen. Jedoch stellten die Autor*innen eine Angleichung von Ost und West fest, die in einer insgesamt konservativeren Haltung in beiden Landesteilen resultierte. In beiden Teilen zeigten sich religiöse Menschen und Menschen im mittleren Lebensabschnitt restriktiver in ihrer Haltung (ebd., S. 89ff.). Unter der Prämisse, dass sich Ärzt*innen in ihren Werthaltungen zum Schwangerschaftsabbruch nicht wesentlich von der Gesamtbevölkerung unterscheiden, erscheinen die Beschreibungen der Expert*innen zu intergenerationalen Unterschieden in der Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch kohärent mit den Ergebnissen aus dieser Längsschnittstudie. Jedoch bräuchte es weitere Erhebungen, um diese Annahmen zu stützen. Wie auch die interviewten Expert*innen halten Hanschmidt et al. fest, dass ein Mangel an Leitlinien und Weiterbildung zum Thema die Normalisierung im Gesundheitswesen beeinträchtigen könne (vgl. ebd., S. 92). Auch der von den Expert*innen kritisierte zunehmende Druck durch religiös-fundamentalistische und rechtskonservative bis -extremistische Strömungen wird von ihnen als Einflussgröße auf den Diskurs um reproduktive Rechte benannt (ebd.) und wurde von Sanders et al. (2014; 2018) für den deutschen Kontext bereits mehrfach beschrieben.

6 **Fazit: Alles Utopie?**

Die bislang verfügbaren qualitativen und quantitativen Daten deuten darauf hin, dass die Anzahl der Versorger*innen in Deutschland in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten abgenommen hat und damit teils bereits Versorgungsengpässe in Deutschland bestehen bzw. -lücken drohen. Ob sich der abnehmende Personaltrend fortsetzen wird, bleibt zwar abzuwarten; jedoch haben Gesellschaft und Politik, nicht zuletzt aber das medizinische Fachpersonal bereits jetzt entscheidenden Einfluss auf die Stellschrauben zur Verbesserung der Versorgungslandschaft in Deutschland und dies auch unabhängig von der absoluten Anzahl an Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen: Die Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und die Aufnahme des Eingriffs in die reguläre Gesundheitsversorgung und Ausbildung von Gesundheitspersonal scheinen hierbei zentrale Ansatzpunkte zu sein. Die Haltung gegenüber dem Eingriff, wichtiger aber gegenüber den Patient*innen, wird jedoch wesentlich von der medizinischen Gemeinschaft selbst bestimmt und diese hat in der Konsequenz Einfluss auf eine gesamtgesellschaftliche Entstigmatisierung. Ob und wie auch auf die historische und gegenwärtige Bedeutung von Schwangerschaftsabbrüchen für die Gesundheit und Gleichstellung von Frauen und Menschen, die schwanger werden können, in Lehre und Praxis verwiesen wird, liegt nicht nur in den Händen (berufs)politischer Entscheider*innen. Nichtsdestotrotz sollten auch Politiker*innen in Deutschland in die Verantwortung gezogen werden und Verantwortlichkeiten beispielsweise über Ländergrenzen hinweg analysiert werden, damit deutschlandweit wie innereuropäisch Lösungen für ähnliche Problemlagen gefunden werden können. Gleichzeitig haben einzelne Versorger*innen wie die interviewten Expert*innen über die Dauer ihres Berufslebens hinweg Einfluss auf viele einzelne (Patient*innen-)Schicksale und Kolleg*innen sowie die Fachgesellschaften. Die Gynäkolog*innen als Kollektiv stellen heute mit die Weichen dafür, welches der von den Expert*innen beschriebenen Szenarien künftig wahrscheinlicher ist.

Literatur

- Allen, R., Raker, C., Steinauer, J., Eastwood, K., Kacmar, J. & Boardman, L. (2010). Future abortion provision among US graduating obstetrics and gynecology residents, 2004. *Contraception*, 81(6), 531–536. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.01.001>

- Ärzteblatt (2018). Frauenärzte gegen Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/89286/Frauenaerzte-gegen-Werbeverbot-fuer-Schwangerschaftsabbrueche> (18.01.2024).
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2023). Reproductive Selbstbestimmung. Sachverständigenkommission nimmt Arbeit auf. <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/sachverstaendigenkommission-nimmt-arbeit-auf-223464> (18.01.2024).
- BMJ – Bundesministerium für Justiz (2023a). Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG). <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BJNR113980992.html> (18.01.2024).
- BMJ – Bundesministerium für Justiz (2023b). Strafgesetzbuch (StGB): § 219 Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_219.html (18.01.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023a). Anzahl der Meldestellen zur Schwangerschaftsabbruchstatistik in Deutschland im Jahr 2022. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/meldestellen-2022.html> (18.01.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023b). Schwangerschaftsabbrüche: Meldestellen in der Schwangerschaftsabbruchstatistik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/aktuell-meldestellen.html> (18.01.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023c). Schwangerschaftsabbrüche: Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html (18.01.2024).
- Deutscher Bundestag (2017). Sachstand: Regelungssystematik der §§ 218, 218a StGB. <https://www.bundestag.de/resource/blob/541290/4654eee8823c4fd7efb68cc1d85b1954/wd-7-161-17-pdf-data.pdf> (18.01.2024).
- Deutscher Bundestag (2022). Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche gestrichen. <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2022/kw25-de-werbeverbot-schwangerschaftsabbruch-897782> (18.01.2024).
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2022). Leitlinienprogramm »Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon«. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094l_S2k_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon_2023-01.pdf (18.01.2024).
- Grather, L. (2022). Schwangerschaftsabbruch. 100 Kilometer bis zur nächsten Arztpraxis. *tagesschau*, 24.06.2022 <https://www.tagesschau.de/inland/schwangerschaftsabbruch-aerzte-101.html> (18.01.2024).
- Hanschmidt, F., Kaiser, J., Stepan, H. & Kersting, A. (2020). The change in attitudes towards abortion in former West and East Germany after reunification: A latent class analysis and implications for abortion access. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 80(1), 84–94. <https://doi.org/10.1055/a-0981-6286>
- Jones, R. & Chiu, D. (2023). Characteristics of abortion patients in protected and restricted states accessing clinic-based care 12 months prior to the elimination of

- the federal constitutional right to abortion in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 55(2), 80–85. <https://doi.org/10.1363/psrh.12224>
- Kapelanska-Pregowska, J. (2021). The scales of the European Court of Human Rights: Abortion restriction in Poland, the European consensus, and the state's margin of appreciation. *Health Hum Rights*, 23(2), 213–224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8694290/pdf/hhr-23-213.pdf> (18.01.2024).
- Kolandt, A., Michl, S. & Faissner, M. (2024a, i.Dr.). Strukturelle Hürden der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen nach Beratungsregelung in Deutschland: Ergebnisse einer qualitativen Interviewstudie mit 42 Expert*innen.
- Kolandt, A., Michl, S. & Faissner, M. (2024b, i.Dr.). Christian influences on abortion care in Germany: Results from a qualitative interview study.
- Loredo, M. & Holleder, A. (2023). Regionale Versorgungsunterschiede bei der Durchführung ambulanter oder stationärer Schwangerschaftsabbrüche in Krankenhäusern in Deutschland. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/02. <https://doi.org/10.20364/VA-23.02>
- Mayring, P. (2015). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag.
- OHCHR – Office of the High Commissioner for Human Rights (2020). Information series on sexual and reproductive health and rights. Abortion. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_Abortion_WEB.pdf (18.01.2024).
- OHCHR – Office of the High Commissioner for Human Rights (2022). Access to safe and legal abortion: Urgent call for United States to adhere to women's rights convention, UN committee. <https://www.ohchr.org/en/statements/2022/07/access-safe-and-legal-abortion-urgent-call-united-states-adhere-womens-rights> (18.01.2024).
- Sanders, E., Achetlik, K. & Jentsch, U. (2018). *Kulturkampf und Gewissen. Medizinethische Strategien der »Lebensschutz«-Bewegung*. 1. Aufl. Berlin: Verbrecher Verlag.
- Sanders, E., Jentsch, U. & Hansen, F. (2014). *Deutschland treibt sich ab. Organisierter »Lebensschutz«. Christlicher Fundamentalismus. Antifeminismus*. 1. Aufl. Münster: Unrast Verlag.
- Steinauer, J., Landy, U., Filippone, H., Laube, D., Darney, P.D. & Jackson, R.A. (2008). Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: a national survey. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(1), 39 e31–36. <https://doi.org/10.1016/j.jajog.2007.06.002>
- Torenz, R., Vollmer, H., Eckardt, S., Wyrobisch-Krüger, A., Thonke, I. & Hahn, D. (2023). Data on regional availability and accessibility of abortion providers in Germany. *Research in Health Services & Regions*, 2, 21. <https://doi.org/10.1007/s43999-023-00036-4>

Biografische Notiz

Amelie Kolandt ist Ärztin in Weiterbildung und Musikwissenschaftlerin. Seit 2022 arbeitet sie als Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Dort beforcht sie schwerpunktmäßig die deutsche Versorgungssituation in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche.

Barrieren für den legalen Schwangerschaftsabbruch

Perspektiven deutscher Frauen und GesundheitsexpertInnen zu grenzüberschreitenden Abtreibungsreisen

Laura Rahm, Silvia De Zordo & Joanna Mishtal

1 Einführung

»Wir setzen uns für den Schutz und die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte ein«, lautet einer der Slogans, mit denen deutsche PolitikerInnen im Ausland für ihre neu eingeführte feministische Außenpolitik werben (Auswärtiges Amt, 2023, S. 40).¹ Unterdessen reisen deutsche Frauen² seit Jahrzehnten ins Ausland, um grundlegende sexuelle und reproduktive Gesundheitsdienste zu erhalten, die ihnen zu Hause verwehrt werden.³ In den frühen 1980er Jahren wurden etwa 50 % der Schwangerschaftsabbrüche in den Niederlanden an deutschen Frauen durchgeführt (vgl. Lorenz, 2013). Auch wenn die Zahlen in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen sind, reisten im Jahr 2020 immer noch 1.125 deutsche Frauen für Abtreibungen in die Niederlande und stellten damit die größte Gruppe von Nicht-NiederländerInnen dar, die in diesem Land einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließ (vgl. VWS, 2022).

In Deutschland wird der Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218 StGB (Strafgesetzbuch) weiterhin für alle Beteiligten mit bis zu drei Jahren Gefängnis oder einer Geldstrafe bestraft. Unter bestimmten Voraussetzungen

- 1 Im Jahr 2023 kündigte das deutsche Auswärtige Amt eine feministische Außenpolitik an, zu der auch die Beseitigung von »Gesetzeslücken in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte« gehört (Auswärtiges Amt, 2023, S. 16).
- 2 Bei dem Begriff »Frauen« verfolgen wir einen inklusiven Ansatz, der sich auf schwangere Menschen bezieht.
- 3 Im Jahr 1975 protestierten deutsche AktivistInnen gegen den § 218 des deutschen Strafgesetzbuches, indem sie Buskonvois und »Abtreibungsfahrten nach Holland« organisierten. Auch eine Broschüre von pro familia aus dem Jahr 1978 mit dem Titel »Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren« machte auf die grenzüberschreitenden Abtreibungsfahrten und die damit verbundenen Belastungen aufmerksam (vgl. pro familia, 1978).

ist der Abbruch nicht rechtswidrig, zum Beispiel bei medizinischer Indikation (schwerwiegende Folgen für die psychische und physische Gesundheit der Frau) oder bei strafrechtlicher Indikation (Schwangerschaft als Folge einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung). Im Weiteren bleibt der Abbruch straffrei, wenn er innerhalb von zwölf Wochen vorgenommen wird nach der obligatorischen Beratung bei einer staatlich anerkannten »Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle«. Die Beratung dient jedoch dem »Schutz des ungeborenen Lebens« (BMFSFJ, 2022, S. 5), obgleich sie auch über medizinische Angebote informieren soll.⁴ Nach einer Beratung und einer obligatorischen Wartezeit von drei Tagen kann eine Frau einen Schwangerschaftsabbruch auf eigene Kosten⁵ vornehmen lassen, wenn sie einen Arzt oder eine Ärztin findet und die zwölf Wochen p. c. noch nicht überschritten sind. Frauen, deren Schwangerschaften die zwölf Wochen überschritten haben (14 Wochen seit der letzten Menstruation), sind gezwungen, diese fortzusetzen oder nach Alternativen zu suchen. Zu Letzterem gehört die Reise in Länder, in denen Abtreibungen nach dem ersten Trimester verfügbar sind, wie zum Beispiel Spanien, das Vereinigte Königreich oder die Niederlande (vgl. De Zordo et al., 2020; Garnsey et al., 2021).

In den Niederlanden sind Schwangerschaftsabbrüche wie in Deutschland im Strafgesetzbuch verankert (vgl. Erasmus-Universität Rotterdam, 2022). Im Gegensatz zu Deutschland ist der Schwangerschaftsabbruch jedoch bis zur Lebensfähigkeit des Fötus erlaubt, die Beratung vor dem Abbruch ist nicht obligatorisch und die Frist für den Abbruch mit 24 Wochen deutlich länger (vgl. Ziegler, 2023). Deutsche Frauen können also in den Niederlanden eine Abtreibung über die in Deutschland geltenden Fristen hinaus vornehmen lassen oder sich in England bis zur 24. Schwangerschaftswoche behandeln lassen (vgl. De Zordo et al., 2020).

Abtreibung ist ein umstrittenes Recht, das in Deutschland und Europa anhaltende Debatten auslöst (vgl. Busch & Hahn, 2015; Krolzik-Matthei, 2019). Auch in europäischen Ländern mit relativ liberalen Abtreibungsgesetzen gibt es zahlreiche rechtliche, verfahrenstechnische und soziale

4 Bis 2022 verbot § 219a des Strafgesetzbuches die »Werbung für den Schwangerschaftsabbruch« und hinderte die ÄrztInnen daran, ihr Angebot offen darzulegen.

5 Frauen tragen die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch selbst, es sei denn, sie können ihre »soziale Bedürftigkeit« nachweisen. Zur Kostenübernahme muss der Antrag auf Kostenerstattung vor der Behandlung gestellt werden.

Barrieren, die Frauen dazu veranlassen, Dienstleistungen außerhalb ihres Wohnsitzlandes in Anspruch zu nehmen (vgl. De Zordo et al., 2020; 2023). Barrieren wie obligatorische Wartezeiten, verpflichtende Beratung, Verweigerung aus Gewissensgründen, unterversorgte Regionen, Stigma des Schwangerschaftsabbruchs und fehlende medizinische Ausbildung sind in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur dokumentiert (vgl. Böhm et al., 2022; Tennhardt & Kothé, 2017; Torenz, 2022; Widera et al., 2022). Allerdings ist wenig über die Gründe bekannt, warum deutsche Frauen Grenzen überschreiten, um einen Schwangerschaftsabbruch in Anspruch zu nehmen.

Der vorliegende Beitrag verweist auf die erste Forschungsarbeit mit gemischten Erhebungsmethoden, die die Erfahrungen und Beweggründe von in Deutschland lebenden Frauen dokumentiert, die im Ausland einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Die Studie untersucht aus unterschiedlichen Perspektiven die wichtigsten Hindernisse für einen legalen Schwangerschaftsabbruch, die Frauen dazu veranlassen, für eine Behandlung ins Ausland zu reisen. Die Daten zeigen, dass der Hauptgrund für solche Reisen die Fristenregelung des Schwangerschaftsabbruchs ist. Darüber hinaus sind Frauen mit erheblichen reisebedingten finanziellen Kosten und Belastungen konfrontiert, die den Zugang zur Behandlung weiter verzögern. Vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Debatte über die Reform des Abtreibungsrechts in Deutschland und der kürzlich erfolgten Abschaffung des Werbeverbots für Schwangerschaftsabbrüche (§ 219a) werden am Ende des Beitrags evidenzbasierte Empfehlungen zur Verbesserung des Zugangs zu einer schnelleren und sicheren Abtreibungsvorsorgung in Deutschland gegeben.

2 Methodisches Vorgehen der Studie

Die in diesem Beitrag vorgestellten Daten wurden im Rahmen eines sechsjährigen Forschungsprojekts über Hindernisse zu legalen Abtreibungen und Abtreibungsreisen in Westeuropa erhoben, das vom Europäischen Forschungsrat (ERC) finanziert wurde.⁶ Die quantitativen Daten wurden

⁶ Diese Arbeit wurde vom Europäischen Forschungsrat (ERC) (BAR2LEGAB, Förderungsnummer 68000)] und dem spanischen Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (Förderungsnummer RYC-2015-19206) unterstützt. Die Geldgeber hatten keinen

zwischen 2017 und 2019 erhoben, mit STATA deskriptiv analysiert und stammen aus 115 Umfragen mit in Deutschland lebenden Personen, die in den Niederlanden und England eine Abtreibungsbehandlung suchten.⁷ Die Teilnehmerinnen im Alter von 18 Jahren und älter wurden in den Kliniken befragt, während sie auf ihre ärztliche Konsultation warteten, nachdem sie schriftlich und mündlich ihre Einwilligung zur Befragung gegeben hatten. Neben soziodemografischen Daten wurden Informationen zur reproduktiven Vorgeschichte der Teilnehmerinnen erhoben, ihrer Suche nach einem Schwangerschaftsabbruch und dessen Durchführung, damit verbundene Kosten, Verzögerungen und deren Gründe, Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, selbst durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche und Meinungen zum Abtreibungsrecht.

Zur Ergänzung der quantitativen Daten wurden zwischen 2018 und 2021 15 ExpertInneninterviews in Deutschland und den Niederlanden zu Barrieren für legale Schwangerschaftsabbrüche und grenzüberschreitende Abtreibungsreisen durchgeführt. Befragt wurden ÄrztInnen, VertreterInnen von pro familia und Doctors for Choice, sowie AkademikerInnen, die zu Abtreibung forschen. Die ExpertInnen wurden auf der Grundlage ihrer beruflichen Expertise und ihres Wissens über grenzüberschreitende Abtreibungsreisen ausgewählt. Wir konzentrierten uns nicht nur auf Gesundheitsfachkräfte im Zielland, sondern auch auf ExpertInnen in unterversorgten Regionen, in denen Frauen beim Zugang zur Abtreibungsversorgung größere Hindernisse begegnen. Bei der Erhebung, Verwaltung, Speicherung und Verbreitung der Daten wurde sorgfältig darauf geachtet, dass die Rechte der TeilnehmerInnen auf Privatsphäre und Vertraulichkeit in Übereinstimmung mit den EU- und nationalen Rechtsvorschriften geschützt wurden. Die Studie wurde vom ERC und den beteiligten Universitäten ethisch genehmigt.

Dieser Artikel bietet einen Überblick über die vorherrschenden Themen, die sich aus den erhobenen Daten zu den Hindernissen beim Zugang zu legalen Schwangerschaftsabbrüchen ergeben haben.⁸

Einfluss auf die Konzeption oder Durchführung der Studie, die Erhebung, Verwaltung, Analyse oder Interpretation der Daten, die Erstellung, Überprüfung oder Genehmigung des Manuskripts oder die Entscheidung, das Manuskript zur Veröffentlichung einzureichen (siehe auch Europe Abortion Access Project, o.J.).

7 Mit 113 von 115 Umfragen wurde der Großteil der Daten in den Niederlanden erhoben. Daher fokussiert der Artikel Abtreibungsreisen in die Niederlande.

8 Für eine ausführlichere Beschreibung der Forschungsmethodik mit gemischten Methoden siehe De Zordo et al. (2020). Wir danken den TeilnehmerInnen sowie den Organi-

3 Hintergründe grenzüberschreitender Abtreibungsreisen

3.1 Quantitative Ergebnisse aus der Befragung von ungewollt Schwangeren über ihre Abbruchsbehandlung in den Niederlanden

Zunächst stellen wir die Ergebnisse der quantitativen Erhebung vor, einschließlich der soziodemografischen Merkmale der Teilnehmerinnen, ihrer reproduktiven Vorgeschichte, der Reisegründe und der damit verbundenen Kosten und Verzögerungen sowie der bestehenden Unterstützungsstrukturen für reisende Frauen.

Soziodemografische Merkmale, reproduktive Vorgeschichte und Entscheidungsfindung

In Tabelle 1 ist das soziodemografische Profil der Teilnehmerinnen aufgeführt. Alle Befragten hatten ihren Wohnsitz in Deutschland. Die Mehrheit wurde in Deutschland geboren. Die außerhalb Deutschlands geborenen Befragten (10 %) stammten aus der Europäischen Union, Lateinamerika, Asien, dem Nahen Osten und Afrika. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 25 Jahren. Die Hälfte hatte einen Universitätsabschluss. Jede vierte Befragte hatte die Sekundarschule abgeschlossen. Die Mehrheit war erwerbstätig (Vollzeit, Teilzeit oder selbstständig). Ein Drittel gab an, arbeitslos zu sein. Die Hälfte der Befragten war verheiratet oder lebte in einer Partnerschaft und über ein Drittel gab an, ledig, getrennt oder geschieden zu sein (siehe Tab. 1).

Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass sie über ausreichende Mittel verfügten, um ihre Grundbedürfnisse immer oder meistens zu befriedigen, während 17 % Schwierigkeiten hatten, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen. Hinsichtlich des religiösen Hintergrunds gab jeweils ein Viertel der Befragten an, katholisch, protestantisch und agnostisch zu sein, wobei

sationen und Kliniken, die bei dieser Studie mitgewirkt haben. Wir danken dem Europäischen Forschungsrat und der Universität von Barcelona für ihre Unterstützung. Wir möchten uns für die Beiträge von Caitlin Gerds bei der Mitgestaltung des Forschungsprojekts, bei Ann-Kathrin Ziegler für die Primärdatenerhebung und bei Derek Clougher und David Palma für die statistische Datenanalyse bedanken.

Tab. 1: Soziodemografische Merkmale der Befragten

Soziodemografische Merkmale der Befragten (N = 115)	
Alter	
Mittelwert [IQR*]	25 [21–28]
Altersgruppen	
18–24	57 (49,6 %)
25–34	45 (39,1 %)
> 35	13 (11,3 %)
Geburtsland	
Deutschland	99 (86,1 %)
anderes Land	12 (10,4 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	4 (3,5 %)
Ausbildung	
Universität und Postgraduierte	58 (50,4 %)
Sekundarstufe	31 (27 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	26 (22,6 %)
Beschäftigungsstatus	
Vollzeit- oder Teilzeit	65 (56,5 %)
arbeitslos	37 (32,2 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	13 (11,3 %)
Familienstand	
verheiratet/in einer Beziehung	53 (46,1 %)
alleinstehend oder geschieden	41 (35,7 %)
Sonstiges	3 (2,6 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	18 (15,6 %)

* IQR steht für Interquartilsabstand.

68 % der Befragten erklärten, nie oder selten an Gottesdiensten teilzunehmen (Daten nicht in der Tabelle enthalten).

Tabelle 2 enthält Informationen über die reproduktive Vorgeschichte und die Entscheidungsfindung der Umfrageteilnehmerinnen. Die meisten Befragten hatten noch keine Kinder (67 %) und noch keinen Schwangerschaftsabbruch (77 %). Fast die Hälfte der Teilnehmerinnen gab an, dass

ihnen die Entscheidung für einen Abbruch leicht oder sehr leicht gefallen sei. Für jede Dritte sei die Entscheidung schwierig gewesen. Jede zweite Befragte entdeckte ihre Schwangerschaft erst nach der 14. Schwangerschaftswoche⁹ und hatte somit die gesetzlichen Regelungen und Fristen für einen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland bereits überschritten (siehe Tab. 2).

Tab. 2: Reproduktionsmedizinische Vorgeschichte und Entscheidungsfindung

Reproduktionsmedizinische Vorgeschichte und Entscheidungsfindung (N = 115)	
Bisherige Kinder	
0	77 (67 %)
1	20 (17,4 %)
≥ 2	16 (13,9)
Ich bevorzuge keine Antwort.	2 (1,7 %)
Frühere Schwangerschaftsabbrüche (vor der Indexabtreibung)	
0	89 (77,3 %)
1	20 (17,4 %)
≥ 2	6 (5,2 %)
Wie schwer ist die Entscheidung zu treffen?	
ziemlich oder sehr leicht	52 (45,2 %)
weder einfach noch schwierig	19 (16,5 %)
etwas oder sehr schwierig	41 (35,7 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	3 (2,6 %)
Schwangerschaftsalter bei Feststellung der Schwangerschaft, in Wochen	
≤ 6 Wochen	22 (19,1 %)
7–14 Wochen	33 (28,7 %)
15–20 Wochen	48 (41,7 %)
≥ 21 Wochen	7 (6,1 %)
Weiß nicht/Ich bevorzuge keine Antwort.	5 (4,4 %)

⁹ 14 Wochen nach Beginn der letzten Periode (Selbsteinschätzung der Befragten) entspricht der gesetzlich festgelegten Frist von zwölf Wochen (die 14. Schwangerschaftswoche p.m. entspricht der zwölften Schwangerschaftswoche p.c.).

Drei Viertel der Befragten haben vor ihrer Reise versucht, in Deutschland einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Von diesen hatte knapp die Hälfte die 14. Schwangerschaftswoche bereits überschritten, als sie ärztliche Unterstützung suchten. Allerdings lagen 47 % noch innerhalb der gesetzlichen Fristenregelung (10 % waren $\leq$ sechs Wochen; 5 % zwischen sieben und zehn Wochen; 32 % zwischen elf und 14 Wochen) und hätten nach den gesetzlichen Richtlinien auch in Deutschland die Möglichkeit gehabt, einen Abbruch durchführen zu lassen. Dennoch entschieden sie sich für eine Reise ins Ausland. Sechs von 115 Befragten versuchten, die Abtreibung vor der Reise durch Schläge in den Unterleib oder Selbstmedikation selbst herbeizuführen (Daten nicht in der Tabelle enthalten).

Reisegründe, Informationssuche und Unterstützung

Tabelle 3 gibt Aufschluss über die Hauptgründe für die Reise. Die überwiegende Mehrheit der Befragten gab an, dass sie an ihrem Wohnsitz keinen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen konnten, weil sie (nach Entschlussfindung) die gesetzliche Abtreibungsfrist in Deutschland bereits überschritten hatten. Ebenso erklärte ein Drittel, dass ein Schwangerschaftsabbruch an ihrem Wohnsitz in ihrer Situation nicht legal (bzw. straffrei) sei. Weitere Gründe waren in absteigender Rangfolge: Schwierigkeiten bei der Suche nach Gesundheitsdienstleistern, Bedenken hinsichtlich der Privatsphäre, Ablehnung oder Verurteilung durch medizinisches Personal und das Fehlen von Abtreibungsdiensten oder bevorzugten Methoden in der Nähe (siehe Tab. 3).

Tab. 3: Reisegründe

Motivation für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland zu reisen (N = 115)*	
über das gesetzliche Regelfrist hinaus	97 (84,4 %)
Abtreibung in dem betreffenden Land nicht legal	38 (33 %)
schwierig, einen Arzt/eine Ärztin zu finden, der/die Abtreibung vornimmt	12 (10,4 %)
Befürchtung, dass jemand davon erfährt	11 (9,6 %)
Angst vor Ablehnung/Verurteilung durch einen Arzt/eine Ärztin	11 (9,6 %)
chirurgischer Abbruch nicht möglich	4 (3,5 %)
keine Abtreibungsdienste in der Nähe	3 (2,6 %)

Motivation für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland zu reisen (N = 115)*	
wegen fötaler Missbildung kein Schwangerschaftsabbruch möglich	2 (1,7 %)
Besorgnis über die Sicherheit des Abbruchs	2 (1,7 %)
andere Beweggründe	2 (1,7 %)

* Mehrere Antworten möglich. Kann 100 % überschreiten.

Tabelle 4 zeigt, aus welchen Quellen die Befragten Informationen über den Schwangerschaftsabbruch bezogen und wer ihre Reisepläne unterstützte. Die Mehrheit der Befragten konsultierte Websites von nicht staatlichen Anbietern, um sich zu informieren. An zweiter Stelle, aber deutlich seltener, waren persönliche Netzwerke von Bedeutung. Nur 16 % gaben an, Informationen von ÄrztInnen und Beratungsstellen erhalten zu haben. Wenige Befragte erhielten Informationen von religiösen Organisationen und staatlichen Websites (unter 3 %) (siehe auch Kubitza et al. in diesen Band). Die Hauptgründe für die Wahl der Niederlande waren, dass es das geografisch nächstgelegene Land ist, das die Dienstleistung anbietet (69 %), die gute Erreichbarkeit (32 %) und die geringen Kosten (15 %). 10 % gaben an, dass die Klinik, die den chirurgischen Schwangerschaftsabbruch anbietet, sie in ihrer Entscheidung bestärkt hat, und nur 7 % hatten die Empfehlung eines Gesundheitsdienstleisters, für einen Schwangerschaftsabbruch in die Niederlande zu reisen. Die Hälfte der Befragten fühlte sich von ihrem engsten Freundeskreis, ihrer Familie und ihrem Partner unterstützt (siehe Tab. 4).

Tab. 4: Informationssuche und Unterstützung

Informationssuche und Unterstützung (N = 115)*	
Wie haben Sie von der Möglichkeit einer Abtreibung im Ausland erfahren?	
allgemeine Websites	69 (60 %)
Freunde, Familie oder Partner	39 (33,9 %)
ÄrztInnen, GesundheitspflegerInnen	18 (15,7 %)
religiöse Personen oder Organisationen	3 (2,6 %)
staatliche Websites	3 (2,6 %)
Schule	2 (1,7 %)
Soziale Medien	1 (0,9 %)
andere	3 (2,6 %)

Informationssuche und Unterstützung (N = 115)*	
Warum haben Sie sich für die Niederlande entschieden?	
das nächstgelegene Land, das es anbietet	79 (68,7 %)
am einfachsten zu erreichen	37 (32,2 %)
günstigstes Land für die Behandlung	17 (14,8 %)
Klinik bietet chirurgischen Eingriff an	12 (10,4 %)
Ein Gesundheitsdienstleister hat es mir empfohlen.	9 (7 %)
Ein Freund/eine Freundin hat es mir empfohlen.	7 (5,2 %)
Ich kenne jemanden in den Niederlanden.	3 (2,6 %)
Jemand anderes hat es mir empfohlen.	3 (2,6 %)
andere	2 (1,7 %)
Wer hat Ihre Entscheidung unterstützt?	
Partner	55 (47,8 %)
Familie	52 (45,2 %)
Freunde	48 (41,7 %)
klinisches Personal	12 (10,4 %)
Gesundheitsdienstleister	8 (7 %)
Online-Selbsthilfegruppe	2 (1,7 %)
eigene Entscheidung	1 (0,9 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	1 (0,9 %)

* Mehrere Antworten möglich. Kann 100 % überschreiten.

Verzögerungen, Reiseerfahrungen und Reisekosten

Zum Zeitpunkt der Befragung waren nur 10 % der Teilnehmerinnen unter 14 Wochen schwanger. Die Mehrheit befand sich zwischen der 15. und 20. Schwangerschaftswoche und 12 % waren über die 20. Schwangerschaftswoche hinaus. Fast alle Befragten gaben an, dass sie eine frühere Abtreibung bevorzugt hätten. Nur 5 % äußerten diese Präferenz nicht. Auf die Frage, warum sie nicht früher abgetrieben haben, gab über die Hälfte der Frauen an, dass sie nicht wussten, dass sie schwanger waren. Weitere Gründe waren Probleme bei der Beschaffung von Geld, der Terminplanung, der Entscheidungsfindung, das Fehlen von Abtreibungsdiensten in der Nähe und Reisevorbereitungen. 7 % der Befragten gaben an, dass die

gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit sie daran hinderte, früher abzutreiben (siehe Tab. 5).

Tab. 5: Gründe für Verzögerungen

Gründe gegen einen früheren Abbruch (N = 115)*	
Ich wusste nicht, dass ich schwanger war.	64 (55,7%)
Probleme bei der Beschaffung von Geld (Reisen/Behandlung)	15 (13%)
Probleme mit der Terminplanung	14 (12,2%)
Es war eine schwierige Entscheidung.	13 (11,30%)
keine Abtreibungsdienste in meiner Nähe	11 (9,6%)
Probleme bei der Reiseplanung	10 (8,7%)
In meiner Beziehung hat sich etwas geändert.	10 (8,7%)
gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit	8 (7%)
Ich brauchte Zeit, um mit meinem Partner zu sprechen.	7 (6,1%)
Ich habe meine Meinung geändert.	7 (6,1%)
Schwierigkeiten bei der Terminvergabe	6 (5,2%)
religiöse oder moralische Bedenken	5 (4,4%)
Es wurde eine fötale Fehlbildung festgestellt.	4 (3,5%)
Meine finanzielle Situation hat sich geändert.	3 (2,6%)
Ich wusste nicht, wo ich eine Abtreibung bekomme.	2 (1,7%)
anderer Grund	6 (5,2%)

* Mehrere Antworten möglich. Kann 100 % überschreiten.

Dieser Abschnitt gibt einen Einblick in die Reiseerfahrungen und -kosten für länderübergreifende Abtreibungsreisen in die Niederlande. Die Karte zeigt die regionale Verteilung der deutschen Befragten, die alle 16 Bundesländer abdeckt. 20 % der Befragten stammen aus Nordrhein-Westfalen (dunkelgrau), das an die Niederlande grenzt. Über 10 % kamen aus Bayern und Niedersachsen (grau). Zwischen 5 % und 10 % stammten aus Hessen, Hamburg, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (hellgrau), und weniger als 5 % aus den nördlichen und östlichen Bundesländern (weiß). Insgesamt gibt es einen höheren Anteil von Befragten aus dem Westen und Süden (siehe Abb. 1).

Die Frauen gaben im Durchschnitt 1.100 Euro für ihren grenzüber-



Abb. 1: Regionale Verteilung der Umfrageteilnehmerinnen nach Bundesland, in Prozent (N = 115); eigene Darstellung

schreitenden Schwangerschaftsabbruch aus, die sich aus den Kosten für den Eingriff, den Fahrtkosten und die Unterbringung zusammensetzten. Mit 875 Euro war die größte Ausgabe der Eingriff selbst. Mehr als die Hälfte der Befragten hatte Schwierigkeiten, diese Kosten zu decken. Die überwiegende Mehrheit gab an, dass die Kosten nicht von ihrer Versicherung erstattet würden. Die zweitgrößten Ausgaben betrafen die Reise. Die

meisten reisten mit dem Auto (69 %), gefolgt von Bus (8 %) und Flugzeug (6 %). Die durchschnittlichen Transportkosten betrugen 120 Euro und variierten je nach Reisedistanz, Wohnort bzw. Bundesland (siehe auch Abb. 1). Die drittgrößten Ausgaben fielen mit durchschnittlich 100 Euro für die Unterkunft an. Jede dritte Befragte gab an, in einem Hotel oder einer Herberge zu übernachten. In Anbetracht der erheblichen Kosten, die mit grenzüberschreitenden Abtreibungsreisen verbunden sind, brauchten die Frauen Zeit, um die erforderlichen Mittel aufzubringen. Insgesamt brauchten 44 % der Befragten bis zu einer Woche, um die Mittel aufzubringen. Eine von fünf Befragten benötigte bis zu vier Wochen, und 3 % sogar mehr als vier Wochen. Die Beschaffung des Geldes für den Schwangerschaftsabbruch verzögerte den Zugang zur medizinischen Versorgung also weiter. Die qualitativen Ergebnisse weisen auf ähnliche Barrieren hin.

3.2 Qualitative Ergebnisse aus der Befragung von ExpertInnen über Abtreibungsreisen ins Ausland

Die wichtigsten Themen, die sich aus den ergänzend geführten ExpertInneninterviews (mit ÄrztInnen, VertreterInnen von pro familia und Doctors for Choice sowie Forschenden) in der Reihenfolge ihrer Bedeutung ergaben, waren der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch, das Abtreibungsrecht, die Barrieren, die Informationssuche und die Reisen. Die wichtigste inhaltliche Überschneidung von Themen betraf den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch und die Zugangsbarrieren. Folgende miteinander verflochtene Barrieren zum Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland wurden von den ExpertInnen genannt:

1. rechtliche und informationelle Hindernisse
2. Fristenregelung, obligatorische Beratung und Verzögerungen
3. Kostenübernahme
4. mangelnde medizinische Ausbildung
5. Verweigerung aus Gewissensgründen, Stigmatisierung und unterversorgte Regionen
6. geringe wirtschaftliche Rentabilität für ÄrztInnenschaft

Nachfolgend sollen die einzelnen Hürden entlang der qualitativen Daten genauer beleuchtet werden, zugleich aber auch gemeinsame Abhängigkeiten und Verflechtungen herausgestellt werden.

Rechtliche und informationelle Hindernisse

Alle 15 befragten ExpertInnen verwiesen auf die rechtlichen und informationellen Barrieren, die mit § 218 und § 219a des deutschen Strafgesetzbuches verbunden sind und die Frauen daran hindern, Zugang zu verlässlichen und qualitativ hochwertigen Informationen über Abtreibungsverfahren zu erhalten. Wir befragten ein Vorstandsmitglied vom pro familia Bundesverband, das für die politische Arbeit und die Lobbyarbeit verantwortlich ist, um Deutschland in Einklang mit internationalen Menschenrechtsstandards zu bringen. Die Expertin erklärte:

»Die erste Barriere ist die Informationsbarriere. Grundsätzlich geht es darum, jemanden in der Nähe zu finden, der einen Schwangerschaftsabbruch anbietet, welche Methode, bis zu welcher Woche, nimmt dieser Arzt nur seine eigenen Patientinnen oder kann sie dorthin gehen [...] Das institutionelle Element ist die Kriminalisierung der Bereitstellung dieser Informationen durch die Ärzte selbst, was bedeutet, dass die Frauen das Internet durchforsten und möglicherweise zahlreiche Telefonate führen müssen« (Expertin 10, 20.11.2020).

Wie die Expertin betonte, erschwert die »Kriminalisierung der Bereitstellung von Informationen« den Frauen den Zugang zu verlässlichen Informationen, wobei sie sich auf § 219a des Strafgesetzbuches bezog. Eine andere Expertin, die Schwangerschaftsabbrüche in Hessen durchführt und sich auf solche nach der elften Woche spezialisiert hat, erwähnt denselben Paragraphen ausdrücklich:

»219a führt dazu, dass die Frauen ausgeliefert sind, dass sie einer Willkür ausgesetzt sind, wo sie an Informationen kommen, an welche Adressen und wie sie an die Adressen kommen. Viele Beratungsstellen geben keine Adressen an, viele Ärzte geben keine Adressen an, viele Adressen, die Frauen bekommen, sind veraltet oder falsch oder unmöglich. Diese ganze Adressvergabe ist für viele eine Katastrophe und die Frauen verlieren wahnsinnig viel Zeit« (Expertin 3, 4.10.2018).

Eine weitere Ärztin, die auch als ausgebildete Psychotherapeutin und Beraterin für Schwangerschaftsabbrüche tätig ist, kritisiert § 219a noch deutlicher:

»Wir sehen diesen blödsinnigen Paragraphen [§ 219a] zum Werbeverbot. Das ist keine Werbung, das ist Information, auf die eigentlich jede Frau ein Recht hat [...] Ich hoffe, dass sich etwas ändert und dass dieses Werbeverbot vom Tisch ist. Die Frau hat das Recht, sich zu informieren [...] so umfassend und so neutral wie möglich« (Expertin 6, 29.10.2018).

Das Interview wurden im Jahr 2018 durchgeführt. Unsere an anderer Stelle veröffentlichte Studie (vgl. Zanini et al., 2021), die sich auf Informationen zum Schwangerschaftsabbruch konzentriert, hat gezeigt, dass deutsche Frauen unzureichende, unklare oder fehlende Informationen erhielten. Frauen aus Deutschland, die in den Niederlanden einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollten, betonten in qualitativen Interviews, dass sie keine Abtreibungsangebote im Ausland erwähnen durften und sich unwohl fühlten, wenn sie ihre Absicht zum Schwangerschaftsabbruch dokumentierten. Im Jahr 2022, als die neue deutsche Regierung aus Sozialdemokraten, Freien Demokraten und Grünen an die Macht kam, wurde § 219a tatsächlich abgeschafft.

Doch trotz der Entkriminalisierung der Abtreibungsinformation besteht die schlechte Informationslandschaft und die allgemeine Kriminalisierung fort. ExpertInnen räumen zwar ein, dass eine gesetzliche Regelung notwendig ist, aber außerhalb des Strafrechts. »Ich denke, dass es ohne ein Regelwerk wahrscheinlich nicht funktionieren wird«, sagt hierzu ein Sozialarbeiter und Familientherapeut von pro familia in Niederbayern. Er betont weiter, »der Schwangerschaftsabbruch kann nicht im Strafgesetzbuch stehen, weil das an so vielen Stellen ein Hindernis ist« (Experte 15, 2.2.2021). Die ExpertInnen sprachen sich einstimmig für die Streichung von § 218 und für einen vereinfachten Zugang zu neutralen, umfassenden Informationen aus.

Fristenregelung, obligatorische Beratung und Verzögerungen

Die befragten ExpertInnen weisen darauf hin, dass die Fristenregelung für einen Schwangerschaftsabbruch das wichtigste Hindernis darstellt, das Frauen dazu veranlasst, Abbrüche im Ausland vorzunehmen. So berichtet eine Gynäkologin aus Berlin:

»Der Hauptgrund, warum Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch weit weg von ihrem Wohnort reisen, ist, dass sie die Frist überschritten haben,

dass sie einfach [in ihrer Schwangerschaft] zu weit sind, um nach der Regelung in Deutschland abzutreiben« (Expertin 4, 18.10.2018).

Dieselbe Ärztin stellt klar, dass sich die Frauen in einem zeitlichen Engpass befinden: Sie haben die Frist von zwölf Wochen überschritten, aber sie haben auch keinen Anspruch auf einen Abbruch aus medizinischen Gründen, der es ihnen erlauben würde, auch nach der zwölften Woche straffrei abzutreiben. Die Gynäkologin erklärt: »Es handelt sich um eine Situation, in der einfach keine medizinische Indikation besteht oder [...] ausgestellt wird, oder sie finden keine Klinik, in der sie eine Abtreibung vornehmen lassen können« (Expertin 4, 18.10.2018).

Die Expertin unterstreicht die Schwierigkeiten, eine Klinik für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden. Bevor es so weit ist, müssen die Frauen einen Beratungsschein erhalten, was eine zusätzliche Hürde darstellt. Das Vorstandsmitglied des pro familia Bundesverbands erklärt:

»Eine Beratungsstelle zu finden, ist gar nicht so schwierig. Es kann aber passieren, dass man bei einer Beratungsstelle landet, die gar nicht bereit ist, die Bescheinigung auszustellen, die man braucht, um die Dienste in Anspruch nehmen zu können. Manche Beratungsstellen werben damit, dass sie Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sind, aber sie haben nicht die Erlaubnis, diese Bescheinigungen auszustellen, und das wissen die Frauen vielleicht nicht, bevor sie dort hingehen. Es kann sein, dass man sich beraten lässt, um dann festzustellen, dass man die Bescheinigung nicht erhält, und dann muss man eine andere Beratungsstelle aufsuchen, um die Bescheinigung zu bekommen. Es gibt also eine Verzögerung« (Expertin 10, 20.11.2020).

Ein weiterer Experte weist auf unnötige Verzögerungen hin, die durch die Pflichtberatung entstehen:

»Ich denke, Frauen müssen die *Möglichkeit* haben, zur Beratung zu gehen. Stattdessen *müssen* sie zu einer Beratung gehen. Ich weiß nicht, warum. Es ist ihr Recht, zu einer Beratung zu gehen und zu sagen: ›Ich weiß nicht, was ich tun soll.‹ Aber nicht auf diese Art und Weise. Und warum drei Tage nach der Beratung warten? Die meisten Frauen in der Beratung denken ein, zwei, drei Wochen lang darüber nach, was sie tun werden. Ich weiß nicht, warum sie dann noch warten müssen. Das ist nicht nötig« (Experte 15, 2.2.2021).

Wie diese Zitate zeigen, sind Frauen mit zahlreichen Hindernissen konfrontiert, wenn es darum geht, die von ihnen benötigten Dienstleistungen zu erhalten. Die Verzögerungen hängen mit der obligatorischen Beratung und der dreitägigen Wartefrist vor Abbruch zusammen, mit AbtreibungsgegnerInnen, die sich in Schwangerschaftsberatungsstellen als Beratende ausgeben, und mit der Tatsache, dass Frauen nahe an oder jenseits der Frist sind, die es ihnen erlaubt, in Deutschland abzutreiben. Um solche Hürden zu umgehen, sprachen sich die ExpertInnen für eine Fristverlängerung bzw. die Aufhebung der Fristenregelung und der obligatorischen Beratung aus.

Kostenübernahme

Ein weiteres Hindernis ist nach Ansicht der befragten ExpertInnen die Kostenübernahme. Laut einem Vorstandsmitglied von Doctors for Choice Germany »gehört der Schwangerschaftsabbruch zur Grundversorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit, aber solange er im Strafrecht steht, wird er nicht übernommen« (Expertin 14, 22.12.2020). Frauen, die ihre Hilfsbedürftigkeit nachweisen können, haben Anspruch auf die Kostenübernahme für einen Schwangerschaftsabbruch, aber diese Frauen müssen zusätzliche Hürden überwinden, wie das Vorstandsmitglied von pro familia Bundesverband erklärt:

»Ein Haupthindernis ist die Kostenübernahme bei Frauen mit unzureichenden finanziellen Mitteln [...]. Einige Frauen hatten eine enorme Verzögerung bei dem Versuch, die Kostenübernahme zu bekommen, die man haben muss, bevor man einen Termin bei einem Arzt für die eigentliche Abtreibung bekommen kann« (Expertin 10, 20.11.2020).

Die Frauen verlieren wertvolle Zeit mit der Beantragung von Erstattungen vor dem Eingriff, was zusätzlichen Druck verursacht, und das in einer ohnehin schon stressigen Situation.

Frauen, die ins Ausland reisen, müssen – unabhängig von ihrem Einkommen – ihre Kosten selbst tragen, was nach Ansicht von ExpertInnen eine erhebliche finanzielle Belastung darstellt. Eine befragte Person sagt dazu:

»Die Frauen müssen die finanziellen Mittel haben [...]. In Holland müssen sie alle Kosten unabhängig von ihrem Einkommen bezahlen und sie müssen

in der Lage sein, die Reisekosten und die Unterkunftskosten zu tragen, das sind schon um die 1.000 Euro, das haben viele Frauen einfach nicht zur Verfügung, das geht für sie nicht« (Expertin 4, 18.10.2018).

Diese Ergebnisse bestätigen, dass die Kostenübernahme für einen Schwangerschaftsabbruch ein zentrales Hindernis für Frauen darstellt. Es ist wichtig anzumerken, dass wir in unserer Studie keine Frauen rekrutiert haben, die aufgrund finanzieller Schwierigkeiten nicht in der Lage waren zu reisen, sondern nur diejenigen, die über die finanziellen Mittel zur Reise verfügten. Aber auch für sie verzögerte das Beschaffen von Geld für den Abbruch im Ausland den Zugang zu einer Behandlung im Inland (siehe Tab. 5).

Mangelnde medizinische Ausbildung

Die nächste von den ExpertInnen hervorgehobene Barriere bezieht sich auf die mangelnde medizinische Ausbildung in Hinblick auf Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland (siehe dazu auch das Interview mit Baier in diesem Band). Das Vorstandsmitglied von Doctors for Choice Germany stellt klar:

»Für Allgemeinmediziner ist das nicht wirklich Teil der Ausbildung. Das ist ganz anders als zum Beispiel in den Niederlanden, wo viele Allgemeinmediziner Abtreibungen vornehmen und es auch häufiger vorkommt. Aber in Deutschland ist es nicht sehr verbreitet. Es ist nicht so einfach, ein Krankenhaus zu finden, das Abtreibungen vornimmt. In Berlin wäre es möglich, aber in anderen Regionen, zum Beispiel in Bayern oder auch Baden-Württemberg, wo ich herkomme. Dort führen viele Krankenhäuser keine Schwangerschaftsabbrüche durch, sodass es dort wirklich ein Problem wäre, jemanden zu finden, der es einem beibringt« (Expertin 14, 22.12.2020).

Die Expertin merkt an, dass die Situation in der deutschen Hauptstadt wahrscheinlich besser ist. Wir haben eine Ärztin aus Berlin befragt, die ähnliche Herausforderungen festgestellt hat: »Es gibt nur wenige, die überhaupt bereit sind, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen, in der Ausbildung, in der ärztlichen Fortbildung kommt das Thema überhaupt nicht vor« (Expertin 6, 29.10.2018).

Die mangelnde medizinische Ausbildung steht in direktem Zusammenhang mit unterversorgten Regionen, Stigmatisierung und Verweigerung aus Gewissensgründen.

Verweigerung, Stigmatisierung und unterversorgte Regionen

Den befragten ExpertInnen zufolge stellt die Verweigerung aus Gewissensgründen ein hartnäckiges Hindernis für den legalen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland dar. Wir befragten eine Vertreterin von pro familia in Baden-Württemberg, wo der Zugang zu Abtreibungen schwierig ist. Die Befragte erklärt:

»Verweigerung aus Gewissensgründen ist ein großes Thema, sodass jeder Mediziner selbst entscheiden kann, ob er oder sie diese Dienstleistung anbieten will oder nicht, und ich denke, das ist ein Problem [...]. Im Jahr 2020 hat die Staatssekretärin des Sozialministeriums hier, das ist das zuständige Ministerium, in einem Interview verkündet, dass sie vorhatte, mit den Universitätskliniken darüber zu sprechen, Abtreibungsdienste anzubieten. Und dann gab es einen Shitstorm in Deutschland wegen der Verweigerung aus Gewissensgründen, und viele der Organisationen für medizinische Fachkräfte gingen an die Öffentlichkeit und sagten: »Niemand kann uns zwingen, Abtreibungen vorzunehmen. Sie wollen uns zwingen, Abtreibungen vorzunehmen.« Alles, was sie [die Staatssekretärin] sagte, war, dass sie mit den Universitätskliniken sprechen wolle, dass sie jemanden finden bzw. suchen können, der es tut, auch wenn sie keine Abtreibungen vornehmen [...]. Es ist nicht zu viel verlangt, vor allem von den Universitätskliniken, denn sie haben eine ganz besondere Rolle, wenn es um die Ausbildung und die berufliche Weiterbildung geht. Aber das unterstreicht das große Thema der Verweigerung aus Gewissensgründen und wie sehr es verteidigt wird« (Expertin 13, 18.1.2021).

Das Zitat verdeutlicht, wie die Verweigerung aus Gewissensgründen mit den oben erwähnten Mängeln in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung zusammenhängt. Selbst in Universitätskliniken, so die Befragte, gebe es Widerstände, Abtreibungen durchzuführen oder zu lehren. Mit der Verweigerung aus Gewissensgründen verbunden ist die Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs, die mit Angst und sozialem Druck verbunden ist, wie ein Sozialarbeiter in Niederbayern, einer weiteren unterversorgten Region, berichtet:

»Viele Ärzte führen keine Abtreibungen durch, weil sie die Stigmatisierung des Arztes fürchten [...]. Also sagen die Patienten: »Ich gehe nicht zu diesem

Arzt, weil er ein Mörder ist.< Die Ärzte befürchten, dass ihre eigene Familie stigmatisiert werden könnte, weil sie Abtreibungen vornehmen. Also sagen sie: >Nein, das werde ich nicht tun.< Vor allem in ganz Niederbayern, in der Region um Regensburg, gibt es kein Krankenhaus, das einen Schwangerschaftsabbruch nach Beratung anbietet« (Experte 15, 2.2.2021).

Das Zitat macht deutlich, wie sehr Stigma, Verweigerung aus Gewissensgründen und der Zugang in unterversorgten Regionen miteinander verknüpft sind.

Geringe wirtschaftliche Rentabilität für ÄrztInnenschaft

ÄrztInnen stehen nicht nur unter sozialem Druck, sondern zunehmend auch unter finanziellem Druck. Die geringe wirtschaftliche Rentabilität für ÄrztInnen stellt ein weiteres Hindernis für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland dar. So betonte eine Psychotherapeutin und Beraterin für Schwangerschaftsabbrüche:

»Es wird für viele Ärzte nicht machbar sein, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Das hat viele Gründe, also erstens ist der Eingriff nicht attraktiv. Seit der Einführung des Gesetzes gibt es immer die gleiche Vergütung, es ist also nichts sehr Lukratives« (Experte 6, 29.10.2018).

Eine andere Expertin bestätigt:

»Es ist überhaupt kein wirtschaftlicher Vorteil, einen Schwangerschaftsabbruch zu machen, und das macht es auch schwierig für einige Ärzte, die dieses politische Engagement haben, diese Dienstleistung zu erbringen, und vielleicht auch mehr machen wollen, um die anderen Ärzte in der Umgebung, die das nicht machen wollen, abzulösen [...]. Sie finden es schwierig, denn wenn es das Einzige ist, was man macht, oder das, was man hauptsächlich macht, ist, Abtreibungsdienstleistungen zu erbringen, dann ist es wirtschaftlich nicht machbar« (Expertin 10, 20.11.2020).

Diese zusammenhängenden Barrieren, bestehend aus (a) rechtlichen und Informationsbarrieren, (b) Fristenregelung und obligatorischer Beratung, (c) Kostenübernahme, (d) unzureichender medizinischer Ausbildung, (e) unterversorgten Regionen, Verweigerung aus Gewissensgründen, Stig-

matisierung und (f) der geringen wirtschaftlichen Rendite schaffen ein toxisches Umfeld, das sich negativ auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) von Frauen auswirkt. Die Bereitstellung von legalen Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland wird eingeschränkt und Frauen bleibt, gerade in fortgeschrittenen Schwangerschaftswochen, häufig keine Alternative, als Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen.

4 Schlussfolgerung, Diskussion und politische Empfehlungen

Für zahlreiche Frauen in Deutschland, die die gesetzliche Frist für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch überschritten haben oder keinen Zugang zu zeitnahen, qualitativ hochwertigen Diensten in ihrer Nähe haben, sind Abtreibungsreisen ins Ausland eine Realität. Frauen sehen sich beim Zugang zur Versorgung mit zahlreichen Barrieren konfrontiert, die den Zugang zur Versorgung weiter verzögern. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Frauen bei der Beschaffung von Informationen darüber, wo sie sich behandeln lassen können, weitgehend auf sich selbst und ihre privaten Netzwerke angewiesen sind (siehe auch Zanini et al., 2021; Gleiches gilt für generelle Informationen zum Abbruch, siehe Kubitza et al. in diesen Band). Nur 15,7 % der reisenden Frauen erhielten Informationen von ärztlichem Fachpersonal zu Abtreibungen im Ausland und weniger als 3 % wurden über staatliche Websites informiert. Diese Ergebnisse sind besonders interessant, da neuere Studien darauf hindeuten, dass sich Abtreibungswillige in Deutschland in hohem Maße auf Informationen von medizinischem Fachpersonal verlassen, während persönliche Kontakte bei der Informationsbeschaffung offenbar nur eine geringe Rolle spielen (vgl. Bomert, 2022). Die kürzlich erfolgte Aufhebung von § 219a des Strafgesetzbuches ist ein erster Schritt zu einer umfassenderen Information, auf die Frauen ein Recht haben. Der Mangel an verlässlichen Informationen, insbesondere über die Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs im zweiten Trimester, kann dazu führen, dass Frauen Fehlinformationen ausgesetzt sind.¹⁰ Entsprechend ist es dringend erfor-

¹⁰ So informieren beispielsweise Websites von Organisationen wie Profemina Frauen fälschlicherweise über die Illegalität von Abtreibungen in den Niederlanden (siehe Profemina, o.J.)

derlich, dass die Regierung ihre Bemühungen um verlässliche, transparente und nicht stigmatisierende Informationen verstärkt, um sich wirklich »für den Schutz und die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte einzusetzen« (Auswärtiges Amt, 2023, S. 40), wie es die deutsche Außenpolitik erklärt hat, nicht nur im Ausland, sondern auch im Inland.

Die Niederlande scheinen zwar das geografisch nächstgelegene und am einfachsten zu erreichende Land für Abtreibungsdienste zu sein, dennoch stellen die Reise- und Behandlungskosten eine erhebliche Belastung dar, die zu weiteren zeitlichen Verzögerungen vor einem Abbruch führen können. Mehr als 1.000 Euro aufbringen zu müssen ist für einkommensschwache Frauen besonders schwierig. Um reisebedingte Kosten und Belastungen zu reduzieren, ist es ratsam, die Fristenregelung auszuweiten oder abzuschaffen, damit Frauen an ihrem Wohnsitz kostenlos und ohne weitere Verzögerung Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen haben.

Die hier vorgestellten Ergebnisse veranschaulichen einen Teil eines größeren Phänomens von Schwangerschaftsabbrüchen und Abtreibungsreisen in Europa (vgl. De Zordo et al., 2017; Gissler et al., 2012), bei dem zahlreiche Hindernisse für einen legalen Schwangerschaftsabbruch fortbestehen (vgl. De Zordo et al., 2023). Das Europäische Parlament hat kürzlich den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen zu einem Grundrecht der Frauen in Europa erklärt und »die Mitgliedstaaten aufgefordert, Schwangerschaftsabbrüche zu entkriminalisieren und Hindernisse für sichere und legale Schwangerschaftsabbrüche und den Zugang zu SRGR-Diensten zu beseitigen und zu bekämpfen« (Europäisches Parlament, 2022, S. 1). Vor dem Hintergrund dieser europäischen Haltung geben die hier vorgestellten Studienergebnisse wichtige Impulse für politische Implikationen, die sich in folgende Politikempfehlungen für Deutschland gliedern:

1. *Entkriminalisierung* des Schwangerschaftsabbruchs durch Streichung von § 218 aus dem Strafgesetzbuch
2. *Ausweitung* der Schwangerschaftsaltersgrenzen auf 24 Wochen oder Abschaffung der Fristenregelung insgesamt
3. *Abschaffung* der obligatorischen Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch und dreitägiger Wartezeit bis zum Abbruch
4. *Sicherstellung* der Kostenübernahme eines Schwangerschaftsabbruchs durch die Krankenkassen

5. Vereinfachter *Zugang zu zuverlässigen Informationen* über Schwangerschaftsabbruch, Methoden, Kostenübernahme, gesetzliche Regelungen und Angeboten im Ausland
6. *Ausweitung* der medizinischen Lehre und des Angebots, vor allem in unterversorgten Regionen

Diese Empfehlungen ähneln den Forderungen vom Deutschen Juristinnenbund e. V., der sich unter anderem für eine verlängerte Fristenregelung außerhalb des Strafrechts und für ein Recht auf Beratung statt Beratungspflicht ausspricht (vgl. djb, 2022).

Literatur

- Auswärtiges Amt (2023). *Shaping feminist foreign policy: Federal Foreign Office guidelines*. https://www.shapingfeministforeignpolicy.org/papers/Guidelines_Feminist_Foreign_Policy.pdf (23.05.2024).
- Böhm, M., Nitzsche, R. & Walsch, J. (2022). Klinische Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon – eine explorative Erhebung zur aktuellen Versorgungslage. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 35(3), 160–165.
- Bomert, C. (2022). Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren: Erste Ergebnisse eines partizipativen Praxisforschungsprojekts. *Soziale Passagen*, 14(2), 503–510.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2022). Pregnancy Counselling § 218. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95278/fdba45aef3ce5557eb1720aa3e215ac8/schwangerschaftsberatung-218-englisch-data.pdf> (23.05.2024).
- Busch, U. & Hahn, D. (Hrsg.). (2015). *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld: transcript.
- De Zordo, S., Mishtal, J. & Anton, L. (Hrsg.). (2017). *A fragmented landscape: Abortion governance and protest logics in Europe*. New York: Berghahn.
- De Zordo, S., Mishtal, J., Zanini, G. & Gerdt, C. (2023). »The first difficulty is time«: The impact of gestational age limits on reproductive health and justice in the context of cross-border travel for abortion care in Europe. *Social Science & Medicine*, 321, 115760.
- De Zordo, S., Zanini, G., Mishtal, J., Garnsey, C., Ziegler, A. & Gerdt, C. (2020). Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: A mixed-methods study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 128(5), 838–845.
- Djb – deutscher Juristinnenbund e.V. (2022). Policy Paper: Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch. Deutscher Juristinnenbund. https://www.djb.de/fileadmin/user_upload/presse/stellungnahmen/st22-26_Policy_Paper_Schwangerschaftsabbruch.pdf (23.05.2024).
- Erasmus-Universität Rotterdam (2022). *Why is abortion penalized in the Dutch Criminal*

- Code? <https://www.eur.nl/en/news/why-abortion-penalized-dutch-criminal-code> (23.05.2024).
- Europäisches Parlament (2022). Right to safe and legal abortion must be safeguarded, MEPs demand. <https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20220603IPR32144/right-to-safe-and-legal-abortion-must-be-safeguarded-meps-demand> (23.05.2024).
- Europe Abortion Access Project (o.J.). <https://europeabortionaccessproject.org/> (07.06.2024).
- Garnsey, C., Zanini, G., De Zordo, S., Mishtal, J., Wollum, A. & Gerds, C. (2021). Cross-country abortion travel to England and Wales: Results from a cross-sectional survey exploring people's experiences crossing borders to obtain care. *Reproductive Health*, 18(1), 103.
- Gissler, M., Fronteira, I., Jahn, A., Karro, H., Moreau, C., Oliveira da Silva, M., Olsen, J., Savona-Ventura, C., Temmerman, M., Hemminki, E. & the REPROSTAT group (2012). Terminations of pregnancy in the European Union: Terminations of pregnancy in the EU. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(3), 324–332.
- Krolzik-Matthei, K. (2019). Abtreibungen in der Debatte in Deutschland und Europa. *APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte*, 20/2019, 4–11.
- Lorenz, F. (2013). »Nach Holland fahren« – Ungewollte Schwangerschaften. <https://www.uni-muenster.de/NiederlandeNet/nl-wissen/soziales/geburt/abort.html> (23.05.2024).
- pro familia (Hrsg.). (1978). *Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren: Nach der Reform des Paragraphen 218 – Betroffene Frauen ziehen Bilanz*. Hamburg: Rowohlt.
- Profemina (o.J.). Aus rechtlicher Sicht: Abtreibung im Ausland. <https://www.profemina.org/de-de/abtreibung/abtreibung-im-ausland> (07.06.2024).
- Tennhardt, C. & Kothé, B. (2017). Der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland – Stationen einer Reise mit Hindernissen. *DjBZ Zeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes*, 20(1), 12–14.
- Torenz, R. (2022). Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch in Deutschland – Datenlage und regionale Versorgungsunterschiede. *Das Gesundheitswesen*, 84(8/9), 744. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1753665>
- VWS – Niederländisches Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (2022). Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap (Wafz). Health and Youth Care Inspectorate (IGJ). [https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/jaar verslagen/2022/09/22/wafz-2021/Definitie+en+cijfer+bijlage+Wafz+2021.pdf](https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/jaar%20verslagen/2022/09/22/wafz-2021/Definitie+en+cijfer+bijlage+Wafz+2021.pdf) (23.05.2024).
- Widera, S., Hänel, K., Stark, S., Wolf, B. & Aktas, B. (2022). Prospektive Untersuchung der Assoziation von wahrgenommener Stigmatisierung und postinterventionellen Schmerzen bei Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen der Beratungsregelung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 82(10), e182. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1757100>
- Zanini, G., Mishtal, J., De Zordo, S., Ziegler, A. K. & Gerds, C. (2021). »Abortion information governance and women's travels across European borders«, *Women's Studies International Forum*, 87, 102496. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2021.102496>
- Ziegler, M. (Hrsg.). (2023). *Research handbook on international abortion law*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Biografische Notizen

Silvia De Zordo, Ph.D., Sozialanthropologin, ist Associate Professorin an der Universität von Barcelona. Ihre Forschungsinteressen umfassen reproduktive Governance, Abtreibung und soziale/geschlechtsspezifische Ungleichheiten in Lateinamerika und Europa. Sie war Leiterin des vom ERC finanzierten Projekts über den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und Reisen in Europa.

Joanna Mishtal, Ph.D., ist Professorin für Anthropologie an der University of Central Florida, Abteilung für Anthropologie. Ihre Forschungsinteressen liegen an der Schnittstelle von Gender und Governance, insbesondere in den Bereichen reproduktive Rechte, Gesundheit und Politik.

Laura Rahm, Ph.D., ist MSCA-Forschungsstipendiatin am Institut für Demokratie der Central European University und die Leiterin des H2020-Projekts GlobalKnoT. Zuvor war sie Postdoktorandin in einem vom ERC finanzierten Projekt über den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und Reisen in Europa.

Teil III

Methodisches Handeln und Praxiserfahrungen in der Beratung ungewollt Schwangerer

Systemische und personenzentrierte Elemente in der § 219-Beratung

Ein Gespräch mit Lena Golomb & Ursula Kersting-Otte

Das Beratungssetting im Kontext der § 219-Beratung unterliegt strengen gesetzlichen Regelungen und ist insbesondere durch den Pflichtcharakter sowie das in der Regel einmalig stattfindende Gespräch gekennzeichnet. Dies stellt Berater:innen, gerade vor dem Hintergrund zentraler beraterischer Grundannahmen vor besondere Herausforderungen.

In der sogenannten Schwangerschaftskonfliktberatung arbeiten überwiegend sozialpädagogische Fachkräfte, die in der Regel über eine Fortbildung zu Inhalt, Form und Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung verfügen. Zum anderen sind viele Berater:innen in personenzentrierter oder systemischer Beratung weitergebildet. Mit dem vorliegenden Beitrag ist die Idee verbunden, in einer praxisnahen Perspektive diese beiden beraterischen Ansätze in den Blick zu nehmen und danach zu fragen, welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede bestehen.

Im folgenden Gespräch diskutieren Lena Golomb (LG) und Ursula Kersting-Otte (UKO) über systemische und personenzentrierte Elemente in der Schwangerschaftskonfliktberatung. Nach einer anfänglichen Verständigung über grundlegende Aspekte werden Zugänge und Ressourcen sowie mögliche Techniken für das Beratungssetting vorgestellt.

Lena Golomb ist Erziehungswissenschaftlerin und M. A. Gender Studies mit Weiterbildung in systemischer Beratung und Therapie. Sie arbeitet an einer psychologischen Beratungsstelle und als Lehrbeauftragte an der Universität Tübingen und war von 2019 bis 2022 in der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung tätig.

Ursula Kersting-Otte ist Diplom-Sozialarbeiterin mit einem Master of Counselling in Personenzentrierter Beratung in einer Pro-familia-Beratungsstelle. Sie arbeitet seit mehr als 30 Jahren in vielfältigen Beratungsbereichen, unter anderem in der Schwangerenberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Paarberatung sowie Familien- und Erziehungsberatung.

Ihr langjähriger Schwerpunkt ist die Begleitung werdender Eltern, junger schwangerer Frauen und Paare. Ihr besonderes Interesse gilt der Bindungsförderung. Sie hat mehrere Jahre eine Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung geleitet.

Das Gespräch wurde von Eva Maria Lohner moderiert und im Sommer 2023 aufgenommen.

1 Systemisches und personenzentriertes Arbeiten in der Beratung ungewollt Schwangerer

EML: Sie beide beziehen sich in Ihrer Beratungstätigkeit auf unterschiedliche Beratungsansätze, nämlich Sie, Frau Kersting-Otte, auf den personenzentrierten Ansatz und Sie, Frau Golomb, auf die systemische Beratung. Frau Kersting-Otte, woran erkennt man in Ihrer Arbeit, dass Sie personenzentriert arbeiten?

UKO: Der personenzentrierte Beratungsansatz und auch die darauf aufbauende Gesprächspsychotherapie ist mehr eine Haltung als eine Methode. Deshalb geht es weniger um Techniken und ganz spezifische Interventionen, sondern darum, mit einer personenzentrierten Grundhaltung die Beratung zu beginnen, durchzuführen und den Menschen zu begegnen. Die Grundhaltungen würde ich gerne einmal nennen. Es geht um Empathie, Kongruenz und Wertschätzung. Ich ergänze sie um die vierte Grundhaltung: Transparenz. Diese lässt sich aus den anderen herleiten. Ich finde es gerade im Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung besonders wichtig, Transparenz herzustellen. Die Grundannahme im personenzentrierten Ansatz ist, dass Menschen bestrebt sind, ihr persönliches Wachstum voranzutreiben, und dass Menschen entwicklungsfähig sind, sich weiterentwickeln und somit ihr persönliches Wachstum verfolgen. Der Ansatz ist nicht auf eine Diagnose und entsprechende Heilung ausgerichtet. Es ist kein medizinischer Ansatz, sondern ein sehr konstruktiver Ansatz, der den menschlichen Organismus als eine positive Kraft sieht, die schöpferisch und entwicklungsorientiert ist. Das hat nichts mit medizinischen Ansätzen, die etwas Pathologisches brauchen, um behandeln oder um abrechnen zu können, zu tun. Um das einmal zu konkretisieren: Wenn jetzt eine Frau zu mir in die Schwangerschaftskonfliktberatung kommt, heißt das, ich hole mir auch noch einmal

einen individuellen Beratungsauftrag von dieser Frau oder von den Menschen, die kommen. Ich will da nicht zu weit ausholen, was den Zwangskontext betrifft, aber es ist eine gesetzlich verpflichtende Beratung, da kommen wir nicht drum rum, und das schürt Ängste und auch die Fantasien der Frauen.

EML: Vielleicht können Sie einmal aus Ihrer Praxis berichten, welche Fantasien oder Sorgen Sie bei den Frauen in der Schwangerschaftskonfliktberatung wahrnehmen?

UKO: Eine Grundannahme von Frauen, die zur Beratung kommen, ist, dass sie hinterfragt werden, nicht nur ihre Entscheidung und ihre Entscheidungsfähigkeit infrage gestellt wird, sie vielleicht auch gar nicht akzeptiert und sie bewertet werden, zum Beispiel im Sinne von: »Warum hast du denn nicht verhütet?« Diesen Annahmen kann ich mit dem personenzentrierten Ansatz entgegenwirken, indem ich einer Frau empathisch begegne, mich kongruent verhalte, wie es mir gerade und unter den gegebenen Umständen möglich ist, mich sehr wertschätzend ihr gegenüber verhalte. Ich mache diese verpflichtende Beratungssituation transparent und hole mir dann, da mache ich jetzt den Bogen zu dem, wie ich angefangen habe, noch einmal einen Beratungsauftrag, lege dar, dass die Frau ein Anrecht auf die Beratungsbescheinigung hat. Ich frage die Frauen aber auch, was sie für Anliegen haben, was sie klären möchten, was sie wissen möchten, was sie einfach nur einmal berichten, loswerden und in der Beratungsstelle lassen möchten.

EML: Was sind denn aus Ihrer Sicht die Besonderheiten der Schwangerschaftskonfliktberatung und was heißt das für einen personenzentrierten Ansatz?

UKO: In der Regel ist Beratung, wenn es um einen Schwangerschaftskonflikt geht, ein einmaliger Kontakt. Da stehen im Grunde alle Beratungsansätze vor dem gleichen Dilemma. Es gibt nur diese eine Chance und da ist personenzentriertes Herangehen eben ein geeignetes Beratungsangebot. Im Grunde ist der Ansatz ein umfassendes Beziehungsangebot. Ich sage jetzt einfach immer erst einmal die Frau, das impliziert aber, dass sie mit Begleitung oder mit weiteren Familienmitgliedern oder Freundinnen kommt. Ich nehme die Frau an, wie sie gerade daherkommt, mit all den Gegebenheiten, Einschränkungen oder Fähigkeiten, was immer sie gerade persönlich mitbringt, oder an zeitlichen Einschränkungen hat. Beispielsweise: »Das ist jetzt

meine Mittagspause. Ich habe niemandem gesagt, dass ich hier bin und diesen Termin brauche. Ich muss in 45 Minuten hier wieder raus sein.« Das ist das, was ich akzeptieren kann und will. Dann geht es darum, in dieser Zeit das, was das Wichtigste für die Frau ist, zu besprechen, ihr Raum für ihre Themen zu geben und ihr ein Angebot für weitere Termine zu machen. Das wird in der Regel als sehr hilfreich empfunden und auch von den Frauen angenommen. Sie benennen das beispielsweise so: »Das finde ich gut, dass ich noch einmal wiederkommen kann.« Eine Folgeberatung wird aber selten wahrgenommen. Das liegt, glaube ich, in diesem Konstrukt der Pflichtberatung. Die Länge des Beratungsprozesses hängt natürlich vom Grad der Ambivalenz bei einer Frau ab. Um was geht es auch sonst noch? Was spielt alles für die Entscheidung eine Rolle? Aber die meisten Frauen sind entschieden. Da gibt es auch Forschung und Zahlen, die das belegen. Das heißt, ich kann immer nur über das, was Pflichtanteil ist, hinaus ein Angebot machen und meine Arbeit auch nur so verstehen. Der personenzentrierte Ansatz spricht, wenn es um Konflikte geht, eher von Inkongruenzen. Das Erleben von Inkongruenz kann, um das auf diesen Bereich zu übertragen, etwas sein, wie: »Ich habe nicht gedacht, dass ich jemals in meinem Leben ungeplant schwanger werde. Ich habe jetzt das Gefühl, dass ich mein Leben nicht mehr im Griff habe, obwohl ich doch voll durchstrukturiert bin oder meine Dinge plane. So etwas ist mir noch nicht passiert.« In dem Sinne können Frauen eine Schwangerschaft als Inkongruenz erleben.

Oder: »Meine Familienplanung ist eigentlich abgeschlossen und da war ich auch ganz klar, aber ich freue mich jetzt. Meine ganze Umgebung sagt, wie verrückt das denn ist, nach zwei gesunden Kindern jetzt noch ein drittes zu wollen und zu wünschen und einer weiteren Schwangerschaft positiv gegenüberzustehen.« Oder: »Ich bin ganz jung. Ich mache erst einmal meine Ausbildung zu Ende. Jetzt erlebe ich aber, dass ich mir trotzdem ein Kind vorstellen kann. Mein Partner hat mich gerade verlassen. Ich wollte nie alleinerziehend sein. Trotzdem entsteht da gerade etwas, dass ich es mir doch vorstellen kann.« Und im umgekehrten Sinne auch: »Ich wollte nie schwanger sein. Das war überhaupt in meinem Selbstkonzept und Selbstbild nicht vorgesehen, jemals Mutter zu werden. Jetzt weiß ich gar nicht, was ich mit meinen Gefühlen machen soll.« Das ist mit Inkongruenz gemeint. Da der personenzentrierte Ansatz auch auf dem Heraus-

stellen der Gefühle, der emotionalen Anteile basiert, ist er, finde ich, gerade in einem Konflikt, der sich nicht rein objektiv entscheiden lässt, eine gute Herangehensweise. Es gibt Entscheidungen, da kann eine Person objektive Argumente dafür und dagegen sammeln. Das machen Frauen auch manchmal, bringen eine Pro-und-Kontra-Liste mit. Es spielen viele Gefühle im Schwangerschaftskonflikt eine Rolle, von Freude, Jubel und Hochgefühlen bis zu Scham und Trauer. Der personenzentrierte Ansatz mit den Grundhaltungen ist einfach eine gute Vorgehensweise, um die Frau zu unterstützen, Zugang zu ihren Gefühlen zu bekommen. Ich habe eingangs auch gesagt, dass Menschen sich weiterentwickeln wollen. In dem personenzentrierten Kontext spricht man von der Selbstaktualisierungstendenz. Das heißt, dass Menschen danach streben und die Fähigkeit haben, sich persönlich weiterzuentwickeln, egal unter welchen Bedingungen. Ich kann jetzt auch sagen, dass Weiterentwicklung im Konflikt vielleicht nicht einfach ist. Es geht aber nicht nur um förderliche Bedingungen, sondern auch um hinderliche Bedingungen, mit denen Menschen wachsen. Da kann ich mit diesem Ansatz dazu beitragen, dass Menschen sich in ihrer aktuellen Lebenssituation und einem intrapsychischen Konflikt selbst besser verstehen und annehmen können. Es kann beispielsweise auch sein, dass sich über die ungeplante oder ungewollte Schwangerschaft ein Paarkonflikt offenbart. Dieser lässt sich mit dem personenzentrierten Ansatz gut herausarbeiten.

EML: Vielen Dank. Dann würde ich direkt Sie fragen, Frau Golomb, woran erkennt man denn in Ihrer Arbeit, dass Sie systemisch arbeiten?

LG: In wieviel kann ich mich Frau Kersting-Otte anschließen. Auch ich würde sagen, dass es im Wesentlichen meine Haltung ist, die für die Personen, die in die Beratung kommen, hoffentlich spürbar wird. Gerade auch im Beratungskontext der Schwangerschaftskonfliktberatung empfinde ich die Haltung bedeutsamer als bestimmte Methoden oder Techniken. Den systemischen Ansatz habe ich auch wegen der zugrunde liegenden Haltung gewählt.

Ganz wesentlich ist eine wertschätzende Grundhaltung. Das bedeutet die Person, die in die Beratung kommt, erst einmal wahrzunehmen und zu würdigen, in welcher Situation sie ist und wie sie ihre Situation selbst empfindet. Zentral im systemischen Ansatz ist auch, dass die Person, die in die Beratung kommt, als Expertin ihrer eigenen Lebenswelt begriffen wird. Als Beraterin gehe ich davon aus, dass sie

grundsätzlich die Ressourcen hat, mit dieser Situation umzugehen. Diese Ressourcenorientierung ist für mein Empfinden im Kontext der Schwangerschaftskonfliktberatung als Haltung etwas sehr Wesentliches, denn damit gehe ich erst einmal davon aus, dass die Person eine Entscheidung für sich treffen kann. Möglicherweise wünscht sie sich Unterstützung und weitere Informationen, das heißt, sie braucht vielleicht noch zusätzliche Ressourcen oder bereits bestehende Ressourcen müssen aktiviert bzw. wieder ins Gedächtnis gerufen werden. Ein weiterer Aspekt meiner systemischen Haltung ist es, den familiären Kontext zu betrachten – zum einen das Familiensystem im Hinblick auf die Frage, wer an der Entscheidungsfindung beteiligt ist. Gibt es beispielsweise einen Partner oder eine Partnerin, die »mitentscheidet« oder Einfluss auf die Entscheidung nimmt? Werden durch die Familiengeschichte vielleicht auch weitere Aspekte relevant oder aktiviert und wirken damit in die Entscheidung der schwangeren Person mit hinein? Außerdem ist es für mich als Beraterin in der Schwangerschaftskonfliktberatung mit systemischer Perspektive wichtig, auch die Rolle von gesellschaftlichen und politischen Systemen als relevant mitzudenken. Wie ist das Thema Schwangerschaftsabbruch gesellschaftlich konnotiert und wie wird es bewertet? Wie wirkt das auf die schwangere Person, der ich in der Beratung begegne und welche Gefühle sind damit für sie verbunden? Der systemische Ansatz ist hier auch hilfreich dafür, verschiedene Ebenen in den Blick zu nehmen und sowohl private als auch gesellschaftlich-politische Kontexte zusammenzudenken, was ich gerade im Bereich der Schwangerschaftskonfliktberatung als überaus relevant erlebe.

2 Ressourcen und Zugänge in der systemischen und personzentrierten Beratung

- EML:** Dann schließe ich direkt an mit der nächsten Frage an Sie, Frau Golomb. Vielleicht können Sie erläutern, wo Sie gerade jetzt in der § 219-Beratung von ungewollt Schwangeren Ressourcen und Zugänge sehen, die der systemische Ansatz Ihnen bietet.
- LG:** Gerade unter dem Gesichtspunkt, wie Schwangerschaftsabbrüche gesellschaftlich oder auch ethisch diskutiert werden, kann es ein wertvoller Ansatz sein, erst einmal der Person in der Beratung mit

einer wertschätzenden Grundhaltung zu begegnen und ihr zu vermitteln, dass sie und ihre Situation nicht bewertet werden. Wie bereits Frau Kersting-Otte gesagt hatte, ich bewerte nicht, ob die Schwangere richtig verhütet hat, ob sie überhaupt verhütet oder das wievielte Kind es ist. Ich stelle ihre gesamte Lebenssituation nicht zur Disposition. Mit dieser Haltung gehe ich in das Gespräch und versuche, das auch im Beziehungsaufbau als Erstes zu signalisieren. Als Beraterin möchte ich die schwangere Person unterstützen und mit ihr gemeinsam klären, was sie braucht. Darauf stelle ich mich ein und schaue aus einer ressourcenorientierten Perspektive darauf, welche Ressourcen die Person hat. Aus meiner Erfahrung ist es häufig sehr entlastend für die Person, das Gefühl zu haben: »Ich werde hier nicht überredet. Ich werde hier nicht bewertet. Hier ist ein Raum, den ich so nutzen kann, wie ich es brauche.« Das vermitteln zu können finde ich gerade im Kontext der Schwangerschaftskonfliktberatung ganz wesentlich. Der systemische Ansatz ist sehr geeignet, eine solche Haltung und Perspektive einnehmen und in der Beratung vermitteln zu können.

EML: Vielen Dank. Frau Kersting-Otte, wo sehen Sie Ressourcen und Zugänge in der personenzentrierten Beratung für das Feld der § 219-Beratung?

UKO: Ich kann mich wiederum Frau Golomb anschließen und sagen, dass es viele Gemeinsamkeiten und Berührungspunkte gibt. Die Grundhaltung ist einfach dafür da, eine offene Gesprächsatmosphäre zu schaffen und schon den Empfang und ersten Kontakt offen und annehmend zu gestalten. Im personenzentrierten Ansatz nennt man das eine bedingungslose Annahme. Es gibt keine Bedingungen dafür, dass ich mit einem Menschen in Kontakt zu treten versuche. Wenn ich wieder auf Kongruenz zu sprechen komme, kann ich das natürlich nur mit den Möglichkeiten, die mir an dem Tag zur Verfügung stehen. Mit der Zeit, Verfassung, Kraft, Energie, Aufnahmefähigkeit und allem, was da ist, kann ich mit der Frau oder der Familie zusammen schauen, was den Konflikt ausmacht. Als Beraterin bin ich immer auf die Bereitschaft zur Mitwirkung meines Gegenübers angewiesen. Denn manchmal gibt es Situationen, in denen der Konflikt verdeckt ist, da darf eine Frau, ein Paar oder ein Familiensystem für sich entscheiden und sagen: »Wir wollen aber jetzt hier nicht offen darüber sprechen.« Das gilt es zu akzeptieren.

Ist kein Konflikt vorhanden, die Frau hat bereits eine Entscheidung gefällt, was häufig vorkommt, dann muss ich auch nicht »künstlich« im Beratungsgespräch einen Konflikt besprechen. Es ist so, dass die Frau entscheidet, inwieweit und wie tief sie in den Konflikt eingeht. Ich finde, es ist zu jedem Zeitpunkt des Beratungsgesprächs eine Ressource, der Frau die Entscheidung zu lassen.

Was den Ausblick betrifft, komme ich ganz zum Schluss noch einmal darauf, wie wir zukünftig mit dieser Zwangsberatung umgehen. Ein Plus vom personenzentrierten Ansatz ist, dass die Gefühle frei benannt werden können, dass nicht bewertet wird und die betroffene Person damit einfach eine Chance hat, noch einmal nachzuspüren, was sie will. Wenn ein Mensch ambivalent ist, heißt das nicht zwangsläufig, dass es in einem einmaligen Beratungskontakt eine gute Lösung gibt. Ich kann aber dazu beitragen, schon einmal Teile dieses Puzzles aufzulösen, und weitere Begleitung anbieten. Grundsätzlich geht es darum, jeder Frau, die in die Konfliktberatung kommt, auch das Gefühl zu geben, dass sie immer diejenige bleibt, die bestimmt, was im Beratungskontext passiert, sei es, dass sie sich ihre Mutterrolle anguckt, die dann auch wieder in gesellschaftlichem Kontext steht. Sei es, sie reflektiert ihren bisherigen Lebensentwurf. Die Kinderbetreuung ist aktuell ein Thema, um das wir nicht herumkommen. Es fehlen Kinderbetreuungsplätze. Das wird über kurz oder lang, wenn nicht jetzt schon, in die Entscheidungen, ob eine Frau ein Kind oder Kinder haben will, einfließen, weil das zu den Gesamtbedingungen beiträgt.

3 Techniken in der systemischen und personenzentrierten Beratung

EML: Ich finde es sehr interessant zu sehen, wo es sich differenziert und wo es Überschneidungen gibt. Und ich würde einen Schritt weitergehen und Sie, Frau Golomb, gerne fragen, ob Sie in der Beratung bestimmte Techniken nutzen, und falls ja, ob Sie das an einem Beispiel verdeutlichen können.

LG: In der Konfliktberatung ist der Zeitfaktor etwas sehr Limitierendes, da es in den meisten Fällen ein einmaliger Kontakt ist. Diese zeitliche Begrenzung wirkt sich auch darauf aus, welche Methoden innerhalb eines Beratungsgesprächs möglich sind. Das Beratungsgespräch ist

häufig schon gut gefüllt mit der Weitergabe von Informationen über den weiteren Ablauf, medizinische und finanzielle Aspekte, Fragen zur weiteren Verhütung etc. Allerdings gibt es immer wieder Beratungsprozesse, die über eine Sitzung hinausgehen. In diesen Fällen eröffnen sich unter Umständen dann auch methodisch andere Möglichkeiten. Wenn eine schwangere Person zum Beispiel sehr ambivalent ist und es für sie hilfreich sein könnte, neben einer kognitiven oder sprachlichen Ebene, einen emotionalen Zugang zu finden, kann sich methodisch eine Entscheidungsarbeit anbieten. Dadurch können Fragen, die für die Person relevant sind, noch einmal anders erlebbar werden und sich unter Umständen neue Facetten zeigen, die für die Entscheidungsfindung hilfreich sein können. Insgesamt kann ich verschiedene Methoden in der Beratung nutzen, allerdings steht für mich dabei immer im Mittelpunkt, dass sie dem Bedarf der Person, die in die Beratung kommt, und auch ihren Vorstellungen vom zeitlichen Umfang des Beratungsprozesses entsprechen muss.

EML: Danke. Frau Kersting-Otte, nutzen Sie bestimmte Techniken?

UKO: Es ist wieder ähnlich. Vom Grundprinzip des personenzentrierten Ansatzes darf ich alles nutzen, muss aber nicht. Die Grundhaltung ist, dass ich erst einmal zuhöre und widerspiegele. Um was geht es? Was habe ich verstanden und welche Gefühle sind angesprochen? Das alles mit diesem zeitlichen Limit, wie Frau Golomb gerade gesagt hat. Ich muss in dem ganzen Kontext eben auch noch dafür sorgen, dass die Frau bestimmte Informationen aufnimmt, die sie essenziell braucht, um für sich entscheiden und weitere Schritte gehen zu können, wie Kostenübernahme, Praxen, die einen Abbruch durchführen, oder Anlaufstellen für weitere Hilfsangebote, wie beispielsweise die Mutter-Kind-Stiftung. Das muss einfach auch noch Raum haben. Deshalb ist dieses zeitlich Begrenzte schon eine starke Einschränkung für den Beratungsprozess insgesamt. Das Konkretisieren von Lebensumständen versuche ich, indem ich Frauen wirklich sehr genau frage: »Wie stellen Sie es sich vor, wenn Sie sich so entscheiden? Wie wird es sein? Wie, glauben Sie, wird es sein?« Ich kann eine Wunderfrage stellen: »Wenn eine Fee jetzt kommt und Sie dürften sich etwas wünschen in dieser Situation ...« Da kommt manchmal sehr Konstruktives und sehr Erstaunliches dabei heraus.

Oder: »Was glauben Sie denn, wie Sie in ein, drei oder fünf Jahren über diese Situation heute denken werden?« Ich versuche, Frauen

sehr viel Zuversicht mitzugeben, dass sie in der Lage sind, eine gute Entscheidung zu treffen, dass sie aber die Zukunft trotzdem nicht voraussagen können. Sie können nicht wissen, wie sie ihre Entscheidung mit zeitlichem Abstand einschätzen, ob sie denken: »Ja, das war das, was ich damals nur so entscheiden konnte«, oder ob es ein Bedauern gibt. Das kann ihnen niemand sagen. Das Risiko können sie nur allein tragen. Manchmal biete ich Arbeit mit dem Inneren Team nach Schulz von Thun an, um die Anteile und Repräsentanten für verschiedene innere Persönlichkeitsanteile herauszustellen. Das sind aber schon wirklich tiefergehende Interventionen, die einer Zustimmung und eigentlich weiterer Termine bedürfen. Es gibt auch Focusing, um noch einmal Gefühle zu vertiefen. Das würde ich aber nie in einem ersten Kontakt anbieten. Ich fände das eine Überforderung. Das ist dann sehr viel.

EML: Darf ich da noch einmal kurz nachfragen? Meinen Sie mit »zu viel«, dass es für die zu Beratenden emotional zu intensiv werden kann? Oder meinen Sie, dass es zeitlich schwierig wird, das in die Sitzungen zu packen?

UKO: Es könnte emotional zu viel werden. Ich kann das aber je nach Situation individuell einschätzen, weil ich fragen kann: »Mit wem sprechen Sie noch? Wer ist in Ihrem Nahbereich? Wer entlastet Sie?« Es kann aber auch einfach sein, dass es zu viel Input ist. Für die Frau ist es wichtig zu erleben: »Ich kann auch bestimmen, was in der Beratung passiert. Ich bekomme die Informationen, die ich brauche. Ich habe ein Recht auf die Beratungsbescheinigung.« Emotionale Entlastung kann durch den Abbau von Zeitdruck entstehen. Das Wissen über den genauen zeitlichen Rahmen, der zur Entscheidung zur Verfügung steht, ist eine ungeheure Entlastung. Zunehmend denke ich, die verschiedenen Beratungsansätze ergänzen sich gut. Wir haben unter Kolleg*innen kein Schulen-Denken, dass es nur eine »richtige« Methode gebe.

EML: Vielen Dank. Dann kämen wir jetzt zur letzten Frage an Sie beide, eher noch einmal allgemeiner. Gibt es etwas, was Sie in Bezug auf die genannten Elemente zum Schluss noch erwähnen möchten oder was Ihnen darüber hinaus noch wichtig ist?

UKO: Ich finde, dass es von der personenzentrierten Haltung her einfach klar ist, dass die Frau in der Lage ist, ihre eigene Entscheidung zu treffen. Ich würde mir wünschen, dass von dem gesamtgesellschaftlichen

und gesetzlichen Rahmen her das auch stärker zum Zuge kommen könnte. Das entspricht nicht der Lebenswelt von Menschen, dass jemand anderes ihnen etwas vorschreibt und sei es nur eine Reflexion zu einem bestimmten Thema. Ich fände es wünschenswert, wenn Frauen sich entscheiden könnten, ob sie eine Beratung in Anspruch nehmen wollen. Das würde mit Sicherheit nicht mehr so häufig passieren, wie es jetzt. Es wäre eine ganz andere Situation, aber erstrebenswert.

Es geht um eine sehr persönliche Entscheidung. Da haben wir es nach wie vor mit alten hierarchischen Machtstrukturen zu tun. Die Haltung meines Verbandes und auch meine persönliche ist, dass das offener gestaltet werden muss. Tatsache ist, dass die Mehrheit der Frauen schon entschieden ist, es dennoch oft zu Beratungsgesprächen kommt. Die Einladung oder das Angebot, über ihre Entscheidung und Lebenssituation zu sprechen, wird von Frauen angenommen, aber sie würden Beratung vielleicht nicht von sich aus als notwendig empfinden. Wenn die Beratung hilfreich ist, heißt das noch lange nicht, dass sie in Anspruch genommen wird. Das ist persönliche Entscheidungsfreiheit. Dieses Recht der Definition der Situation, ob ein Konflikt besteht oder nicht, muss bei der Frau sein. Wenn es ein Konflikt ist, muss sie selbst entscheiden, ob und mit wem sie darüber sprechen möchte. Zusammenfassend denke ich, dass alle beraterischen Ansätze ihre Berechtigung haben. Ich habe mich vor vielen Jahren für diesen Weg und diesen Ansatz entschieden und bin da nach wie vor auch im Einklang mit mir, so zu arbeiten, wie ich arbeite. Es gibt aber viele Wege, Schwangerschaftskonfliktberatung zu gestalten.

- LG:** Dem kann mich nur anschließen. Perspektivisch würde ich mir wünschen, dass Frauen die Kompetenz auch vom Gesetzgeber zugesprochen wird, diese Entscheidung allein zu treffen und ein Beratungsangebot vorzuhalten. Was für Ressourcen würden frei werden, wenn Hürden und Tabus, mit denen in erster Linie die schwangeren Personen, und sekundär auch wir Berater:innen, konfrontiert sind, kleiner werden bzw. wegfallen würden? Welche Möglichkeiten könnten dadurch eröffnet werden, wenn sich das Beratungsangebot tatsächlich am Bedarf von schwangeren Personen orientiert und diese sich nicht qua gesetzlicher Vorgabe mit dem Thema Schwangerschaftskonfliktberatung beschäftigen müssen? Die Auseinandersetzung mit diesen

Fragen finde ich, gerade vor dem Hintergrund einer wertschätzenden und ressourcenorientierten Haltung, überaus relevant.

EML: Wenn es keine Ergänzungen mehr gibt, dann danke ich Ihnen ganz herzlich für die Einblicke in Ihre Arbeit, und in die Auseinandersetzung mit den Ansätzen.

Biografische Notizen

Lena Golomb, Erziehungswissenschaftlerin und M. A. Gender Studies mit Weiterbildung in systemischer Beratung und Therapie, arbeitet in einer psychologischen Beratungsstelle und als Lehrbeauftragte an der Universität Tübingen. Von 2019 bis 2022 war sie in der Schwangeren- und Schwangerschaftskonfliktberatung tätig.

Ursula Kersting-Otte, Dipl.-Soz.arb. mit einem Master of Counselling in Personenzentrierter Beratung, arbeitet seit mehr als 30 Jahren in vielfältigen Beratungsbereichen, unter anderem in der Schwangerenberatung, Schwangerschaftskonfliktberatung, Paarberatung sowie Familien- und Erziehungsberatung. Ihr langjähriger Schwerpunkt ist die Begleitung werdender Eltern, junger schwangerer Frauen und Paare. Sie hat mehrere Jahre eine Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung geleitet.

Schwangerschaftskonfliktberatung auf Distanz

Die Beratung am Telefon im Schwangerschaftskonflikt

Gabriele Moster & Kirsten Schmitz

1 Einleitung

Die Coronapandemie in Deutschland und die damit einhergehenden Einschränkungen des öffentlichen Lebens in Form sogenannter Lock-downs führte im März 2020 dazu, dass in die Praxis der bisher ausschließlich in Präsenz durchgeführten gesetzlich vorgeschriebenen Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB und §§ 5 und 6 SchKG ein neues Beratungssetting in Form von Telefon- und Videoberatung eingeführt wurde.

Nach nun fast drei Jahren Erfahrung mit ca. 700 telefonischen Schwangerschaftskonfliktberatungen in einer Beratungsstelle in freier Trägerschaft¹ gibt der Beitrag einen Rückblick in diese Zeit und leitet aus den Erfahrungen aus der Beratungsarbeit Impulse für eine praxisorientierte Qualifizierung und den Ausbau von Beratungskompetenzen in diesen neuen Beratungsformen ab. Anschließend an eine kurze Erläuterung der gesetzlichen Grundlagen (Kap. 2), der organisatorischen Umsetzung in diesen Jahren (Kap. 3) und der Standards und Qualifizierung für unterschiedliche Beratungsformate (Kap. 4) greift der Beitrag auf Grundlage der praktischen Beratungserfahrungen Fragen auf, die der veränderte Kontext für die Tätigkeit von Schwangerschaftskonfliktberater*innen hat entstehen lassen: Inwiefern bestärkt uns die Praxis der vergangenen Jahre, uns weiterhin für eine Wahl des Beratungssettings in der § 219-Beratung auszuspre-

1 Die Beratungsstelle liegt in einem dichtbesiedelten städtischen Gebiet. Es besteht eine Infrastruktur, die Klient*innen mehrheitlich ermöglicht, die Beratungsstelle auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen. Von März 2020 bis September 2023 wurden statistisch 703 Beratungen im Rahmen der §§ 5 und 6 SchKG in Verbindung mit § 219 StGB am Telefon erfasst.

chen? Und welche Anforderungen entstehen für die Weiterentwicklung der Qualifikation von Konfliktberater*innen?

Unsere Aussagen beziehen sich neben den eigenen Erfahrungen auch auf die von Berater*innen des Landesverbandes pro familia in Baden-Württemberg.² Zudem befragten wir im Dezember 2022 und Januar 2023 einige Klient*innen am Telefon bei der Terminvergabe, was für sie die Motivation war, das Setting einer Konfliktberatung telefonisch oder vor Ort in der Beratungsstelle gewählt zu haben. Einige dieser Äußerungen geben wir in diesem Beitrag wieder. Wie häufig das telefonische Setting für Schwangerschaftskonfliktberatungen genutzt wird, variiert in den Beratungsstellen und ist unter anderem abhängig von der Größe und der Trägerzugehörigkeit (siehe dazu auch den Beitrag von Nitzsche, Wienholz & Böhm in diesem Band). Folgende Darstellungen bieten daher nur einen Teileinblick in die Beratungspraxis, sind exemplarisch zu verstehen und entsprechend einzuordnen.

2 Rechtliche Aspekte für das Beratungssetting im Kontext der Coronapandemie

Im März 2020 erließen die ersten Bundesländer Verordnungen zum Infektionsschutz und zur Eindämmung der Coronapandemie mit der Folge, dass ein direkter Kontakt mit Klient*innen in den Beratungsstellen vorübergehend nicht mehr, oder nur in Ausnahmesituationen unter strengen hygienischen Voraussetzungen, möglich war. Die bis dahin übliche Praxis der verpflichtenden Face-to-Face-Schwangerschaftskonfliktberatung wurde mit dieser Verordnung außer Kraft gesetzt. Die rechtliche Bindung an eine verpflichtende Beratung³ nach § 219 StGB und §§ 5 und 6 SchKG blieb bestehen.

Im Strafgesetzbuch und im Schwangerschaftskonfliktgesetz trifft der Gesetzgeber Aussagen zu Inhalten und Zielvorgaben der Schwangerschaftskonfliktberatung, schreibt aber keine konkrete Beratungsform vor. Bisher

2 Um unsere eigenen Erfahrungen zu ergänzen und abzugleichen, haben wir im Zeitraum vom 27.01.2023 bis 10.02.2023 Kolleg*innen innerhalb des Landesverbandes Baden-Württemberg befragt und sie gebeten, uns ihre Erfahrungen anhand eines Fragebogens mitzuteilen. Im Text beziehen wir uns teilweise auf diese Aussagen. Der Fragebogen ist über diesen Link einsehbar, die Antworten liegen den Verfasserinnen anonymisiert vor: <https://nextcloud.profamilia.de/apps/forms/LQQX6jeTK2HZRMCZ>

3 Folgend wird der Begriff Beratung nach § 219 StGB synonym für Schwangerschaftskonfliktberatung verwendet.

ging man selbstverständlich von der Beratung in Präsenz aus. Durch die Besonderheit der pandemischen Situation akzeptierte die überwiegende Mehrheit der Bundesländer in den ersten Monaten die Konfliktberatung per Video oder Telefon. Bei der Frage der Präferenz sahen einige Bundesländer eine Nachrangigkeit der Telefonberatung vor.

In dieser Zeit waren Beratungsstellen gefordert, den Zugang zu Beratung neu zu organisieren, um ihn zu gewährleisten. Damit verbundene rechtliche Fragen, zum Beispiel bezüglich einer notwendigen Identitätsprüfung bei der Ausstellung einer Beratungsbescheinigung oder die Klärung datenschutzrelevanter Kriterien bei deren Übermittlung, mussten zeitnah geklärt werden.

2020 erschien ein vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördertes und von donum vitae in Auftrag gegebenes Rechtsgutachten, das die Formen der Distanzberatung rechtlich bewertete (vgl. Kubiciel, 2020). In diesem wird die Telefonberatung im Kontext von § 219 StGB und §§ 5 und 6 SchKG als zulässig, aber subsidiär im Vergleich zu einer Beratung im Videoformat bewertet. Deutlich besser geeignet seien alle digitalen Formate, »die eine (analoge) Präsenzberatung mit technischen Mitteln gleichsam >spiegeln<« (ebd., S. 31). Der Autor beschreibt die Telefonberatung als funktionales Äquivalent der Präsenzberatung, die eine methodengerechte Konfliktberatung ermöglicht, in Bezug auf den Wegfall des visuellen Kommunikationskanals aber eine besondere beratungsfachliche Herausforderung bedeutet.

Im Koalitionsvertrag der aktuellen Regierung (Bundesregierung Deutschland, 2021) wurde die Absicht aufgenommen, Schwangerschaftskonfliktberatung auch künftig online zu ermöglichen. Die Durchführung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes obliegt jedoch den Ländern. Sie entscheiden in eigener Zuständigkeit über die Fortsetzung der Wahlmöglichkeit des Beratungssettings. Eine bundeseinheitlich gesetzliche Regelung hierzu liegt nicht vor. Ein Teil der Bundesländer schließt die Wahl des Beratungssettings in der Konfliktberatung bis heute nicht wieder aus.

3 Organisatorische Umstellung der Beratungspraxis am Beispiel der pro familia Heidelberg e.V.

Bei pro familia Heidelberg e.V. begann – ähnlich wie in den Beratungsstellen anderer Träger – 2020 eine grundlegende Umorganisation der Bera-

tungspraxis, um das Beratungsangebot im Schwangerschaftskonflikt unvermindert sicherzustellen. Die Beratung am Telefon oder per Video bedurfte einer Anpassung von Methodik und Abläufen an das Setting. Eine entsprechende technische Einrichtung der Beratungsstellen wurde vorgenommen, um unter anderem für eine bessere telefonische Erreichbarkeit zu sorgen. Darüber hinaus wurde der zeitliche Mehraufwand durch die zusätzlichen administrativen Aufgaben eingeplant. Zugleich sollte die Ausstattung mit zusätzlichen Laptops und Telefongeräten ein mobiles Arbeiten ermöglichen.

Aufgrund von Erfahrungen mit instabilen Videoverbindungen bestand die Sorge, dass technisch bedingte Unterbrechungen von Videogesprächen zu Störungen der Gesprächsdynamik in einer Konfliktberatung führen könnten. Dementsprechend legten wir bei pro familia Heidelberg e. V. den Schwerpunkt der Schwangerschaftskonfliktberatungen von Beginn an auf die Telefonberatung.

Nach Auslauf der rechtlichen Regelungen für die Corona-Schutzmaßnahmen hat das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration in Baden-Württemberg Beratungsleistungen nach §§ 2, 5 und 6 SchKG in Form von Video- oder Telefongesprächen weiterhin ermöglicht. Es liegt seither im Ermessen des Trägers, bei Vorlage sachlicher Gründe, wie zum Beispiel eingeschränkter Mobilität der Ratsuchenden, die Beratung auf Distanz weiterhin anzubieten. In unserer Beratungsstelle in Heidelberg wurde die Möglichkeit der Beratung am Telefon für die Schwangerschaftskonfliktberatung bis zum aktuellen Zeitpunkt beibehalten und wir würden sie heute als etabliert bewerten. Aktuell werden mehr als ein Drittel der Konfliktberatungen telefonisch durchgeführt.⁴ Der Austausch mit Kolleg*innen im Landesverband weist jedoch darauf hin, dass nicht alle Beratungsstellen einheitlich mit dem Angebot des Telefonsettings verfahren. Einige erwähnen die Wahl des Settings aktiv bei der Terminvergabe, andere nur auf konkrete Nachfrage von Klient*innen. Die Präsenzberatung hat nach wie vor einen hohen Stellenwert und ist abhängig von individuellen Regelungen innerhalb einer Beratungsstelle.

4 Von Januar 2022 bis Oktober 2023 werden durchschnittlich 36% bis 39% der Konfliktberatungen bei pro familia Heidelberg e.V. am Telefon durchgeführt. Diese Zahl ist nicht repräsentativ für die generelle Entwicklung der Beratung auf Distanz nach § 219 StGB. Für 2022 liegen dem Landesverband pro familia Baden-Württemberg keine eindeutig verwertbaren statistischen Daten bezüglich des Beratungssettings vor.

Ergebnisse einer Studie aus dem Jahr 2020 (Krolzik-Matthei et al., 2021) zeigen, dass der Einsatz der Beratung per Telefon besonders in der Beratung nach § 219 StGB anfangs eher zurückhaltend eingesetzt wurde.

Das digitale oder telefonische Beratungsformat erfordert im Vergleich zur Präsenzberatung nicht weniger Zeit und von Berater*innen eine noch ausführlichere Vor- und Nachbereitung. Hintergrund ist, dass die notwendige Aufklärung zum Datenschutz und zum vertraulichen Umgang mit personenbezogenen Daten vorab erfolgen müssen. Ebenfalls muss die Übermittlung der Beratungsbescheinigung abgesprochen und organisiert werden.

4 Standards und Qualifizierung in der Beratungsarbeit auf Distanz

Zunächst als Notlösung gedacht, entwickelte sich die Schwangerschaftskonfliktberatung per Telefon oder Video zu einem professionellen Angebot in den Beratungsstellen von pro familia, das inhaltlich auf den gleichen fachlichen Standards wie denen einer Face-to-Face-Beratung basiert: Die Standards bei pro familia orientieren sich unter anderem an der Umsetzung der Rechte der Klient*innen, wie sie in der IPPF-Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte (IPPF, 1996) formuliert sind, sowie an den ethischen Standards institutioneller Beratung des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (DAKJEF, 2021).

Um fachlichen Standards auch in der Beratung auf Distanz zu entsprechen, erforderte die Anfang 2020 eintretende Erweiterung des Beratungssettings auf Telefon- und Videoberatung eine vertiefte Auseinandersetzung mit den Unterschieden und Besonderheiten. Exemplarisch genannt sind der Wegfall von nonverbalen Kommunikationskanälen bei Telefonaten, die verstärkte Bedeutung der eigenen Stimme und Sprache, die Gestaltung eines virtuellen Beratungsraums in der Videoberatung und der Umgang mit Krisen und Störungen bei fehlender räumlicher Präsenz der Klient*innen.

In fachlichen Arbeitskreisen, wie dem Arbeitskreis Schwangerschaftsberatung der pro familia in Baden-Württemberg, setzten sich Berater*innen thematisch mit den Besonderheiten der Beratungsabläufe auseinander. Im Hinblick auf die Sicherstellung der Rechte von Klient*innen wurde unter anderem diskutiert, wie auf Wunsch größtmögliche Anonymität ermög-

licht werden kann oder wie mit dem in manchen Länderausführungsgesetzen explizit geforderten Identitätsnachweis bei Ausstellung der Beratungsbescheinigung datenschutzkonform umzugehen ist. Länderübergreifend arbeiteten Berater*innen bei pro familia an ersten fachlichen Empfehlungen für die Praxis.

2020 bot der Bundesverband pro familia mit Ad-hoc-Veranstaltungen für Berater*innen die Möglichkeit, sich in den beraterischen Kompetenzen für das neue Setting weiterzubilden. Fortbildungen wurden in Form von Webinaren angeboten, die die »Herausforderungen in der Beratung am Telefon«, die »Kommunikation im Videokontakt« oder »Das telefonische Beratungssetting der § 219 StGB Beratung« aufgriffen (pro familia, 2020–2023).

Der Anspruch, Beratungsangebote bedarfsorientierter und damit verbunden auch barrierefreier und flexibler zu gestalten, ist in den Jahren der Pandemie zunehmend gewachsen. Um den Transfer der Erfahrung vergangener Jahre in künftige Beratungskonzepte zu übertragen und eine flächendeckende Qualifizierung zu erreichen, entwickeln Träger und Verbände weiterhin Konzepte. In manchen Bundesländern werden diese Entwicklungen mit Fördermitteln unterstützt.

Das trägerübergreifende Projekt »Blende(n)d beraten« (Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e. V.) in Hessen unterstützt etwa Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen durch Schulungen und Vernetzungen in der Umsetzung digitaler Beratungsformate.

Der Bundesverband pro familia entwickelt für Berater*innen Fortbildungsmodule »Digitale Beratung und Blended Counseling in institutionellen Beratungsstellen« für schriftbasierte, Audio- und Videoberatung. Grundlage ist die langjährige Erfahrung in der schriftbasierten Onlineberatung [profamilia.sextra.de](https://www.profamilia.sextra.de). Es werden fachliche Standards bzw. Leitlinien (weiter)entwickelt und angepasst. Hintergrund ist der Umstand, dass der »Qualifizierungs- und Erfahrungsstand in digitaler Beratung der Kolleg*innen bei pro familia [...] divers [ist]. Mit diesen Leitlinien soll eine langfristige Perspektive für die Qualifizierung der Berater*innen geschaffen werden, die gleichzeitig das Praxiswissen der Berater*innen anerkennt« (pro familia, 2023). Damit wird eine qualifizierte standardisierte Beratung auf Basis von praxisorientierter und wissenschaftsbasierter Fortbildung sichergestellt, die zu den Bedarfen der Ratsuchenden passen. Verbunden damit ist das Ziel, »dass bis 2030 alle Berater*innen in den digitalen Beratungsformen spezifisch fortgebildet sind, die sie anbieten« (ebd.).

5 Erfahrungen aus der Beratungspraxis

Sowohl während als auch nach der Pandemie findet die Mehrheit der Schwangerschaftskonfliktberatungen in Präsenz statt. Klient*innen reagieren unserer Erfahrung nach positiv auf die Wahlmöglichkeit des Beratungssettings. Es bedeutet für sie keine Beratung zweiter Wahl, wenn ein Gespräch telefonisch stattfindet, da mit diesem Format Beratung ebenfalls konzentriert und fokussiert stattfinden kann. Durch die Möglichkeit, das Setting selbst zu wählen, wird ferner vermittelt, dass ein Schwangerschaftskonfliktgespräch im Kontext der Pflichtberatung auf den Bedarf der Klientin ausgerichtet ist. Das ist bei dem verpflichtenden Beratungskontext im Schwangerschaftskonflikt nicht unerheblich, da manche Frauen der Verpflichtung zum Gespräch mit Skepsis begegnen.

Erfahrungen aus der Beratungspraxis während der Pandemiezeit zeigen, dass viele Menschen mit Kindern durch die Einschränkungen der Corona-Schutzmaßnahmen eine Doppelbelastung wegen wegfallender Kinderbetreuung und zeitgleicher Erwerbstätigkeit erlebten. In dieser Zeit bot die Möglichkeit der Telefonberatung eine flexiblere Einbindung des Termins in den Alltag. Explizit begrüßt wurde das Angebot ebenfalls von Klient*innen mit weiten Anfahrtswegen zu Beratungsstellen und aus Gebieten mit schwach ausgebauter Infrastruktur. Dass ein besserer Zugang zu Beratung für schwer erreichbare Zielgruppen mit multiplen, gemischten Beratungsformaten besser erreicht werden kann als mit reiner Präsenzberatung, zeigen bereits die Ergebnisse einer Begleitforschung zu dem Modellprojekt »Helfen. Lotsen. Beraten« (HeLB) des Bundesverbandes donum vitae e. V., das vor der Pandemie 2019 startete (vgl. Bradl & Lehmann, 2022).

Für einige Klient*innen bestehen diese Gründe auch jenseits pandemischer Beschränkungen, sodass sie es vorziehen das Beratungsgespräch von zu Hause zu führen.

5.1 Klient*innen über die Wahl des Beratungssettings – exemplarische Einsichten

Um mehr über die Beweggründe der Wahl des Beratungssettings zu erfahren, haben wir Klient*innen im Anschluss an eine telefonische Terminvereinbarung für eine Schwangerschaftskonfliktberatung gefragt, was ihre

Motivation war, eine telefonische oder Beratung vor Ort zu vereinbaren. Dabei ging es ausschließlich um die Wahl zwischen Telefon- und Präsenzberatung. Videoberatungen boten wir wegen der oben beschriebenen Störungsanfälligkeit für Schwangerschaftskonfliktberatungen nicht an. Zwischen Dezember 2022 und Januar 2023 nahmen 24 Klient*innen an der Befragung teil. Ihre Antworten wurden anonymisiert dokumentiert. Im folgenden Text beziehen wir uns auf diese Aussagen und skizzieren mithilfe ihrer spezifischen Lebensbedingungen die Hintergründe für die individuellen Entscheidungen zum Beratungsformat.

Die in der Befragung genannten Gründe und Motive für die Wahl des Settings sind vielfältig. Zeit- und Kostenfaktoren sowie logistische Gründe spielen dabei eine Rolle. Beispielsweise befand sich eine Klient*in in der Elternzeit mit ihrem ersten Kindes. Das familiäre Einkommen war durch den Einkommenswegfall bereits sehr begrenzt. Sie wohnte außerhalb des unmittelbaren Einzugsgebiets der Stadt und war auf Nahverkehrsmittel angewiesen, da ihr Mann das Auto für den Arbeitsweg benötigte. Sie entschied sich für eine telefonische Beratung, weil die Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln für sie ein großer Kostenfaktor gewesen wäre und Extraausgaben eine große Belastung im Alltag darstellten. Hinzu kam, dass sie mit dem Bus mehr als eine Stunde pro Wegstrecke gebraucht hätte.

Andere führten an, Ausfallzeiten bei der Arbeit und einen damit möglicherweise verbundenen Rechtfertigungsdruck vermeiden zu wollen. Eine Klient*in befand sich noch in der Probezeit und die berufliche Neuorientierung war für sie mit hohen Erwartungen verbunden. Ein vertrautes kollegiales Umfeld existierte noch nicht. Die Schwangerschaft war für sie zu diesem Zeitpunkt nicht erwünscht. Über die Möglichkeit der Wahl des Beratungssettings war sie erstaunt und erleichtert. Sie war wegen starker Schwangerschaftsübelkeit bereits zwei Wochen krankgeschrieben. Ihrem Arbeitgeber wollte sie die Schwangerschaft nicht bekannt geben und hätte sich für ein Gespräch in der Beratungsstelle unter einem Vorwand freinehmen müssen. Ein Termin außerhalb ihrer Arbeitszeiten ließ sich ebenfalls schlecht organisieren. Sie konnte es aber einrichten, in ihrer Mittagspause ungestört zu telefonieren und war sehr dankbar, neben den ärztlichen Terminen keine weitere Ausfallzeit zu haben.

Als weiterer Grund für oder gegen ein telefonisches Setting wurde die Betreuung von Kindern genannt. Einerseits finden Eltern mit etwas älteren Kindern keinen Rückzugsraum für ein Telefonat und suchen die Ruhe einer Beratungsstelle, um in Distanz zum familiären Kontext sprechen zu

können. Andererseits wird es als zusätzliche Belastung erlebt, im Alltag mit eventuell mehreren Kindern die Betreuung zu organisieren, um eine Beratungsstelle aufzusuchen. Eine Mutter berichtete in der Befragung von ihren zwei schulpflichtigen Kindern und ihrem Kindergartenkind, die nur halbtags betreut wurden. Das Zeitfenster, in dem alle Kinder außer Haus waren, war somit nicht groß und die Mutter bevorzugte eine Telefonberatung, weil sie es auf diese Weise besser einrichten konnte, ihr Kind rechtzeitig vom Kindergarten abzuholen.

Darüber hinaus spielen, unabhängig von Covid-19, gesundheitliche Gründe eine Rolle. Übelkeit, Müdigkeit und Erschöpfung sind typische Symptome einer frühen Schwangerschaft, die es erschweren können, eine Beratungsstelle aufzusuchen. So äußerte eine schwangere Person, dass sie unter starker Übelkeit leide und das Haus am liebsten gar nicht verlassen würde.

Ebenso können emotionale Beweggründe bei der Wahl des Settings beteiligt sein. Manche möchten die unmittelbare Begegnung vermeiden und erleben es als schambesetzt, sich mit einer zutiefst persönlichen Entscheidung einer fremden Person gegenüber zeigen zu müssen. Das telefonische Setting und die räumliche Distanz werden als Schutz erlebt und der Verbleib in den vertrauten Räumen gibt ein Gefühl der Sicherheit. Wird durch die Wahl des Settings Selbstbestimmung und -kontrolle ermöglicht, eröffnen sich in telefonischen Beratungsgesprächen dann nicht selten Gesprächsräume, die von den Frauen intensiv genutzt werden. Eine Klient*in vermutete, dass sie in einem Gespräch vor Ort befängener wäre und sich mit telefonischer Distanz geschützter fühlen würde. Sie befürchtete, nicht die passenden Worte zu finden, wenn sie einer Person direkt gegenüber sitzt. Diese Annahme zeigt sich ebenfalls in anderen Kontexten der Beratung auf Distanz. Sötermann (2019) erwähnt hierzu, »dass die Reduktion auf den akustischen Sinneskanal auch eine Art Schutzfunktion für die Anrufenden im Sinne einer größeren Kontrolle eigener Darstellungen bedeuten kann – bestimmte Ereignisse und Themen lassen sich in dieser Form leichter und vertraulicher ansprechen« (ebd., S. 6).

Andere der von uns befragten Klient*innen wiederum wünschten explizit ein Face-to-Face-Gespräch und brauchen den direkten Kontakt. Nur so können sie das erforderliche Vertrauen aufbauen, um über ihre persönliche Situation zu sprechen. Sie möchten ihr Gegenüber sehen und wünschen eine für sie sichtbare Reaktion auf das Erzählte. Eine Frau äußerte, dass sie ein Face-to-Face-Gespräch wünsche, um zu sehen, wie ihr Gegenüber auf das Gesagte reagiere. So falle ihr der Austausch leichter.

In Einzelfällen entschieden sich Klient*innen während einer Telefonberatung, dass eine Präsenzberatung ihrem Bedarf besser entsprechen würde. Demnach kann das Gespräch am Telefon den Raum für weiterführende Themen öffnen, die die Klient*innen anschließend gerne mit einem direkten Gegenüber besprechen wollten.

5.2 Perspektiven und Erfahrungen der Berater*innen

Im Rahmen der telefonischen Konfliktberatung findet sich die gleiche Bandbreite an Beratungsinhalten und -anliegen wie im Setting der Face-to-Face-Beratung. Mit der rechtlichen Regelung, dass die Beratung dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen soll, befinden sich Berater*innen in »einem mehrdimensionalen Spannungsfeld« (Franz, 2015, S. 260) zwischen dem gesetzlichen Auftrag und dem beraterischen Anspruch, am Auftrag der Klient*innen orientiert zu arbeiten. Bereits frühere Untersuchungen (vgl. Helfferich et al., 2013; Böhm, 2020; Bomert et al., 2022) zeigen, dass sich Frauen vor einem Gespräch mit dem Pflichtkontext der Beratung auseinandersetzen. Fragen, ob ihnen respektvoll begegnet wird oder ob Einfluss auf ihre bereits getroffene Entscheidung genommen wird, lassen möglicherweise Bedenken vor dem Gespräch entstehen. Eine trotz des Pflichtkontextes vertrauensvolle und offene Gesprächsatmosphäre entstehen zu lassen, ist eine der beraterischen Anforderung der Schwangerschaftskonfliktberatung.

Es stellt eine besondere Herausforderung dar, am Telefon eine vertrauensvolle Beratungsbeziehung aufzubauen. Im telefonischen Beratungskontext kann sich die Klient*in zu Beginn eines Gespräches kein Bild vom Ort der Beratung und der beratenden Person machen. Sie ist ausschließlich auf deren Stimme und Worte angewiesen.

Das Setting am Telefon setzt das Vertrauen voraus, dass beide Seiten für einen geeigneten Gesprächsraum sorgen. Seitens der beratenden Person bedeutet das, einen Gesprächsraum ohne Störungen zu schaffen und ein*e Klient*in vorab zu den Rahmenbedingungen des Gespräches zu informieren. Sie sollte Vertraulichkeit (»Keiner hört mit«) und Schweigepflicht zusichern. Weitere Bedarfe wie der Zeitrahmen, die Möglichkeit von Anschlussgesprächen in Präsenz oder die Übermittlung der Beratungsbescheinigung sollten geklärt werden. Es besteht häufig Unsicherheit und wird nachgefragt, ob auch nach einer telefonischen Beratung die Bescheinigung ausgestellt und wie sie der Klient*in übermittelt wird.

Bei der Schwangerschaftskonfliktberatung am Telefon geben Berater*innen die »Hoheit« über den Gesprächsraum der zu beratenden Person ab und legen die Verantwortung »in deren Hände«. Sie kommunizieren bei der Terminvereinbarung, dass geeignete Rahmenbedingungen für ein ungestörtes Telefonat geschaffen werden müssen, haben aber darüber hinaus keinen Einfluss auf den gewählten Ort oder auf die Regulierung von äußeren Störungen. Die übliche Gestaltung der Beratungsstelle als Schutzraum für ein vertrauliches Gespräch entfällt. Die Klient*in bestimmt zudem das personelle Setting. Da es am Telefon, ohne den visuellen Kontakt, schwierig ist, eine weitere Person in das Gespräch einzubeziehen, wird darum gebeten, während der Beratung allein zu sein. Dies lässt sich nicht überprüfen und obliegt letztlich der Verantwortung der zu beratenden Person. Es kann aber einen großen Einfluss auf den Gesprächskontakt haben, wenn sich eine weitere Person zuhörend im Raum befindet.

Im Rahmen unserer Beratungserfahrung der letzten Jahre konnten wir erleben, dass die meisten Klient*innen gut für sich abwägen, welcher Kontext der Beratung zu ihren Bedürfnissen und aktuellen Möglichkeiten passt. Diese Wahlmöglichkeit des Beratungssettings wurde überwiegend positiv bewertet und wir erlebten intensive Beratungskontakte am Telefon. Die mit der ungewollten Schwangerschaft verbundenen Herausforderungen, Ängste, Sorgen oder Notlagen konnten vergleichbar wie in einem Gespräch vor Ort thematisiert werden. Unserer Erfahrung nach wird der fehlende direkte Kontakt einer Telefonberatung nicht zwingend als Defizit erlebt, sondern kann im Gegenteil eine sehr offene Gesprächsatmosphäre ermöglichen. Manchen Klient*innen erleichtert das Telefonsetting die schambesetzten Themen einer ungeplanten und/oder ungewollten Schwangerschaft anzusprechen und sich emotional auf ein Gespräch einzulassen. Ein Grund dafür mag sein, dass in einem bekannten Umfeld Nähe und Distanz besser als in einer Face-to-Face- Gesprächssituation kontrollierbar sind. Diese Erfahrungen wurden von den befragten Kolleg*innen unseres Verbandes bestätigt. Eine Kollegin merkte in diesem Zusammenhang an, wie beeindruckt sie von der Möglichkeit ist, auch am Telefon emotionales Erleben wahrzunehmen und sich darauf zu fokussieren.

Vor dem Gespräch wird darum gebeten, für einen ruhigen, ungestörten Raum und eine stabile Telefonverbindung zu sorgen. Die Mehrheit organisiert dies vorab. Unerwünschte Gesprächsunterbrechungen durch Störungen aus dem Umfeld kommen zwar vor, sind jedoch die Ausnahme und in der Regel gut handhabbar, sodass das Gespräch fortgesetzt werden

kann. Dennoch erlebten wir in Einzelfällen Störungen, die mit unseren professionellen Gesprächsstandards nicht vereinbar waren und eine Entscheidung über die Beendigung des Telefonates und die Fortsetzung des Gespräches in einem anderen Kontext erforderlich machten. Teilweise können Klient*innen für die Beratung keinen geschützten Raum organisieren. So erlebten wir Personen, die im Auto oder im Zug telefonierten, in öffentlichen Parkanlagen unterwegs waren oder im Treppenhaus saßen. Familienangehörige waren in der Corona-Situation häufiger zu Hause, wodurch zuweilen ein ungestörter Rückzug im häuslichen Umfeld erschwert wurde (vgl. Bomert, 2021, S. 250).

Hierzu einige Beispiele aus unserer Beratungspraxis:

Eine Klientin ist zum Zeitpunkt des Gespräches Mutter eines achtjährigen Kindes. Sie ist der Beraterin aus Konfliktberatungsgesprächen zu vorherigen Schwangerschaftsabbrüchen bekannt. Bereits in den früheren Face-to-Face-Beratungen äußerte sie ihre klare Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch und hatte auch in diesen Gesprächen, außer dem Wunsch nach Informationen zum Prozedere eines Schwangerschaftsabbruchs, wenig Gesprächsbedarf. 2021 findet erneut eine Kontaktaufnahme wegen einer ungeplanten Schwangerschaft statt. Die Klientin entscheidet sich sofort für ein telefonisches Beratungssetting. Im Laufe des Telefonates wird deutlich, dass sie während eines Einkaufs anruft. Sie sei gerade am Getränkeautomaten, müsse kurz unterbrechen und könne nicht lange telefonieren. Eigentlich wisse sie ja bereits alles und ihre Lebenssituation habe sich nicht verändert.

Eine andere Klientin telefoniert in der Mittagspause an ihrem Arbeitsplatz. Sie wählt als ungestörten Ort die Abstellkammer. Da sie in einem traditionellen Familienkontext bei ihren Eltern lebe, dürften diese von der Schwangerschaft nichts wissen. Auch ihrem Partner habe sie nichts über die Schwangerschaft gesagt, weil sie befürchte, dass er sie zu deren Fortsetzung drängen würde. Sie habe sich aber zum Abbruch der Schwangerschaft entschieden und erzählt sehr offen von ihrer derzeitigen Situation und ihrer emotionalen Belastung. Für eine telefonische Beratung hatte sie sich entschieden, da auf diese Weise eine Geheimhaltung aus ihrer Sicht leichter möglich war als beim Aufsuchen einer Beratungsstelle vor Ort.

Eine Klientin erreichten wir im Zug. Ihre Zeitplanung habe sich verändert, weshalb sie noch nicht zu Hause sei. Obwohl Mitreisende das Gespräch verfolgen konnten, war es aus ihrer Sicht nicht problematisch, eine Beratung in diesem Kontext zu führen. Über eine notwendige Verschiebung des Gespräches war sie entsprechend irritiert und verärgert.

Im Vorfeld der Beratung mit einer Klientin, die bereits vier Kinder hatte, wurde thematisiert, dass sie das Gespräch ohne ihre Kinder organisieren muss. Sie legte das Telefonat deshalb in einen Zeitraum, in dem die älteren Kinder Betreuungseinrichtungen besuchten und das jüngste Kind üblicherweise schlief. Zum vereinbarten Termin war jedoch eines der Kinder erkrankt und zu Hause. Die Mutter gab an, dass es sich in einem anderen Raum beschäftigte. Während des Gespräches kam das Kind jedoch immer wieder in das Zimmer und suchte die Aufmerksamkeit seiner Mutter.

Gespräche an Orten, die aus professioneller Sicht unpassend für eine Schwangerschaftskonfliktberatung sind⁵, entsprechen in manchen Fällen den Möglichkeiten und dem Wunsch der Klientin, die das Gespräch wahrnimmt. Trotz der ungünstigen Bedingungen möchte sie dann die gesetzlich vorgeschriebene Beratung abschließen und die dafür vorgesehene Bescheinigung erhalten. Möglicherweise handelt es sich um eine Form der Abgrenzung, wenn sie die für sich verpflichtende Beratung im Schwangerschaftskonflikt ablehnt.

Situationen, wie sie beispielhaft oben beschrieben wurden, erfordern von der beratenden Person ein kurzfristiges Abwägen, ob und wie die Beratung fortgesetzt werden kann. In seltenen Fällen haben wir uns dazu entschieden, das Gespräch nicht in diesem Rahmen weiterzuführen. Eine solche Entscheidung erfordert immer die Überlegung, welche geeigneten zeitnahen Alternativen es geben kann und ob es der Klient*in in ihrer speziellen Situation und möglicherweise unter Zeitdruck zumutbar ist, für ein

5 In den fachlichen Standards des Deutschen Arbeitskreises für Jugend-, Ehe- und Familienberatung heißt es hierzu: »Die Räumlichkeiten müssen von ihrer Ausstattung her Vertrauen erweckend und fördernd sein und den Schutz der Intimsphäre der Ratsuchenden garantieren (z.B. Schallisolierung, freundliches und aktensicheres Mobiliar)« (DAKEJEF, 2001, S. 17).

anderes Setting zu sorgen. Auf der anderen Seite steht die Frage, inwieweit es verantwortbar ist, von professionellen Standards abzuweichen. Hierbei ist zu beachten, dass die ethischen Standards der institutionellen Beratung »das Recht und die Fähigkeit der Ratsuchenden, selbstständig und eigenverantwortlich zu handeln« umfassen (DAKJEF, 2021, S. 2).

Einschränkungen in der sprachlichen Kompetenz sind weitere Hürden der Telefonberatung. Eine ausreichende verbale Verständigungsmöglichkeit ist Grundvoraussetzung, denn die in der Präsenzberatung vorhandene Interpretationsmöglichkeit durch Einbeziehung nonverbaler Signale und Körpersprache der Klient*innen fällt weg und der Einsatz anderer Hilfsmittel ist nur erschwert möglich (vgl. auch Krolzik-Matthei et al., 2021, S. 213). Die Gefahr von Missverständnissen ist deutlich erhöht.

Präsenzberatung bietet im Vergleich zu einer telefonischen Beratung ebenfalls den geeigneteren Rahmen, wenn Klient*innen die Beratung mit einer Begleitperson führen möchten. In einem Gespräch vor Ort können Dritte besser einbezogen werden. Es wird den Beteiligten erleichtert, sich über unterschiedliche Perspektiven auszutauschen sowie nonverbale Signale einer zuhörenden Person wahrzunehmen und mit einzubeziehen.

Grenzen der Beratungsmöglichkeiten auf Distanz erlebten wir ebenfalls, wenn sich für Klient*innen technische Hürden ergaben, zum Beispiel durch nicht ausreichend stabile Telefon- bzw. Internetverbindungen. Gesprächsabbrüche oder Störungen in der Tonqualität eines Telefonats erweisen sich dann in einer ohnehin angespannten Situation als zusätzlich verunsichernd.

6 Fazit

Im Vergleich zu den Anfängen der Coronapandemie ist die Beratung in unterschiedlichen Settings Teil des beraterischen Alltags geworden. Die Möglichkeiten der verschiedenen Settings werden von vielen Berater*innen des Verbandes pro familia geschätzt, da sie zu einem zeitnahen und barrierefreien Zugang von Beratung beitragen. Eine Untersuchung von Böhm und Wienholz (2022) zeigt, dass befragte Berater*innen in der § 219-StGB-Beratung eine leicht geringere Rate an Zufriedenheit mit dem Setting der Telefonberatung im Vergleich zu der Videoberatung haben und diese Zufriedenheit trägerabhängig variiert. Für bestimmte Bedarfe der Klient*innen wurde die Videoberatung gegenüber der Telefonberatung als

geeigneter beurteilt. Insgesamt erscheinen die unterschiedlichen Settings »als gleichwertige Angebote für die Mehrheit der Beratungsfachkräfte vorstellbar, tragfähig und klientelorientiert« (ebd., S. 13).

Durch die Wahlmöglichkeit können Klient*innen nun entsprechend ihrem Bedarf und ihrem Alltag das Setting einer verpflichtenden Beratung mitbestimmen. Im Schwangerschaftskonflikt ist eine an der Lebenswelt orientierte Beratung notwendig, um einen Zugang möglichst einfach zu gestalten. Im Spannungsfeld der Pflichtberatung kann es für uns als Berater*innen eine Entlastung bedeuten, den zu beratenden Personen mit der Wahl des Beratungsformates entgegenkommen zu können.

Aus den beschriebenen Erfahrungen wird ersichtlich, dass neue Beratungsformen neue Reflexionsprozesse auslösen und erforderlich machen. Jede beratende Person und die Träger der Schwangerschaftskonfliktberatung müssen sich damit auseinandersetzen, wie sie mit ihrem Anspruch auf Professionalität der Beratung und den Grenzen einer Beratung auf Distanz umgehen. Sie müssen klären, welche Beratungsstandards relevant sind und wer für deren Einhaltung verantwortlich ist.

Auch bei Präsenzberatungen kann es zu Interessenskollisionen von Bedarfen der Berater*in und der Klient*in kommen. Wenn ein*e Berater*in beispielsweise den Erfolg einer Schwangerschaftskonfliktberatung daran misst, dass ausreichend Raum für die Erörterung der persönlichen Lebenssituation und emotionalen Befindlichkeit gegeben wird, die Klient*in jedoch nicht bereit oder in der Lage ist, über persönliche Aspekte zu sprechen, kann dies zu einem inkongruenten Erleben auf beiden Seiten führen. Hier gibt es jedoch eine eindeutige gesetzliche Regelung, dass im Kontext einer verpflichtenden Beratung die zu beratende Person nicht gezwungen werden darf, über ihre persönliche Situation zu sprechen und dennoch Anspruch auf eine Beratungsbescheinigung hat.

Ähnliche Überlegungen müssen nun verstärkt im Hinblick auf das Setting einer telefonischen Beratung erfolgen: Welche Rahmenbedingungen sind unerlässlich und auf welche kann im begründeten Einzelfall verzichtet werden? Wie gehen wir damit um, dass wir einen datenschutzkonformen geschützten Raum (auch zu unserem eigenen Schutz) erwarten, es für viele Menschen aber zunehmend Normalität geworden ist, private Themen im öffentlichen Raum zu besprechen (z. B. mitzuhörende Telefonate in öffentlichen Verkehrsmitteln)? Wie viel Selbstbestimmung gestehen wir zu und wo sind hier unsere Grenzen?

Diese Reflexionsprozesse sollten Eingang finden in weiterführende, pra-

xisorientierte Qualifizierung und den Ausbau von Beratungskompetenzen im Bereich der Beratung am Telefon.

Ein an der Praxis orientiertes Weiterbildungsangebot ermöglicht Berater*innen eine fachliche Einordnung des neuen Beratungssettings. Die Wahl des Beratungssettings sollte bei der Klient*in liegen. Von Berater*innen benötigt es einen differenzierten Blick auf den Bedarf der Klient*innen sowie den eigenen Beratungsanspruch und -auftrag. Die Wahl des Beratungssettings im Einzelfall einzuschränken, sollte abhängig werden von einer fachlichen Bewertung und nicht von der technischen Ausstattung oder der persönlichen Bereitschaft der Berater*innen.

Neben der Schaffung einer stabilen gesetzlichen Grundlage als Rechtsanspruch auf Beratung im Schwangerschaftskonflikt, frei wählbar im Setting, ist unserer Sicht nach, die Weiterentwicklung und Anpassung bestehender Standards in der § 219-StGB-Beratung notwendig, um den einzelnen Berater*innen eine Sicherheit beruflichen Handelns zu ermöglichen, deren Notwendigkeit insbesondere bei dem Neueinstieg von Beratungskräften nicht zu unterschätzen ist.

Literatur

- Bomert, C. (2021). Schwangerschaftskonfliktberatung unter Corona-Bedingungen – eine Chance für mehr Selbstbestimmung ungewollt schwangerer Frauen? *Der pädagogische Blick – Zeitschrift für Wissenschaft und Praxis in pädagogischen Berufen*, 29(4), 242–252.
- Bomert, C., Hocks, P., Grotwinkel, B., Golomb, L. & Kudec, V. (2022). Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren. Ergebnisse eines partizipativen Praxisforschungsprojekts mit Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in der Region Stuttgart und der Universität Tübingen. Abschlussbericht. <https://publikationen.uni-tuebingen.de/xmlui/handle/10900/135828> (15.03.2023).
- Böhm, M. (2020). Schwangerschaftsabbrüche – Entscheidungsprozesse und Erfahrungen mit psychosozialer und medizinischer Versorgung aus Sicht junger Frauen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 33(3), 125–133.
- Böhm, M. & Wienholz, S. (2022). Schwangerschaftsberatungsstellen im pandemiebedingten Wandel. Auf dem Weg in eine digitalisierte Zukunft? *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung*, 1. Digitalisierung in Beratung und Prävention, 11–15.
- Bradl, M. & Lehmann, R. (2022). Evaluationsbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt HeLB – Helfen. Lotsen. Beraten. des donum vitae-Bundesverbands. Technische Hochschule Nürnberg. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Ueber_Uns/HeLB/Evaluationsbericht_HeLB_Begleitforschung.pdf (23.05.2024).
- Bundesregierung Deutschland (2021). Reproduktive Selbstbestimmung. In Sozialde-

- mokratische Partei Deutschlands, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, Freie Demokratische Partei (Hrsg.), Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und der FDP, 92. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (23.05.2024).
- DAKJEF – Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (2021). Ethische Standards in der Institutionellen Beratung. Grundsatztexte zur Institutionellen Beratung. http://www.dakjef.de/pdf/2021-17-03_DAKJEF_EthischeStandards_final.pdf (26.07.2024).
- Franz, J. (2015). Beratung nach § 219 StGB – Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld: transcript.
- Helfferrich, C. et al. (2013). Erfahrungen von Betroffenen und Beraterinnen. In C. Helfferrich, H. Klindworth, Y. Heine & I. Wlosnewski, *Frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten. Zwischenbericht. Eine Studie im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Köln*. <https://shop.bzga.de/band-38-frauen-leben-3-familienplanung-im-lebenslauf-von-frauen-s-13300038/> (15.10.2023).
- IPPF – International Planned Parenthood Federation (1996). IPPF Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte. [Deutsche Übersetzung: pro familia]. https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/ippf_charta.pdf (23.05.2024).
- Krolzik-Matthei, K., Wienholz, S., Licht, J. & Böhm, M. (2021). Chancen und Herausforderungen von Schwangerschaftsberatung und sexueller Bildung unter Pandemiebedingungen – Erste Ergebnisse qualitativer und quantitativer Befragungen unter Beratungsfachkräften. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 72(3), 211–219.
- Kubiciel, M. (2020). Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 5, 6 SchKG und allgemeine Schwangerschaftsberatung nach § 2 SchKG in digitalen Beratungsformen. Rechtsgutachten im Auftrag von donum vitae e.V. <https://donumvitae.org/serve/rechtsgutachten> (26.07.2024).
- Liga der Freien Wohlfahrtspflege in Hessen e.V. (o.J.). <https://www.liga-hessen.de/wir-ueber-uns/blendend-beraten> (26.07.2024).
- pro familia (2020–2023). Fortbildungsprogramme. Unveröffentlicht. Archiv Bundesverband pro familia.
- pro familia (2023). Unveröffentlichter Entwurf der Leitlinien für Qualifizierung für die Digitale Beratung und Blended Counseling.
- Sötermann, C.H. (2019). *Telefonische Beratung in Krisensituationen. Hintergründe und Interventionen für Psychologen, Berater und Ehrenamtliche*. Wiesbaden: Springer VS.

Biografische Notizen

Gabriele Moster, Dipl.-Sozialarbeiterin (FH), M. A. Beratung und Sozialrecht, ist seit 1999 Schwangerschafts(konflikt)beraterin und seit 2021 stellvertretende Leiterin der Beratungsstelle pro familia Heidelberg e.V. Sie war in der Fortbildung des pro familia Bundesverbandes für die Grundlagen der Sozial- und Konfliktberatung für Schwangerschafts(konflikt)berater*innen tätig.

Kirsten Schmitz, Dipl.-Soz.päd., ist seit fünfzehn Jahren Schwangerschafts(konflikt)beraterin und seit 2021 Leiterin und Geschäftsführerin der Beratungsstelle pro familia Heidelberg e.V. Sie war mehrere Jahre in der Fortbildung für die Grundlagen der Sozial- und Konfliktberatung für Schwangerschaftskonfliktberater*innen tätig und ist aktuell Mitglied des Fachausschusses für Schwangeren- und Familienhilfe des Bundesverbandes pro familia.

Beratung der Zukunft – Blended Counseling am Beispiel von schwer erreichbaren Zielgruppen

Ergebnisse des Modellprojekts HeLB

Petra Schyma, Theresia Volhard & Sabrina Miebach

1 Psychosoziale Beratung zu Schwangerschaft und im Schwangerschaftskonflikt: Ein Angebot, das alle erreicht?

Entscheidungen im Zusammenhang mit der eigenen Sexualität, Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt sind unauflöslich mit der leiblichen Integrität sowie mit der Lebensplanung der betroffenen Person verbunden. Nur diese selbst darf und muss daher die Verantwortung für diese Entscheidungen übernehmen, insofern dies möglich ist, in Kommunikation mit dem – ebenfalls betroffenen – Partner/potenziellen Vater. Psychosoziale Beratung agiert auf der Grundannahme, dass jede Person grundsätzlich fähig ist, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Diese grundsätzliche Annahme von Entscheidungsfähigkeit ist als Ausdruck des Respekts vor der persönlichen Freiheit zu verstehen und wird hinsichtlich der notwendigen individuellen Voraussetzungen und Kompetenz durch das im Schwangerschaftskonfliktgesetz niedergelegte Recht auf Beratung ergänzt. Die sogenannte Beratungspflicht im Sinne von § 219 StGB vor einem Schwangerschaftsabbruch stellt darüber hinaus die Erreichbarkeit des Angebots für alle Betroffenen sicher.

Die angemessene und tragfähige Abwägung lebensverändernder Entscheidungen, insbesondere im Schwangerschaftskonflikt, kann ein komplexer und von Ambivalenzen geprägter Prozess sein. Dabei ist die Entscheidungsfreiheit ungewollt Schwangerer durch verschiedene Faktoren potenziell bedroht, zum Beispiel durch Zeitdruck, den Mangel an Informationen und nicht zuletzt durch konkrete Gewaltandrohung oder auch strukturelle Gewalt. Psychosoziale Beratung kann einen erheblichen Beitrag zur Klärung der Situation und zur Stabilisierung der betroffenen Person leisten.

Aus anderen medizinischen Kontexten ist bekannt, dass schwerwiegende, lebensverändernde Ereignisse eine längere Phase der Adaption benötigen (ca. drei Monate). Im Kontext schwangerschaftsbezogener Entscheidungen ist jedoch häufig Eile geboten (Pieringer, 1995; Goldbeck et al., 2001). Die psychosoziale Beratung kann ein wirksames Instrument sein, um die individuellen Folgen einer Entscheidung zu klären und zu antizipieren. Die Integration eines lebensverändernden Ereignisses ist zudem neben den eigenen Werten, Präferenzen und Lebensplänen von der Dynamik des Umfelds abhängig. Es gehört zu den Leistungen psychosozialer Schwangerschafts(konflikt)beratung einen geschützten Raum anzubieten, in dem selbstbestimmte Entscheidungen im systemischen Zusammenhang darstellbar werden. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass unabhängig von Bildungsgrad und sozialem Hintergrund jede betroffene Person von der Beratung profitieren kann.

Mit der psychosozialen Schwangerschafts(konflikt)beratung nach § 2 (1) SchKG steht zudem jedem Menschen die Begleitung und Hilfe bei allen im Kontext von Schwangerschaft, Sexualität und Familienplanung stehenden Fragen und Notlagen zu. Die qualifizierten Fachkräfte der Schwangerschaftsberatungsstellen im Sinne von § 9 SchKG beraten und begleiten Ratsuchende in psychisch, wirtschaftlich oder sozial bedingten Notlagen und klären mit ihnen Wege und Mittel, um diese zu beseitigen oder zu mildern. Psychosoziale Beratung dient dazu, Ratsuchende in ihren verschiedenen Lebenssituationen und Lebensphasen unter Einbezug ihrer individuellen Ressourcen entwicklungsorientiert zu unterstützen, um alltagsrelevante Kompetenzen entwickeln zu können. Kurz: Psychosoziale Schwangerschafts(konflikt)beratung dient als Hilfe zur Selbsthilfe.

Im Hinblick auf das im Schwangerschaftskonfliktgesetz festgelegte Recht auf Beratung (SchKG § (2) 1) sowie auf die in StGB § 218 (1) 1 festgelegte Beratung im Vorfeld eines Schwangerschaftsabbruchs ist der Gesetzgeber verpflichtet sicherzustellen, dass die Schwangerschafts(konflikt)beratung für alle erreichbar ist. Die hierfür festgelegten Rahmenbedingungen und Voraussetzungen sind jedoch an Standards aus der Entstehungszeit des Gesetzes orientiert und dementsprechend an der sogenannten Komm-Struktur der Beratungsstellen vor Ort. Das klassische und professionelle Konzept der Komm-Struktur geht davon aus, dass Ratsuchende sich aus eigener Initiative an bestimmte Beratungsstellen wenden.

Für Menschen im ländlichen Raum sind Beratungsstellen jedoch zuweilen nur weit entfernt erreichbar – und oft nur mit schwacher Verkehrsan-

bindung. Für Menschen mit Behinderung, für Menschen, die psychisch belastet sind, aber auch für Menschen in einer seelischen Krise ist der Weg in die Beratungsstelle – und damit die Möglichkeit, valide Information, Hilfe und Unterstützung zu erhalten – ebenfalls erschwert. Die Klient*innen der Schwangerschafts(konflikt)beratung gehören zunehmend den Generationen der Digital Natives an, die sich – zumindest initial – weitgehend über digitale Angebote bzw. Social Media informieren.

In vielen, sehr unterschiedlichen Settings ist Ratsuchenden die gleichberechtigte Teilhabe an den Angeboten des deutschen Beratungs- und Gesundheitssystems erschwert. Auf dieser Erfahrungsgrundlage entwarf der Bundesverband donum vitae das Modellprojekt »HeLB – Helfen. Lotsen. Beraten. Modellprojekt zur Erprobung multipler Beratungszugänge zu schwer erreichbaren und besonders vulnerablen Zielgruppen in der Schwangerschaftsberatung mit Schwerpunkt im ländlichen Raum« (2019–2022), das durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanziell gefördert wurde. Ausgehend von Erfahrungen und Erkenntnissen aus Vorgängerprojekten sollten mit HeLB neue Wege in der mobilen Beratung erschlossen werden: neue Wege, um sprachlich Brücken zu bauen, neue Wege in der digitalen Kommunikation – um den Zugang zu der Beratung, auf die alle Menschen ein Recht haben, möglichst niedrigschwellig zu gestalten.

Ziel des Beitrags ist es, den Zusammenhang von Bedarfen, Beratungszugängen und Beratungsthemen für eine zielgruppensensible Beratung darzustellen. Im Projektverlauf wurde deutlich, dass nur durch eine Dynamisierung des Beratungsangebots im Sinne von Blended Counseling die notwendige Passung innerhalb dieser Triade im Sinne eines niederschweligen Beratungszugangs und einer nachhaltigen Anbindung erreichbar ist. Neben der Darstellung von Zielgruppen, Beratungszugängen und -themen, werden daher die Potenziale von Blended Counseling in der Schwangerschafts(konflikt)beratung erläutert sowie die damit verbundenen fachlichen wie institutionellen, nicht zuletzt auch gesellschaftlich-politischen, Anforderungen.

2 Zielgruppensensible Beratung – Erfahrungen aus Vorgängerprojekten bei donum vitae

Bereits in dem durch das BMFSFJ geförderten Inklusionsprojekt »Ich will auch heiraten« (2013–2016) zeigte sich, dass Beratung von Menschen mit

Lernbehinderung in der oben beschriebenen Komm-Struktur häufig nicht realisiert werden kann. Ziel des Projekts war die Implementierung passgenauer Angebote in der Schwangerschaftskonflikt- und der allgemeinen Schwangerschaftsberatung für Menschen mit Lernschwierigkeiten. Dahinter stand das Anliegen, das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung auch für Menschen mit Behinderung im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention umzusetzen. Gemäß dem Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung (09/2011) und in Verbindung mit den Artikeln 2 und 3 des Grundgesetzes war damit das Recht auf Zugang zu altersgerechter und barrierefreier Information über Sexualität, Familienplanung und Elternschaft verbunden.¹

Bestehende Beratungsangebote wurden im Projektverlauf an die konkreten Bedürfnisse und Wünsche der Menschen mit Lernschwierigkeiten angepasst, die Kompetenz der Berater*innen wurde um spezifisches Fachwissen erweitert. Es zeigte sich, dass die Beratungsanlässe denen von nicht behinderten Ratsuchenden ähnlich sind. Allerdings erfordert die Beratung von Menschen mit Lernschwierigkeiten andere Zugänge und Angebote. Der Aufbau eines schriftbasierten Online-Angebots in Leichter Sprache stellte eine große technische Herausforderung dar, konnte aber im Projektverlauf realisiert werden. Eine Evaluation nach der Projektlaufzeit ergab jedoch, dass dieses Format für die Zielgruppe zum Teil noch zu hochschwellig angelegt war. Das Projekt wurde von der Universität Leipzig wissenschaftlich begleitet.²

»Schwangerschaft und Flucht« lautete der Titel eines weiteren durch das BMFSFJ geförderten Modellprojekts (2016–2019). Aufsuchende Beratung, Vernetzung mit unterschiedlichen Akteur*innen unter anderem der Flüchtlingshilfe, im Projekt entwickelte dolmetschergestützte Beratung sowie angepasste Gruppenangebote zur Sexuellen Bildung waren Kernelemente des Modellprojekts.

Die aufsuchende Beratungsarbeit als besonders niedrigschwelliges Angebot erwies sich als geeigneter Weg, schwangere geflüchtete Frauen und ihre Familien in dieser existenziellen Lebensphase zu erreichen, zu beglei-

1 Das Bundesteilhabegesetz wurde erst am 16.12.2016 verabschiedet. Darin wird das Recht auf assistierte Elternschaft festgeschrieben. Im Rahmen des Projekts reichte donum vitae eine Stellungnahme zur assistierten Elternschaft ein.

2 Dr. phil. Marion Michel, Dipl.-Soz. Anja Seidel, Universität Leipzig, Institut für Sozialmedizin, Arbeitsmedizin und Public Health.

ten und in das deutsche Gesundheits- und Hilfesystem zu lotsen. Die Ergebnisse zeigten, dass sich aufsuchende Beratung flexibel an die Bedarfe der Zielgruppe anpassen kann und das Potenzial hat, Orientierungshilfe zu geben und so erfolgreich zur Integration beizutragen. Dies bestätigten auch Praktiker*innen in der Flüchtlingsarbeit.

3 Ziele im Projekt HeLB

Die besondere Einlassung auf die Bedarfe bestimmter Zielgruppen im Rahmen der Vorgängerprojekte erforderte im Modellprojekt HeLB hinsichtlich der Konzeption von Niedrigschwelligkeit einen Paradigmenwechsel: Die Initiative zum Aufsuchen der Beratung kann nicht länger vorrangig bei den Klient*innen verortet werden. Anstatt zu fragen: »Wie können Klient*innen unsere Beratung erreichen?«, wurden mithilfe von konkreten bedarfsorientierten Fragestellungen zusätzliche Konzepte entworfen, um die Erreichbarkeit von Beratung sicherzustellen. Zum Beispiel: Wie erreicht das Angebot der Schwangerschafts(konflikt)beratung eine Frau, wohnhaft im ländlichen Raum, die ihr viertes Kind erwartet? Oder eine Frau mit Fluchterfahrung, aber ohne Kenntnisse des deutschen Hilfe-, Beratungs- und Gesundheitssystems? Oder ein Paar mit unerfülltem Kinderwunsch, das in einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen lebt? Oder eine junge Schwangere, die nicht gut lesen kann?

Gegenüber den vorangegangenen Projekten erweiterte HeLB somit den Fokus auf eine größere Vielfalt von Ratsuchenden. Konkret wurden folgende Zielgruppen in den Blick genommen: Menschen im ländlichen Raum, Menschen mit geringer Literalisierung, Menschen mit psychischen Erkrankungen sowie die vorherigen Zielgruppen, Menschen mit Lernschwierigkeiten und Behinderungen sowie Menschen mit Flucht- und Migrationsgeschichte. Das Ziel: Allen Ratsuchenden die gleichberechtigte Teilhabe an den Angeboten des Hilfe- und Beratungssystems von *donum vitae* zu ermöglichen. Die Idee war: Beratung muss sich an die Bedarfe der Ratsuchenden anpassen. Um dieses Ziel zu erreichen, mussten passgenaue Beratungsformate entwickelt werden.

An 23 Pilotstandorten – angeschlossen an *donum-vitae*-Beratungsstellen im ganzen Bundesgebiet – entwickelten die HeLB-Berater*innen in den ersten zwei Projektjahren (Entwicklungsphase) unterschiedliche Zu-

gangswege wie aufsuchende und digitale Formate in der Beratung rund um das Themenspektrum im Sinne des SchKG. Videoberatung, schriftbasierte Onlineberatung oder Online-Gruppenangebote wurden im Beratungsalltag ausgiebig getestet. Die Berater*innen erweiterten in diesem Kontext sowohl ihr Fachwissen hinsichtlich der Zielgruppen des Projekts als auch ihre Kompetenzen für die Beratung über die verschiedenen Zugänge.

Alle digitalen Angebote erfolgten unter strikter Beachtung der Datenschutz- und Schweigepflichtvorgaben. Ergänzend wurden Erklärfilme entwickelt, die Ratsuchenden erste Informationen zu den verschiedenen Beratungsthemen und -zugängen vermitteln und die auch in verschiedene Beratungsformate eingebunden werden können.

Im letzten Projektjahr, der Transformationsphase, führten die HeLB-Berater*innen in Tandems ihr Wissen und ihre Erfahrungen in den Alltag weiterer 19 Modellberatungsstellen im Verband ein.

Welche Zielgruppe passgenau mit welchen Beratungsformaten erreicht werden konnte, untersuchte das Institut für E-Beratung der Technischen Hochschule Nürnberg wissenschaftlich projektbegleitend über drei Jahre hinweg (Bradl & Lehmann, 2022).

4 Zentrale Aspekte der Erreichbarkeit: Zielgruppen, Zugänge, Beratungsthemen

Niedrigschwelligkeit im Beratungszusammenhang erfordert die Passung der individuellen Bedarfe einer ratsuchenden Person und des möglichen Beratungszugangs. Um sich der Situation der Menschen, für die das Angebot der Schwangerschaftsberatung potenziell schwer erreichbar ist, anzunähern, wurden daher zunächst die potenziellen Zielgruppen und deren Bedarfe identifiziert und analysiert.

Vor dem Hintergrund der Themen der Schwangerschafts(konflikt)beratung wurden für die aus den Analysen entstandenen Bedarfsprofile möglichst umfassende niedrigschwellige Zugänge entwickelt. Diese Triade aus Zielgruppen, Beratungsthemen und Beratungszugängen bildete die konzeptionelle Grundlage des HeLB-Projekts. Die Passung der Beratungszugänge an die Bedarfe der Zielgruppen und deren Themen erfüllt die Anforderung der größtmöglichen Erreichbarkeit.

4.1 Die Zielgruppen

Mit dem HeLB-Projekt wurde der Fokus der schwer erreichbaren Zielgruppen der Schwangerschaftsberatung erweitert bzw. es wurden weitere Aspekte potenziell erschwerter Erreichbarkeit in den Blick genommen. Dazu gehörten insbesondere die Spezifika des ländlichen Raums und damit verbundene intersektionale Wirkmechanismen. Die Bedarfe folgender Zielgruppen standen demnach im Fokus des HeLB-Projekts:

Für *Menschen mit einer Migrationsgeschichte* kann Vertrautheit mit dem deutschen Gesundheits- und Beratungssystem sowie dem Angebot der Schwangerschafts(konflikt)beratung nicht unbedingt vorausgesetzt werden. Beratung hat daher häufig eine Lotsenfunktion. Zusätzlich besteht in vielen Fällen eine sprachliche Barriere.

Für *Menschen mit psychischen Erkrankungen* kann der Weg in die Beratungsstelle überfordernd sein. Diese Gruppe zeichnet sich zudem durch eine geringe Sichtbarkeit aus – ihre konkreten Bedarfe zu ermitteln, ist für die Berater*innen dadurch erschwert.

Menschen mit körperlichen Behinderungen werden oft durch das Fehlen barrierefreier Zugänge zu den Beratungsstellen am Besuch vor Ort gehindert. Auch die erschwerte Fortbewegung im öffentlichen Raum kann hier eine Rolle spielen.

Menschen mit Lernschwierigkeiten können die Komm-Struktur der Beratung nicht immer nutzen, wenn zum Beispiel Ratsuchende den Weg aus unterschiedlichen Gründen nicht allein bewältigen können und die begleitende Assistenz deren Selbstbestimmungsrecht in Bezug auf sexuelle und reproduktive Rechte durch Einflussnahme einschränkt. Angehörige dieser Gruppe wurden zudem durch die im Zuge der Coronapandemie notwendigen Infektionsschutzbestimmungen weitgehend von einer Teilhabe im öffentlichen Raum ausgeschlossen.

Gering literalisierten Menschen stehen schriftliche Informationen nicht oder nur wenig zur Verfügung. Das kann Wege bzw. den Kontakt zur Schwangerschaftsberatung erschweren. Geringe Literalisierung wird meist als Stigma wahrgenommen und deshalb von den Betroffenen oft verborgen.

Menschen, die im ländlichen Raum leben, können den Zugang zur Schwangerschaftsberatung häufig nur über lange Anfahrtswege wahrnehmen. Der damit verbundene logistische und finanzielle Aufwand ist – insbesondere für Mütter bzw. Familien – oft nur schwer zu bewältigen.

Beachtlich in diesem Zusammenhang sind auch intersektionale Mechanismen. So verstärken sich die Zugangshindernisse in ländlichen Regionen, wenn zusätzlich weitere Nachteilsmerkmale auftreten.

Mit dem Beginn der *Coronapandemie* im März 2020 sowie den damit verbundenen Infektionsschutzregeln erweiterte sich der schwer erreichbare Personenkreis sprunghaft. Die Nutzung der Beratungsangebote in Präsenz (in der Beratungsstelle) war plötzlich für alle Ratsuchenden erschwert.³ Dank der bis zu diesem Zeitpunkt bereits gewonnenen Erfahrungen aus dem HeLB-Projekt konnte donum vitae zeitnah auf die mit der Pandemie verbundenen Herausforderungen reagieren und Beratung über digitale Formate anbieten. So blieben die Beratungsstellen auch weiterhin für alle ratsuchenden Frauen, Paare und Familien erreichbar.

4.2 Die Zugänge

Um potenzielle Zugangsbarrieren zum Beratungsangebot abzubauen und einen möglichst niedrigschwelligen Zugang zur Beratung zu ermöglichen, wurden – ergänzend zur Präsenzberatung – aufsuchende und digitale Beratungsformate erprobt und die bessere Erreichbarkeit schwer erreichbarer Zielgruppen durch verschiedene Beratungsformate untersucht. Für dieses »gemischte« Angebot verschiedener Beratungsformate hat sich der Begriff »Blended Counseling« etabliert (siehe auch den Beitrag von Schmitz & Moster in diesem Band). Der Beratungszugang wird mit den individuellen Bedarfen der ratsuchenden Person verknüpft. Im Fall eines Beratungsprozesses wird der Beratungszugang entsprechend den aktuellen Anforderungen und Bedürfnissen der Ratsuchenden jeweils kontinuierlich geprüft und angepasst (Volhard, 2022).

Die *Präsenzberatung* in der Komm-Struktur entspricht dem klassischen Beratungssetting. Der geschützte Raum der Beratungsstelle ist geeignet, um den Beratungsprozess herausgelöst aus alltäglichen Verstrickungen zu begleiten. Die persönliche Begegnung »face to face« kann die Bildung einer beraterischen Beziehung begünstigen. Die*der Berater*in kann das Setting gestalten und für eine sichere Umgebung sorgen (siehe dazu auch

3 Die Schwangerschaftsberatungsstellen wurden zeitnah als systemrelevant anerkannt. Im Sinne des Infektionsschutzes, zumal mit der besonders vulnerablen Gruppe Schwangerer, war eine Alternative zur Präsenzberatung dringend erforderlich.

den Beitrag von Bomert, Lohner & Schulte in diesem Band). Schwangerschaftskonfliktberatungen wurden vor der Coronapandemie grundsätzlich als Präsenzberatung durchgeführt.

Die *aufsuchende Beratung*, bei der Berater*innen Klient*innen in ihrem Zuhause oder an einem anderen vereinbarten Ort aufsuchen, ist ebenfalls eine Form der Präsenzberatung. Dieser Beratungszugang hatte sich bereits zuvor in der Arbeit mit Klient*innen mit Fluchterfahrung bewährt, ebenso bei der Arbeit mit Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Die*der Berater*in kann jedoch dieses Setting nicht so umfassend gestalten wie in der Beratungsstelle. So kann zum Beispiel die Gestaltung eines sicheren Raums erschwert sein, wenn die große Familie der Klient*in mit Flucht- oder Migrationsgeschichte (und möglicherweise geringen Deutschkenntnissen) die*den Berater*in als Gast empfängt und auch selbstverständlich am Beratungsgespräch teilnehmen will.

Während der Coronapandemie bestanden zudem im Rahmen des Infektionsschutzes häufig Betretungsverbote bei verschiedenen Einrichtungen. Menschen mit Lernbehinderung zu erreichen, war dadurch fast nicht mehr möglich. Mit Menschen, die zum Beispiel in Flüchtlingsunterkünften lebten, konnten zum Teil andere Treffpunkte in deren unmittelbarer Nähe vereinbart werden. Das Beratungsgespräch wurde dann zum Beispiel mit einem Spaziergang verbunden (sogenanntes »Geh-Sprach«).

Mit der *Videoberatung* kam ein neues Format zum Portfolio der Beratungsfachkräfte hinzu. Die technischen und rechtlichen Ansprüche, die mit der Etablierung von Videoberatung verbunden sind, mussten zunächst erarbeitet werden. Dazu gehörten neben der Wahl einer datensicheren Software die Exploration des neuen Beratungssettings sowie die Entwicklung von Strategien und Grundsätzen, um Beratung per Video nach den hohen Qualitätsstandards der Schwangerschaftsberatung umsetzen zu können.

Aufgrund der Coronapandemie musste die Videoberatung zu einem Zeitpunkt flächendeckend im Verband zur Verfügung gestellt werden, obwohl für dieses Format noch keine konzeptionellen Grundlagen vorlagen.

Der Umgang mit der Videoberatung ist voraussetzungsreich. Die Erfahrungen mit der Videoberatung während der Pandemie bereicherten die Entwicklung spezifischer Standards. Im Fokus standen die Herstellung und Sicherung eines geschützten Beratungssettings sowie die Übersetzung von Gesten und Methoden aus der Präsenzberatung in den digitalen Raum

(bzw. deren Neuentwicklung, entsprechend den dort gegebenen Möglichkeiten). Der Umgang mit Nähe und Distanz im digitalen Raum will gelernt sein. In der Präsenzberatung ist der Einsatz von Methoden selbstverständlich. Spannend ist nun, diese Handlungen, die man anbieten würde, in Sprache zu übersetzen, indem zum Beispiel virtuell ein Glas Wasser oder ein Taschentuch gereicht wird, Bilder oder Materialien zum Einsatz kommen. Diese Inhalte flossen in eine bei *donum vitae* entwickelte Fortbildung ein.

Die Videoberatung kommt der Beratung »face to face« sehr nahe. Sie ist als Beratungszugang geeignet für alle, für die der Weg in die Beratungsstelle erschwert ist oder die sich dieses Format aus unterschiedlichen Gründen wünschen. Der Umgang mit der datensicheren Software kann – obwohl so niedrigschwellig gestaltet wie möglich – jedoch auch eine technische Hürde darstellen. Es wurden daher verschiedene Strategien entwickelt, um den Klient*innen den Zugang zu erleichtern. Hierzu gehört beispielsweise die Entwicklung eines Videos, in dem jeder notwendige Schritt gezeigt und erklärt wird.

Schriftbasierte Beratung per E-Mail wird bei *donum vitae* seit 2008 im Rahmen einer digitalen, bis dahin ausschließlich schriftlich beratenden, Onlineberatungsstelle angeboten. Das Format hat sich bewährt, wenn Klient*innen von Zugangshemmnissen zur Beratungsstelle betroffen sind oder völlig anonym bleiben wollen. Geeignet ist das Format jedoch auch für Menschen, die den Wunsch nach unmittelbarer Entlastung haben – das Angebot ist jederzeit zugänglich. Zudem wird die schriftbasierte Onlineberatung zunehmend von Klient*innen genutzt, die geringe oder keine Deutschkenntnisse haben – obwohl die Beratung in deutscher Sprache erfolgt. Für sie ist der Umgang mit schriftlichen Informationen gegenüber dem gesprochenen Wort möglicherweise leichter. Grund sind wahrscheinlich die verschiedenen leicht zugänglichen Übersetzungsprogramme. Die Nutzung dieser KI-gestützten Software ist unter Gesichtspunkten des Datenschutzes problematisch und wird seitens der Berater*innen daher nicht angeboten. Zunehmend gehen jedoch in der Onlineberatungsstelle Anfragen ein, die vermuten lassen, dass sie maschinell übersetzt wurden. Antwortschreiben werden in solchen Fällen unter Verzicht auf persönliche Daten konzipiert. Zudem wird auf die mit den meisten Übersetzungsprogrammen verbundenen Probleme hinsichtlich des Datenschutzes hingewiesen. Zielführend wäre der Einsatz von Sprachmittler*innen, dies scheitert jedoch überwiegend an den damit verbundenen Kosten.

Auch für Menschen mit Hörbehinderung ist die schriftbasierte Onlineberatung in vielen Fällen ein geeigneter Zugang zur Beratung. Die Onlineberatungsstelle von donum vitae agiert in einem datensicheren Setting (Volhard, 2022a).

Darüber hinaus geschieht es jedoch immer wieder, dass sich Klient*innen per E-Mail an die Beratungsstellen vor Ort wenden, um auf diesem Wege ihr Anliegen zu kommunizieren. Diese oft umfangreichen Texte enthalten fast immer sensible Daten. Da dieser Weg nicht die Ansprüche des Datenschutzes erfüllt, ist es unbedingt erforderlich, eine solche Kommunikation umgehend in ein datensicheres Setting umzuleiten. Es gehörte zu den Zielen des HeLB-Projekts, den Klient*innen datensichere Kanäle für die schriftliche Kommunikation mit ihren Berater*innen anzubieten. Alle Berater*innen im HeLB-Projekt haben daher neben ihren E-Mail-Zugängen individuelle datensichere Zugänge erhalten. Methodisch verlangt die schriftbasierte Beratung gegenüber dem Beratungsgespräch »face to face« besondere Kenntnisse und Fertigkeiten. Diese wurden im Rahmen einer Fortbildung durch das E-Beratungsinstitut Nürnberg vermittelt.⁴

Die Umstände der Coronapandemie motivierten darüber hinaus zur Entwicklung eines weiteren Formats, das der *Online-Gruppenangebote*. Gruppenarbeit hat in der psychosozialen Beratung einen hohen Stellenwert, vor allem bei bestimmten Themen wie Geburtsvorbereitung oder Elternaustauschformaten, aber auch Angeboten aus dem Bereich der Sexuellen Bildung. Die Berater*innen im HeLB-Projekt entwickelten Konzepte, wie Formen der Beteiligung und Interaktion – insbesondere zu schambesetzten Themen – online innerhalb einer Gruppe umgesetzt werden können. So wurden beispielsweise in Zusammenarbeit mit Dolmetscher*innen begleitende Angebote in der Schwangerschaft für Frauen mit Migrationsgeschichte konzipiert. Zudem gab es sexualpädagogische Workshops mit Menschen mit Lernschwierigkeiten und ein gemeinsames (Online-)Frühstück »Gut versorgt in der Schwangerschaft« zusammen mit einer Hebamme. Für die Online-Gruppenangebote wurde über Jitsi ein datenschutzsicheres Tool entwickelt. Auch die Vorbereitungen mit Dolmetscher*innen und Hebammen wurden online durchgeführt.

4 Gemeinsam mit dem E-Beratungsinstitut wurde eine Inhouse-Fortbildung konzipiert, die auf die mit HeLB assoziierten Ziele zugeschnitten war.

4.3 Vielfältige Beratungsthemen

Das Recht auf Beratung im Sinne des Schwangerschaftskonfliktgesetzes erstreckt sich auf alle Themen zu Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie alle eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen. In der Beratung ausgewählter, schwer erreichbarer Zielgruppen sind diese Themen und damit verbundene Fragen ähnlich denen der Klientel im klassischen Setting der Beratungsstelle vor Ort. Das hatte sich bereits in den Vorgängerprojekten bei *donum vitae* gezeigt (*donum vitae*, 2016, S. 5; 2019; 2019a). Relevant wurde eine thematische Differenzierung im Rahmen von HeLB jedoch hinsichtlich der verschiedenen Beratungssettings sowie der Frage, ob es hier besondere Passungen oder Ausschlüsse geben könnte. So hat es sich zuweilen als sinnvoll erwiesen, Klient*innen in besonders belasteten Situationen ein initiales Gespräch in Präsenz anzubieten um die Bildung einer beraterischen Beziehung zu fördern. Im weiteren Verlauf der Beratung ist die schriftbasierte Onlineberatung für diese sehr geeignet.

Menschen mit Lernschwierigkeiten konnten bei Beratungsanfragen zum Thema Kinderwunsch ebenfalls von Präsenzterminen, zumindest zum Einstieg, profitieren. Festzuhalten ist jedoch, dass es hinsichtlich der Themen der Beratungsanfragen keine grundsätzlichen Ausschlüsse gibt. Die Wahl des Beratungskanals richtet sich nach den Bedarfen der Klient*innen.

Die Bedarfe und Wünsche von Klient*innen an die psychosoziale Beratung können abhängig von der individuellen Situation sehr unterschiedlich sein. Ebenso sind erste Suchbewegungen der Klient*innen nach Information und Hilfe eher thematisch orientiert, zum Beispiel wenn eine junge Frau online nach Begriffen wie »schwanger kein Geld« sucht oder wenn eine andere Frau bei ihrer Frauenärztin nach einer Postkarte greift, die eine Frau mit unerfülltem Kinderwunsch zeigt. Um darauf zu reagieren, wurden im Rahmen von HeLB verschiedene Erklärvideos zur themenspezifischen psychosozialen Beratung produziert. Diese verweisen jeweils auf alle möglichen Beratungszugänge und lotsen Klient*innen in das Setting ihrer Wahl.

Wegen der Zuständigkeit der Länder für die Sicherstellung der Konfliktberatung war das Arbeitsfeld der (in einem Projekt auf Ebene des Bundes tätigen) HeLB-Berater*innen während der Entwicklungsphase auf alle Felder der Schwangerschaftsberatung außerhalb der Konfliktberatung nach § 5 SchKG begrenzt. Ungeachtet dessen ist jedoch gerade die nied-

rigschwellige Erreichbarkeit für Personen im Schwangerschaftskonflikt ein zentrales Anliegen im Sinne des HeLB-Projekts. In der an die Entwicklungsphase anschließenden Transformationsphase wurden die in diesem Rahmen gewonnenen Erkenntnisse in 19 weiteren Beratungsstellen erprobt und damit auch auf die Konfliktberatung übertragen.

5 Blended Counseling – ein klientenzentriertes Konzept

Die Anforderungen an den Zugang zur psychosozialen Beratung sind dynamisch und können sich verändern, abhängig von der Lebenssituation der Klient*innen und auch im Verlauf eines Beratungsprozesses. Wurden zu Beginn des HeLB-Projekts einzelne Beratungsformate in den Blick genommen, gewann für die Entwicklung klientenzentrierter Angebote zunehmend das Konzept des Blended Counseling, das heißt die Verknüpfung unterschiedlicher Beratungsformate, an Bedeutung. Im Blended Counseling folgt die Wahl und vor allem auch der Wechsel des Beratungszugangs flexibel den Bedarfen der Klient*innen. Dies führte hinsichtlich der Konzeption des Angebots von Beratung zu einem weiteren Paradigmenwechsel. Mit der Etablierung von Blended Counseling stellen die Beratungszugänge, mit denen die in HeLB anvisierten Zielgruppen erreicht werden sollen, nicht mehr den Sonderfall dar. Psychosoziale Schwangerschaftsberatung im Sinne von Blended Counseling ist methodisch nicht (mehr) an ein bestimmtes Setting (als Regelfall) gebunden, sondern ist immer als flexibles, über verschiedene Zugänge erreichbares Angebot zu verstehen.

Die Voraussetzungen für die konzeptionelle Verankerung von Blended Counseling sind dementsprechend vielschichtig. Zunächst müssen die diversen datensicheren Beratungszugänge in einem materiellen Sinne sowie die Hardware vorhanden sein. Zudem müssen sie für das Klientel der Schwangerschaftsberatung gut sichtbar und niedrigschwellig verfügbar sein. Beratungsfachkräfte müssen in der Lage sein, Ratsuchende in jeden Beratungszugang zu lotsen und dort fachlich kompetent zu agieren. Die Eignung von Formaten hängt dabei nicht nur vom Kommunikationsanliegen im Beratungsprozess, sondern vor allem von den individuellen Ressourcen wie etwa der Mobilität oder einem stabilen Internetzugang und grundlegenden sowie akuten Bedarfen der Ratsuchenden ab. So zeigten sich Frauen und ihre Familien in ländlichen Regionen oft erleichtert über die Möglichkeit von Videoberatung, während es beispielsweise für geflüch-

tete Frauen in Gemeinschaftsunterkünften entlastend sein kann, eine erste Beratung aufsuchend vor Ort angeboten zu bekommen.

5.1 Spontane Wahl des Beratungszugangs über ein Beratungsportal

Die spontane Wahl des Beratungszugangs wurde Klient*innen im Rahmen von HeLB mittels eines Beratungsportals ermöglicht, über das verschiedene Beratungszugänge gleichwertig nebeneinander angeboten werden.

Beratungsstellen vor Ort sind über einen Postleitzahlenfilter auffindbar, eine spezielle Suchfunktion macht das Angebot von Videoberatung sichtbar. Der Zugang zur schriftbasierten Beratung ist über eine einfach gehaltene Anmeldung und die Wahl eines Nutzernamens jederzeit möglich. Die Klient*innen können wählen, ob sie Beratung im direkten Gespräch vor Ort oder per Video realisieren können und wollen, oder ob sie ihr Anliegen in schriftlicher Form vorbringen. Die Erklärfilme sowie Postkarten zu den verschiedenen Beratungsthemen verlinken Ratsuchende mit dem Beratungsportal. Ein zentraler Aspekt der niedrighschwelligigen Zugänglichkeit ist die gute Sichtbarkeit des Portals über Suchmaschinen sowie in Social-Media-Kanälen.

5.2 Lotsenfunktion: Blended Counseling im Beratungsprozess

Neben der Wahl des ersten Beratungszugangs entsprechend den Bedarfen der Klient*in ist der Wechsel des Zugangs bzw. das Hinzuziehen weiterer Zugänge im laufenden Prozess ein wesentliches Merkmal des Blended Counseling. So schreiben sich immer wieder Klient*innen bereits mit ihrer Terminanfrage »von der Seele«, warum sie Beratung suchen. Sie initiieren damit von sich aus einen Wechsel des Beratungssettings von schriftlich zu face to face. Sind die Voraussetzungen für Blended Counseling erfüllt, steht ihnen für den schriftlichen Austausch ein datensicherer Kanal zur Verfügung. Dieser ermöglicht es auch Klient*innen, die bereits an eine Beratungsstelle angebunden sind, schriftlich mit ihren Berater*innen zu kommunizieren – so zum Beispiel, wenn die*der Klient*in das Bedürfnis hat, sich spontan zu entlasten: Sie*er kann jederzeit Kontakt zu ihrem*r Berater*in aufnehmen. Manchmal kann im schriftlichen Austausch jedoch auch

ein Hindernis entstehen, zum Beispiel wenn es schwierig ist, ausreichend strukturierte Informationen mit den Klient*innen zu kommunizieren. Ein Gespräch per Video kann dazu beitragen, den Auftrag inhaltlich zu klären. Selbstverständlich können Termine und Folgetermine grundsätzlich im jeweils realisierbaren Setting – vor Ort oder per Video – geplant werden. Für den Austausch von Informationen kann aber zum Beispiel auch das Telefon geeignet sein. Eine besondere Chance im Blended Counseling ist der mögliche Einbezug von Dolmetscher*innen, die per Video in die Beratung zugeschaltet werden können. Das Dolmetschen über Video ist mit Herausforderungen verbunden, zuweilen noch mehr als das Dolmetschen in Präsenz. Dolmetscher*innen arbeiten nicht nur auf verbaler Ebene, sondern auch viel mit Mimik und Gestik – die zwar per Video sichtbar, aber doch eingeschränkt sind. Zudem kann der Ton in der Übertragung schwieriger sein aufgrund von Verzerrungen, Hintergrundgeräuschen oder Internet-schwierigkeiten, was auch die verbale Kommunikation erschwert. Somit erfordert das Dolmetschen über Video aufgrund der räumlichen Distanz mehr Erfahrung, die gerade Laiendolmetscher*innen oft nicht mitbringen. Hierbei ist im Vorfeld der Videoberatung eine entsprechende Einführung durch Berater*innen sinnvoll. Aber gerade bei seltenen Sprachen, für die es weniger Dolmetscher*innen gibt, ist die Einbeziehung per Video eine wertvolle Unterstützung im Beratungsprozess.

5.3 Qualität im Beratungssetting: Schwangerschaftskonfliktberatung per Video

Die Wahl des Beratungsformats erfolgt im Blended Counseling entsprechend den Bedarfen der Klient*innen. Die Beratungsfachkraft hat eine Lotsenfunktion und macht den Klient*innen passende Angebote. Insbesondere im Fall der Schwangerschaftskonfliktberatung ist die Wahl des angemessenen Beratungszugangs – allein aufgrund der rechtlichen Implikationen – bedeutsam. Hier gelten nach § 5 Abs. 2 Nr. 1 SchKG strenge verfassungs- und beratungsrechtliche Anforderungen, unter anderem hinsichtlich der Möglichkeit zum persönlichen Austausch und der methodengerechten individuellen Erörterung der konkreten Konfliktsituation.

Aufgrund der Zuständigkeit der Länder hinsichtlich der Versorgung zur Schwangerschaftskonfliktberatung war das Thema »Schwangerschaftskonflikt« in der Entwicklungsphase des bundesweit agierenden HeLB-Pro-

jekts, in der die Anwendung unterschiedlicher Beratungszugänge erprobt wurde, zunächst ausgenommen. Eine plötzliche Wendung nahm dies mit dem Ausbruch der Coronapandemie im Frühjahr 2020 und den damit notwendigen Maßnahmen zum Infektionsschutz, die unter anderem Distanzgebote und Lockdowns umfassten. Im Kontakt mit der besonders vulnerablen Gruppe der Schwangeren war zudem große Vorsicht geboten. Um die psychosoziale Beratung und Versorgung im Schwangerschaftskonflikt dennoch sicherzustellen, wurden durch bundesweite Erlasse Möglichkeiten eingeräumt, die Konfliktberatung fernmündlich oder über die jeweils verfügbaren digitalen Kommunikationstools durchzuführen.

Aus Sicht des *donum vitae* Bundesverband war der mit diesen Zugeständnissen verbundene Verlust an Datensicherheit im Hinblick auf die in HeLB erprobten datensicheren Zugänge in die Videoberatung jedoch nicht gerechtfertigt. Innerhalb kurzer Zeit konnten datensichere Zugänge zur Videoberatung nahezu im gesamten Verband implementiert werden. Dank eines Rechtsgutachtens von Prof. Dr. Dr. Michael Kubiciel zur »Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 5, 6 SchKG und allgemeinen Schwangerschaftsberatung nach § 2 SchKG in digitalen Beratungsformaten« konnten zusätzlich Perspektiven auch außerhalb der pandemischen Bedingungen aufgezeigt werden (Kubiciel, 2020). Kubiciel kommt darin unter anderem zu dem Schluss, dass die Videoberatung die gesetzlichen Anforderungen an die Schwangerschaftskonfliktberatung erfüllen kann, sofern der Datenschutz gewährleistet ist.

6 Erfahrungen und Ergebnisse aus dem HeLB-Projekt

6.1 Blended Counseling verbessert die Zugänglichkeit zur Schwangerschaftsberatung

Professionelle psychosoziale Beratung im Blended Counseling dient der größtmöglichen Nutzer*innenorientierung und niedrigschwelliger Erreichbarkeit. Die dreijährige Entwicklungs- und Beratungsarbeit im Projekt HeLB belegt, dass Barrieren für schwer erreichbare Zielgruppen der Schwangerschaftsberatung mit gemischten Beratungsformaten abgebaut werden können und diese Gruppe mit ergänzenden aufsuchenden und digitalen Formaten besser erreichbar ist als mit reiner Präsenzberatung (Bradl & Lehmann, 2022, S. 67). Die Eignung eines Beratungszugangs

hängt ganz offenbar von den Bedarfen der Klient*innen ab – und von der Qualifikation der Beratungsfachkraft. Diese Bedarfe werden durch praktische Lebensumstände, aber auch inhaltliche Aspekte sowie die emotionale Verfassung der Ratsuchenden bestimmt.

Weiterhin zeigen die im Rahmen von HeLB erhobenen Zahlen, dass im Blended Counseling die Anzahl der Folgeberatungen signifikant stieg (ebd., S. 35). Dies deutet darauf hin, dass in der Schwangerschaftsberatung das Blended Counseling nicht nur die Zugänglichkeit des Angebots verbessern kann, sondern auch die Anbindung der Klient*innen an die Beratungsstelle und darüber hinaus möglicherweise auch die beraterische Beziehung. Die Nutzung digitaler Formate konnte zudem die Zusammenarbeit in den Netzwerken, zum Beispiel bei der Vermittlung von Klient*innen an Fachberatungsstellen, passgenauer und vielfältiger gestalten. Eine weitere Chance, die sich durch das Blended Counseling ergab, war die flexiblere Einbindung von Dolmetscher*innen in die Beratung. Kenntnisse der Leichten Sprache seitens der Beratungsfachkräfte und die Planung kürzerer Beratungssequenzen helfen Menschen mit Lernbehinderung, Beratung besser wahrzunehmen (siehe dazu auch den Beitrag von Fischer, Kröner, Rey-Holm & Struck in diesem Band).

Ein bedarfsorientierter Zugang, in den die Beratungsfachkräfte die Klient*innen gegebenenfalls auch lotsen können, entspricht so dem im SchKG festgelegten Recht auf Beratung in einem umfassenderen Sinne als herkömmliche Strukturen. Dabei versteht sich, dass der Einsatz digitaler Beratungsformate nicht auf Kosten der bewährten Formate der unmittelbaren Beratung in Präsenz bzw. der aufsuchenden Beratung geschehen darf, die ja integraler Bestandteil des Blending Counseling sind.

6.2 Institutionalisation von Blended Counseling: Anforderungen an Beratungsfachkräfte, Träger und Kostenträger

Die nachhaltige Erstellung und Bereithaltung eines Beratungsangebots im Sinne von Blended Counseling erfordert Konzepte zur Integration zeitgemäßer Kommunikationsformate.

Welche Voraussetzungen hiermit verbunden sind, zeigte sich insbesondere in der Transformationsphase des HeLB-Projekts, in der zuvor erprobte Inhalte auf Teile des Gesamtverbands übertragen wurden. Zwar hatte sich

– aufgrund der Bedingungen der Coronapandemie – die Nutzung von Videoberatung bereits sprunghaft auf den Gesamtverband ausgeweitet, damit war jedoch eine Umsetzung von Blended Counseling im vollen Sinne keineswegs erreicht. Bei der Anpassung der Beratungsangebote an die Bedarfe der Klient*innen zeigten sich verschiedene strukturelle und institutionelle Herausforderungen.

Grundvoraussetzung bei der Implementierung aufsuchender und digitaler Formate ergänzend zur Präsenzberatung ist die Akzeptanz von alternativen – auch digitalen – Lösungen, sowohl bei Trägern als auch bei Fachkräften.

Zu einer grundsätzlich offenen Haltung gegenüber der Nutzung von digitalen Medien brauchen die Berater*innen Selbstvertrauen in die eigenen Fähigkeiten, mit digitalen Technologien umzugehen. Damit im Bereich Digitalisierung Praxis erworben und Weiterbildung stattfinden kann, müssen ausreichend Ressourcen zur Verfügung stehen. Fort- und Weiterbildungsangebote qualifizieren die Mitarbeiter*innen in technischer Hinsicht, sowohl im Umgang mit Endgeräten (Computer, Tablet, Handy) als auch mit den entsprechenden Programmen. Ein grundlegendes Verständnis hinsichtlich des Datenschutzes ist zudem unerlässlich. (Zur Diskussion von Widersprüchen und Herausforderungen der Beratung ungewollt Schwangerer unter der Perspektive von Digitalisierung und Digitalität siehe den Beitrag von Weinhardt in diesem Band).

Ganz wesentlich sind Fachkräfte und Träger zur Umsetzung von Blended Counseling auf die technische Infrastruktur angewiesen, also datensichere Beratungssoftware, eine stabile Internetverbindung sowie die entsprechende Hardware. Eine angemessene technische Ausstattung der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen erfordert die Refinanzierung durch die Kostenträger. Die Refinanzierung der Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen ist an regionale Zuständigkeiten gekoppelt. Digitale Beratung ist davon aber unabhängig. Dies sollte in der Refinanzierung der Beratungsstellen zukünftig berücksichtigt werden.

Um niedrigschwellige Zugänge zur Beratung umfassend zu gewährleisten, müssen nicht nur die Beratungsstellen, sondern auch die Internetseiten der Beratungsstellen in verschiedener Hinsicht barrierefrei erreichbar sein (angepasst an unterschiedliche Zielgruppen: Alter, sozialer Status, Bildungshintergrund, Migrationsgeschichte, Behinderung, Erkrankung etc.) (siehe dazu den Beitrag von Kubitz, Bomert & Böhm in diesem Band). Neben einer verständlichen Sprache sowie einer Vielfalt ausdrückenden

Bildsprache sollten die Beratungsthemen mithilfe von verschiedenen Materialien in unterschiedlichen Darstellungsformaten platziert werden (Infopapiere/Factsheets, Filme, Illustrationen, Bilder etc.), um die unterschiedlichen Zielgruppen anzusprechen.

Es bedarf darüber hinaus ausreichender zeitlicher Kapazitäten, um aufsuchende Beratung anbieten zu können. Um Ratsuchende bedarfsgerecht in Angebote unseres Beratungs- und Gesundheitssystems lotsen zu können, ist zudem eine breit angelegte Netzwerkarbeit wichtig.

Die Erfahrungen aus dem HeLB-Projekt zeigen, dass alle Klient*innen der Schwangerschafts(konflikt)beratung vom Konzept des Blended Counseling profitieren. Bedarfsgerechte, flexible Zugänge und die Dynamisierung der Beratungsprozesse sind daher Aufgabe aller Träger von psychosozialer Beratung. Die Lebensbedingungen während der Coronapandemie haben die Einbeziehung digitaler Kanäle in die Beratung begünstigt. Eine Rückkehr zur Normalität darf jedoch nicht bedeuten, dass die durch das Blended Counseling gewonnene Flexibilität – angesichts der vielen noch ungelösten Probleme in den Verbänden – wieder aufgegeben wird. Eine Kultur sozialer Digitalität ist weit mehr als die Nutzung von Technologie. Vielmehr wird es in Zukunft darum gehen, dass sich soziale Organisationen ihrer Verantwortung zur Gestaltung einer Gesellschaft der Zukunft bewusst werden und damit eine digitale Haltung einnehmen, die sehr wohl analog gelebt werden kann (vgl. Epe, 2022).

Literatur

- Bradl, M. & Lehmann, R. (2022). Evaluationsbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprojekt HeLB – Helfen. Lotsen. Beraten. des donum vitae-Bundesverbands. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Ueber_Uns/HeLB/Evaluationsbericht_HeLB_Begleitforschung.pdf (14.07.2023).
- donum vitae (2016). Beratung in Leichter Sprache. Praxisleitfaden. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Service/Downloads/Ringmappe_Praxisleitfaden_Ansicht.pdf (11.01.2024).
- donum vitae (2019). Modellprojekt »Schwangerschaft und Flucht«. Dokumentation. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Service/Downloads/donum_vitae_Dokumentation-SuF_web.pdf (11.01.2024).
- donum vitae (2019a). Modellprojekt »Schwangerschaft und Flucht 2016–2019«. Lebensgeschichten. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Service/Downloads/dv-Dokumentation-Lebensgeschichten_web.pdf (11.01.2024).
- Epe, H. (2022). Vortrag: Beratung der Zukunft – Chancen und Herausforderungen der digitalen Transformation. Abschlussveranstaltung HeLB am 22.03.2022, Berlin.

- Goldbeck, L., Braun, J., Storck, M., Tönnessen, D., Weyhreter, H., Debatin, K. (2001). Adaptation von Eltern an eine chronische Erkrankung ihres Kindes nach der Diagnosestellung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51(2), 62–67. <https://doi.org/10.1055/s-2001-10753>
- Kubicieł, M. (2020). Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 5, 6 SchKG und allgemeine Schwangerschaftsberatung nach § 2 SchKG in digitalen Beratungsformen Rechtsgutachten im Auftrag von donum vitae e.V. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Service/Downloads/Kubicieł_Rechtsgutachten_Schwangerschaftskonfliktberatung_u_digitale_Formaten_Endfassung.pdf (14.07.2023).
- Pieringer, W. (1995). Streß und belastende Lebensereignisse. In O. Frischenschlager, M. Hexel, W. Kantner-Rumplmair, M. Ringler, W. Söllner & U.V. Wisiak (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychosozialen Medizin. Grundlagen der Medizinischen Psychologie, Psychotherapie und Medizinischen Soziologie* (S. 21–28). Wien: Springer.
- Volhard, T. (2022). Klient*innenbezogene Merkmale der Beratungszugänge. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Ueber_Uns/HeLB/Plakat_1.jpg (11.01.2024).
- Volhard, T. (2022a). Die Zielgruppen der schriftbasierten Online-Beratung bei donum vitae. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Ueber_Uns/HeLB/Plakat_2.jpg (11.01.2022).

Biografische Notizen

Sabrina Miebach, ist Diplom-Theologin und Projektmanagerin. Sie war sechs Jahre beim donum vitae Bundesverband in Bonn als Projektreferentin für die Projekte »Schwangerschaft und Flucht« sowie »HeLB – Helfen. Lotsen. Beraten« vom BMFSFJ mit den Schwerpunkten Blended Counseling, Videoberatung, Flucht, FGM_C (weibliche Genitalverstümmelung/-beschneidung) und Dolmetschen tätig.

Petra Schyma ist Dipl.-Sozialarbeiterin und Sexualpädagogin mit langjähriger Beratungserfahrung in verschiedenen Feldern der psychosozialen Beratung, unter anderem 12 Jahre in der Schwangerschafts(konflikt)beratung und in Angeboten der Sexuellen Bildung. In einer Einrichtung für Menschen mit Lernschwierigkeiten war sie als Hausleitung und Sexualpädagogin tätig und dort zuständig für den Aufbau der Sexuellen Bildung und Beratung inklusive der Entwicklung der Konzeption. Seit 2011 ist sie Referentin bei donum vitae Bundesverband und war Projektleitung für die Modellprojekte »Ich will auch heiraten!« (Inklusion), »Schwangerschaft und Flucht«, »HeLB – Helfen. Lotsen. Beraten«. Sie ist freiberuflich tätig als Sexualpädagogin mit dem Schwerpunkt »Menschen mit Behinderung«.

Theresia Volhard, M. A., ist nach einem Studium der Philosophie seit 2010 im Bereich der Medizinethik tätig, mit dem besonderen Interessengebiet der (Patienten-)Autonomie. Seit 2017 ist sie bei donum vitae Bundesverband als Referentin für Grundsatzfragen sowie auch die Onlineberatung zuständig.

Beratung ungewollt Schwangerer in Leichter Sprache

Einblicke und Herausforderungen der Beratungspraxis

*Christiane Fischer, Margit Kröner,
Annette Rey-Holm & Christiane Struck*

1 Einleitung

Alle Menschen haben das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung und die Freiheit, selbst zu entscheiden, ob sie eine Familie gründen sowie ob und wie viele Kinder sie haben wollen. Diese Rechte sind grundgesetzlich geschützt (Art. 2 und 3 GG). Dies war der Ausgangspunkt des Inklusionsprojektes von donum vitae Bundesverband e. V. im Jahr 2013. donum vitae bietet bundesweit an 200 Orten Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung an und berät, informiert und begleitet in allen Fragen rund um Schwangerschaft und im Schwangerschaftskonflikt.

Dieser Beitrag befasst sich mit der besonderen Herausforderung, Menschen mit Lernschwierigkeiten im Schwangerschaftskonflikt und im Verlauf einer – häufig ungeplanten – Schwangerschaft zu begleiten. Er beschreibt das Konzept der Leichten Sprache und zeigt Anforderungen an die Beratenden und die Beratungssituation auf. Erfahrungsberichte geben einen Einblick in die Beratungsarbeit. Die Autorinnen möchten zur Beratung in Leichter Sprache ermutigen. Dazu geben sie eine kurze Einführung in die Beratung in Leichter Sprache, stellen das donum-vitae-Modellprojekt »Ich will auch heiraten!« vor, beschreiben die besondere Beratungssituation sowie die Rolle der Beraterin und zeigen anhand verschiedener Fallvignetten konkrete Situationen aus der Beratungspraxis.

Die Autorinnen dieses Beitrags besitzen umfassende Expertise und praktische Erfahrungen in der Beratung von Menschen mit Lernschwierigkeiten und beschreiben hier die Anforderungen und Herausforderungen von Beratung in Leichter Sprache. Sie sind langjährige Beraterinnen in der Schwangerschaftsberatung bei donum vitae und arbeiten in drei von insgesamt sieben Beratungsstellen, die von 2013 bis 2016 Modellberatungsstellen im Inklusionsprojekt von donum vitae Bundesverband e. V. »Ich

will auch heiraten!«¹ waren. Darüber hinaus haben sie maßgeblich an der Entwicklung der Broschüren in Leichter Sprache mitgewirkt.² Von Beginn an sind sie an der Professionalisierung der »Inklusiven Beratung« des Verbandes beteiligt.

»Inklusion« wird vom lateinischen Verb *includere* hergeleitet, was so viel wie »beinhalten« oder »einschließen« bedeutet. Der Begriff steht im Gegensatz zu Exklusion, was so viel wie »ausgrenzen« bedeutet, ist aber auch in Abgrenzung zum Begriff »Integration« zu verstehen, der »etwas (wieder) hereinholen« meint. Ist etwas inkludiert, so ist es Teil eines gesamten Systems in seiner ureigenen Beschaffenheit.

Im Nationalen Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention heißt es hierzu:

»Ziel ist, dass Menschen mit und ohne Behinderungen von Anfang an gemeinsam in allen Lebensbereichen selbstbestimmt leben und zusammenleben. Auf der Basis des Grundsatzes gleichberechtigter Teilhabe werden für Menschen mit Behinderungen die gleiche Qualität und der gleiche Standard in den jeweiligen Lebensbereichen erwartet, der auch für Menschen ohne Behinderungen gilt. Es geht um gleichberechtigte Teilhabe am politischen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben, um Chancengleichheit in der Bildung, um berufliche Integration und um die Aufgabe, allen Bürgerinnen und Bürgern die Möglichkeit für einen selbstbestimmten Platz in einer barrierefreien Gesellschaft zu geben. [...] Diese Sicht basiert auf der unverwechselbaren Würde eines jeden Einzelnen. Sie reduziert Menschen nicht auf Defizite, sondern würdigt und wertschätzt ihre unterschiedlichen Begabungen, Möglichkeiten und Fähigkeiten« (BMAS, 2011, S. 8f.).

Die Beratung im Kontext von Menschen mit Behinderung fußt auf folgenden rechtlichen Grundlagen:

- Mit der UN-Behindertenrechtskonvention haben sich die Vertragsstaaten (Ratifizierung durch Deutschland 2009) verpflichtet, jede Form der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung zu be-

1 Zielgruppe waren hier Menschen mit geistiger Behinderung bzw. mit Lernschwierigkeiten. Einen Projektüberblick bietet die Ausgabe 2015 der jährlichen Publikation »Notizen aus dem Bundesverband« (donum vitae, 2015).

2 Eine Übersicht der verschiedenen Broschüren in Leichter Sprache ist zu finden unter donum vitae (o.J.).

- seitigen und die gleichberechtigte Teilhabe in allen Bereichen des Lebens in der Gemeinschaft zu ermöglichen. Sie stärkt in Artikel 23 das Recht auf eine selbstbestimmte Elternschaft.
- Das Bundesteilhabegesetz (BTHG) regelt seit 2017 in § 78 das Recht auf Unterstützte Elternschaft durch Elternassistenten und Begleitete Elternschaft.
 - Das neue Kinder- und Jugendstärkungsgesetz (KJSG) gibt seit 2021 den Herkunftseltern mehr Rechte, auch wenn sie kein oder ein eingeschränktes Sorgerecht haben.
 - In § 2 SchKG wird erklärt, dass jeder Mann und jede Frau das Recht auf Beratung und Aufklärung zu allen Fragen der Schwangerschaft, Sexualität, Verhütung und Familienplanung hat.
 - In §§ 218/219 StGB wird die Schwangerschaftskonfliktberatung geregelt. Darin wird deutlich, dass für jede Form des straffreien Schwangerschaftsabbruchs gemäß § 218a StGB das Vorliegen einer Einwilligung der Schwangeren erforderlich ist.
 - Ist die Schwangere einwilligungsunfähig, so kann ein*e rechtliche*r Betreuer*in explizit mit dem Aufgabenkreis »Entscheidung über den Schwangerschaftsabbruch« eingesetzt werden und die Einwilligung gegebenenfalls erteilen (OLG Frankfurt/M., Beschluss vom 1.9.2008-20W 354/08 nach § 218a Abs. 2 StGB).
 - Für Menschen mit einer geistigen Behinderung oder Lernschwierigkeit wird – soweit erforderlich – eine rechtliche Betreuung eingerichtet (§ 1901 Abs. 1 und 2 BGB und § 1902 BGB für bestimmte Aufgabenbereiche).
 - Die Einrichtung einer rechtlichen Betreuung führt nicht zu einer Geschäftsunfähigkeit und hat keine Auswirkung auf höchstpersönliche Entscheidungen, zum Beispiel hinsichtlich Sexualität, Familienplanung und auf die Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch.
 - Die Einrichtung einer Betreuung hat keine unmittelbaren Auswirkungen auf das elterliche Sorgerecht. Gemäß § 1673 Abs. 1 BGB ruht die elterliche Sorge eines Elternteils aber, wenn er geschäftsunfähig ist.
 - Die Rechtsgrundlagen für eine Begleitete Elternschaft sind außer im BTHG im SGB VIII, SGB IX und SGB XII geregelt (Bsp.: Unterbringungen in Mutter-Kind-Einrichtungen, ambulant Betreutes Wohnen, Sozialpädagogische Familienhilfe).

Dies bedeutet für die Beratungspraxis: Grundsätzlich gilt, dass die ratsuchende Person entscheidet, wer an der Beratung teilnimmt. Auch Menschen, die unter Betreuung stehen, haben ein Recht auf eine Beratung unter Wahrung ihrer Persönlichkeitsrechte. Damit ist rechtlich klar geregelt, dass die ratsuchende Person – die schwangere Frau – allein die Entscheidung trifft, ob sie eine Schwangerschaft fortsetzt oder abbricht. Im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit kann eine rechtliche Betreuung für genau diesen Aufgabenkreis eingerichtet werden (siehe Fallvignette 1).

2 Beratung in Leichter Sprache

2.1 Kurze Einführung in das Konzept Leichte Sprache

»Leichte Sprache ist eine Form der schriftlichen und mündlichen Kommunikation, die vor allem für und gemeinsam mit Menschen mit Lernschwierigkeiten entwickelt wurde« (Netzwerk Leichte Sprache, 2014, S. 1). Das Bedürfnis und die Idee der Leichten Sprache ist aus einer Bewegung der Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung in den USA in den 1970er Jahren entstanden (vgl. ebd., S. 2). Sie forderten gleichberechtigte Teilhabe und Inklusion über den Zugang zu barrierearmen Informationen. Seit 2006 gibt es in Deutschland den Verein Netzwerk Leichte Sprache. Das Netzwerk hat über 40 Regeln für Leichte Sprache entwickelt (siehe unten). Übersetzer*innen und Prüfer*innen arbeiten hier zusammen (vgl. Netzwerk Leichte Sprache, 2022).

Für die Leichte Sprache gelten somit feste Regeln. Es gibt ein Zeichen für Texte in Leichter Sprache. Dieses Zeichen können alle Texte erhalten, die von Menschen mit Lernschwierigkeiten gegengelesen und auf ihre Verständlichkeit geprüft wurden, also von speziellen Prüfer*innen. Auf dem Logo ist eine lesende Person auf blauem Grund dargestellt und es stammt von »Inclusion Europe«.

Für die gesprochene Leichte Sprache gibt es kein einheitliches Zeichen oder Prüfsiegel. In einem Ratgeber für Leichte Sprache des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS) werden erstmalig in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk Leichte Sprache Handlungsempfehlungen unter anderem für die gesprochene Sprache formuliert (vgl. BMAS, 2014).

Feste Regeln für die Leichte Sprache sind zum Beispiel:

- Verwendung von großer Schriftart
- Sprechen und Schreiben in kurzen Sätzen
- Benutzung einfacher kurzer Wörter, zum Beispiel Bus statt Omnibus
- Vermeidung der Benutzung von Fremdwörtern
- Visualisierung (Bilder, haptische Materialien) als Verstehenshilfe
- Verwendung des Bindestrichs bei zusammengesetzten Wörtern
- Vermeidung von Abkürzungen

Die primäre Zielgruppe von Leichter Sprache sind Menschen mit Lernschwierigkeiten. Sie sollen Informationen so barrierefrei wie möglich erhalten können. Leichte Sprache ist jedoch auch für Menschen, die über keine oder wenig Lese- und Sprachkompetenz verfügen, nutzbar und hilfreich als Zugang zu Informationen (vgl. ebd.).

Die Beratung in Leichter Sprache stellt somit eine wesentliche Voraussetzung für ein gelingendes Beratungsgespräch dar. Hierbei werden Sachverhalte einfach und verständlich formuliert. Der Einsatz von Bildern und Zeichnungen unterstützt anschaulich die Aussage durch das gesprochene Wort. Beispielsweise kann eine Visualisierung des Tagesablaufs mit Kind für die Erarbeitung des Themas Kinderwunsch nützlich sein. Bewährt hat sich der Einsatz haptischer und vereinfachter Methoden und Materialien.

Die Autorinnen Mayer und Heischbourg (2018) machen in ihrem Artikel jedoch auch auf die »Gefahr positiver Diskriminierung durch die Zuschreibung eines speziellen Bedarfs oder der Kategorisierung einer ›LS bedürftigen‹ Gruppe« (ebd., S. 230f.) aufmerksam. Sie beschreiben es für die Berater*innen als »einen ständigen Balanceakt zwischen Materialien in LS, einer angepassten Sprache und der Gefahr, dass Klientinnen sich durch ein solches Angebot diskriminiert fühlen« (ebd.).

Darüber hinaus sollte man zwischen der schriftlichen und der verbalen Leichten Sprache und auch zwischen den unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden von Leichter Sprache differenzieren.

Der Fokus der Leichten Sprache ist in diesem Zusammenhang als Hilfe zum Kontakt- und Informationsaufbau zu sehen und als eine Methode der besseren Vermittlung von Beratungsinhalten. Die Autorinnen empfehlen, in der Beratung von einer schweren Sprache auszugehen, um dann je nach Bedarf auf Leichte Sprache zu wechseln, damit auf diese Weise Entwicklungschancen ermöglicht und Diskriminierung möglichst vermieden wird (vgl. ebd., S. 231).

2.2 Das bundesweite Modellprojekt »Ich will auch heiraten!«

donum vitae unterstützt Frauen und Paare mit und ohne Behinderung, die in einer Notlage sind, bei einer selbstbestimmten Entscheidung im Schwangerschaftskonflikt. Der Verband setzt sich für eine stetige Verbesserung der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung ein. Er fühlt sich zudem in besonderer Weise verpflichtet, sich in die gesellschaftliche Debatte zur Herausforderung »Inklusion« einzubringen, um Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe auch für Menschen mit Behinderung einzufordern und die dafür notwendigen Rahmenbedingungen mitzugestalten. Vor diesem Hintergrund entstand das Modellprojekt »Ich will auch heiraten!« (März 2013 bis April 2016).

Ziel des Projektes »war die Implementierung passgenauer Angebote in der Schwangerschaftskonflikt- und allgemeinen Schwangerschaftsberatung bei Menschen mit geistiger³ Behinderung. Gefördert wurde das Projekt vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend« (donum vitae, 2016, S. 1). Der Titel »Ich will auch heiraten!« entstand aus Erfahrungen im Beratungsalltag und der konkreten Aussage einer Klientin. »Diese Aussage ist Ausdruck des Wunsches nach gleichberechtigter Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, nach Liebe, Glück, Partnerschaft und Elternschaft« (ebd.). In den Modellberatungsstellen entwickelten die Berater*innen Konzepte zur Beratung und Sexuellen Bildung in Leichter Sprache. Parallel zu diesem Projekt entstanden die Broschüren in Leichter Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten »Rat und Hilfe in der Schwangerschaft«, »Schwangerschaft und Geburt«, »Liebe, Sex und Verhütung«, »Das ist wichtig bei der rechtlichen Beratung«.⁴

2.3 Sprachliche Beispiele aus der Beratung im Schwangerschaftskonflikt

Im Folgenden werden einige Beispiele in Leichter Sprache aufgeführt, die während der Modellprojektphase gemeinsam mit Expert*innen in eigener

3 In der weiteren sprachlichen Entwicklung sprechen wir von Menschen mit Lernschwierigkeiten, siehe dazu auch das Netzwerk Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. (o. J.)

4 Die Entwicklung der Broschüren wurde durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung finanziell gefördert.

Sache (Prüfer*innen in Leichter Sprache) für die Beratungsarbeit entwickelt wurden. Die kursiv hervorgehobenen Begriffe sind schwere Sprache.

Schwangerschafts-Konflikt

Eine Frau ist schwanger.

Vielleicht freut sie sich.

Vielleicht freut sie sich nicht.

Sie weiß es nicht.

Sie weiß nicht, ob sie ein Kind haben möchte.

Wie geht ein Schwangerschafts-Abbruch?

Eine Frau ist schwanger.

Sie möchte dieses Kind nicht bekommen.

Dann kann sie einen *Schwangerschafts-Abbruch* machen.

Es gibt zwei Möglichkeiten:

Erstens:

Sie kann bei einer Ärztin oder einem Arzt eine Tablette nehmen.

Dadurch wird die Schwangerschaft beendet.

Nach zwei Tagen muss die Frau eine neue Tablette nehmen.

Danach fängt sie an zu bluten.

Das ist wie eine starke Monats-Blutung.

Dann ist die Frau nicht mehr schwanger.

Zweitens:

Sie kann eine kurze Operation von einer Ärztin oder einem Arzt machen lassen.

Die Frau bekommt eine Medizin.

Sie schläft davon tief ein.

Wenn sie schläft, kann die Ärztin oder der Arzt die Operation machen.

Danach ist die Frau nicht mehr schwanger.

Nach einem *Schwangerschafts-Abbruch* blutet die Frau eine Weile.

Sie muss Binden benutzen.

Sie muss sich ausruhen.

Mutter-Kind-Einrichtung

Eine Frau bekommt ein Baby.

Sie benötigt viel Hilfe für sich selbst.

Ein Leben mit einem Kind wird dann für die Frau sehr schwierig.

Sie braucht für das Baby viel Hilfe.

Sie muss viel lernen:

Zum Beispiel, das Baby zu füttern,
zum Beispiel, das Baby zu baden,
zum Beispiel, mit dem Baby zu spielen.
Damit Mutter und Kind viel Hilfe bekommen, kann die Frau in eine *Mutter-Kind-Einrichtung* gehen.
Dort wohnt sie mit anderen Müttern und Kindern zusammen.
Es ist immer jemand da, wenn sie Hilfe braucht.
Sie kann sich an das Leben mit ihrem Kind gewöhnen.

Hebamme

Eine Hebamme ist eine Frau, die sich sehr gut mit schwangeren Frauen auskennt.
Sie ist für die Frau in der Schwangerschaft da.
Sie beantwortet alle Fragen der Schwangeren.
Sie erklärt, wie das Baby im Bauch wächst.
Sie erklärt der Frau, was sie während der Schwangerschaft essen und trinken darf.
Was gut und was schlecht ist.
Sie ist während der Geburt bei der Schwangeren.
Sie kümmert sich nach der Geburt um Mutter und Kind.
Sie schaut nach dem Baby.
Zum Beispiel, ob es gut an der Brust der Frau trinkt.
Oder ob es gut aus der Flasche trinkt.
Zum Beispiel, ob es gut wächst.
Sie schaut auch nach der Gesundheit der Mutter nach der Geburt.

2.4 Aus der Praxis

Auch wenn Berater*innen die Beratung in Leichter Sprache gestalten, kann es passieren, dass es während des Gesprächs zu unklaren oder nicht verständlichen Formulierungen kommt. Deshalb sind Pausen im Gespräch wichtig. Berater*innen müssen nachfragen und sich immer wieder rückversichern, ob die Informationen verstanden wurden. Auch Wiederholungen der wichtigsten Punkte sind von großer Bedeutung.

Die Erklärungen weiterer Begriffe in Leichter Sprache, zum Beispiel zum Thema Verhütung, sind in den Broschüren von *donum vitae* und anderen Trägern zu finden.

3 Anforderungen an die Beratungssituation und die Rolle der Berater*in

Im folgenden Abschnitt möchten wir auf die verschiedenen Anforderungen eingehen, die die Beratungssituation, die Haltung der Berater*innen und das Beratungsgespräch betreffen.

3.1 Selbstbestimmung und Empowerment

Beratung setzt grundsätzlich an den Ressourcen und der Auftragsklärung an. Dieser Hinweis ist insofern wichtig, weil Menschen mit Lernschwierigkeiten in ihren Fähigkeiten oft unterschätzt werden.

»Genau wie in der Beratung nichtbehinderter Klient*innen erfolgt die Beratung *ressourcenorientiert*. Das bedeutet für die Beratung von Menschen mit kognitiven Einschränkungen, dass die Beratung bzw. das Angebot in einer für die Zielgruppe zugänglichen, barrierefreien Form erfolgt. Dazu gehört u. a. sich ein Bild zu verschaffen, welche Vorkenntnisse bei den Klient*innen vorhanden sind, welche tragfähigen sozialen Netze zur Verfügung stehen und welcher Beratungs- oder Handlungsbedarf überhaupt besteht. Ziel muss immer sein, an vorhandenen Ressourcen anzusetzen und für den Beratungsanlass und das Beratungsziel benötigte Ressourcen zu erschließen« (donum vitae, 2016, S. 33; Hervorh. i. O.).

Die Beratung für Menschen mit kognitiven Einschränkungen folgt dem Prinzip des Empowerments, einem Ansatz der psychosozialen Arbeit, der so viel bedeutet wie Selbstbefähigung und Stärkung von Eigenmacht und Autonomie. Die Umsetzung des Empowerment-Konzeptes bedeutet für die Beratungstätigkeit, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten ebenso wie alle anderen Menschen den freien Zugang zu bestehenden Angeboten von Informationen, Beratung und Unterstützung erhalten müssen, um selbstbestimmt ihre Sexualität leben oder über ihre Familienplanung selbst entscheiden zu können, mit gegenseitiger Achtung und Wertschätzung. Im Rahmen der Schwangerschaftskonfliktberatung sollen die Klient*innen darin unterstützt werden, eine eigene verantwortungsbewusste Entscheidung treffen zu können.

3.2 Anforderungen an die Berater*innen

Hilfreich speziell für diese Beratungsarbeit sind eine entsprechende Fortbildung und die Aneignung passender Methoden. Dazu gehört es zum Beispiel auch Faltblätter und Broschüren in Leichter Sprache und geeignetes Anschauungsmaterial für die Klient*innen sowie Informationen für gesetzliche Betreuer*innen und Begleitpersonen vorzuhalten und diese zur Verfügung zu stellen. Vor dem Einsatz von Broschüren in Leichter Sprache sollte die Lesekompetenz berücksichtigt werden.

Hintergrundwissen zu den verschiedenen Ausprägungen von Lernschwierigkeiten und Kenntnisse über relevante Rechtsfragen sollten vorhanden sein. Es ist hilfreich, wenn die Berater*innen über die örtlichen Unterstützungsangebote, Institutionen und Netzwerke gut informiert sind oder die Ansprechpersonen kennen. Insbesondere Gynäkolog*innen und Hebammen, die die Betreuung von Frauen mit Lernschwierigkeiten anbieten und entsprechende Erfahrungen haben, sind wichtige Kooperationspartner*innen. Weitere relevante Ansprechpartner*innen können Träger der Begleiteten Elternschaft, EUTBs (Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung) oder Mutter-/Eltern-Kind-Einrichtungen sein.

3.3 Anforderungen an die Beratungssituation und an das Beratungsgespräch

Die Beratungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten erfordern zusätzliche Kenntnisse und betreffen vor allem die Beachtung der behinderten-spezifischen Anforderungen an die Gesprächsgestaltung.

Der Beratungstermin sollte gut vorbereitet und geplant werden, das heißt genügend Zeit für das Gespräch einzuplanen und die Barrierefreiheit zu beachten. Beratungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten dauern im Allgemeinen länger und müssen gegebenenfalls auf mehrere Termine verteilt werden. Die Klärung des Beratungsanlasses und des Ziels der Beratung sowie der Einbezug von Begleit- bzw. Bezugspersonen gehören ebenso dazu. Hier sollten die Berater*innen den Gestaltungsspielraum nutzen und das Beratungssetting an die individuelle Beratungssituation anpassen. Die Frage nach möglichen Unterstützungsnetzwerken ist für die Entscheidungsfindung sehr wichtig.

Die Erfahrungen im Modellprojekt zeigten, dass es im Vorfeld einer Be-

ratung entscheidend ist, die Unsicherheiten auf beiden Seiten abzubauen und sich zunächst kennenzulernen. Innerhalb der Beratung ist es wichtig, das zu besprechende Thema nahezubringen, ohne Abwehr zu erzeugen. Hier sollten alle Beteiligten in die Beratung miteinbezogen werden. Auch dabei steht der Abbau von Ängsten des Umfeldes zunächst im Vordergrund. Der Ablauf der Beratung stellt sich unter Einbezug des Umfeldes jedoch häufig anders dar als bei üblichen Konfliktberatungen. Wenn Klient*innen mit Begleitpersonen, zum Beispiel den Eltern oder Betreuer*innen, in die Beratung kommen, kann zuerst allein mit der Klientin gesprochen werden, um zu schauen, was diese möchte und ob die Begleitperson sie eher hemmt oder verunsichert (siehe Fallvignette 2).

Berater*innen sollten berücksichtigen, dass die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit eventuell geringer ist, als sie es von anderen Beratungen gewöhnt sind, und die Klientin schneller ermüdet. Wichtig sind hier vor allem folgende Aspekte: eine ruhige Gesprächsatmosphäre zu schaffen, die direkte Ansprache der Klientin und nicht über die Begleitperson, die Klientin ausreden lassen und ihr nicht ins Wort fallen oder den begonnenen Satz selbst zu Ende führen. Der Einsatz von geeignetem Anschauungs- und Informationsmaterial kann das Gespräch erleichtern. Der Klientin sollte genügend Zeit gelassen werden für eigene Fragen und sie sollte ermutigt werden, diese auch zu stellen. Es sollte auf die Körpersprache geachtet und bei Bedarf die Gesprächssituation verändert werden, zum Beispiel durch Pausen, eine vorzeitige Beendigung des Gesprächs oder die Vereinbarung eines neuen Termins. Die Gespräche sollten strukturiert werden, etwa durch Setzung inhaltlicher Prioritäten (Was ist das dringendste Anliegen?), und weitere Unterstützungsangebote angeboten werden, wie zum Beispiel die Beantragung von finanziellen Hilfen oder die Begleitung bei Behörden-gängen oder Arztbesuchen. Nach einer Schwangerschaftskonfliktberatung ist der Beratungsnachweis der Klientin mit Lernschwierigkeiten – nicht der Begleitperson – auszuhändigen.

Die Lebenswelt der Klient*innen mit Lernschwierigkeiten unterscheidet sich oft von der Lebenswelt anderer: »So sind Menschen, die nicht selbstständig leben und wohnen können, sondern in Obhut ihrer Eltern oder in einer stationären Einrichtung leben, häufig in ihrer Selbstbestimmung hinsichtlich ihrer Sexualität und Partnerschaft eingeschränkt« (donum vitae, 2016, S. 37). Es ist daher wichtig, Klient*innen konkret nach ihrer Lebenssituation, ihren persönlichen Erfahrungen im Umgang mit Behörden, Betreuer*innen usw. zu fragen, da die Ratsuchenden »selbst die Expert*innen

ihrer Lebenssituation sind. Die eigene Offenheit und der Mut, Dinge zu erfragen, bilden eine gute Grundlage für eine verständnisvolle und gelingende Kommunikation« (vgl. ebd., S. 38).

3.4 Exemplarische Darstellungen von Beratungssituationen in Leichter Sprache

Um die Beratung von ungewollt Schwangeren in Leichter Sprache anschaulicher zu machen, stellen wir einige Beispiele unserer Beratungsarbeit mit typischer Konstellation vor. Diese sind aus der Perspektive der Beratungsfachkraft formuliert und gliedern sich jeweils in eine Beschreibung des Beratungssettings, die Besonderheiten zur Beratung in Leichter Sprache, die Darstellung des jeweiligen Entscheidungsprozesses, die Beratungsarbeit im Schwangerschaftskonflikt zwischen Kinderwunsch und Schwangerschaftsabbruch, die gewonnenen Erkenntnisse aus der Perspektive der Beratungsfachkraft sowie einen kurzen Ausblick auf die weiteren Entwicklungen im Anschluss an das Beratungsgespräch. Obschon exemplarische Darstellungen folgen, ist jede*r Ratsuchende und damit jede Situation und Beratung immer individuell.

Darstellung 1

Beratungssetting

Die Beratung fand in der Beratungsstelle statt. Die Frau kam in Begleitung ihrer gesetzlichen Betreuerin, diese hatte auch im Vorfeld telefonisch den Termin vereinbart. Die schwangere Frau war Mitte 20 und hatte noch keine Kinder.

Besonderheiten der Beratung in Leichter Sprache

Besonders war, dass bereits die gesetzliche Betreuerin im Vorfeld angeführt hatte, dass der Schwangeren der »Ernst der Lage« nicht umfänglich bekannt sei und sie vor allem Aufklärung über das Thema Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft brauche. Ich habe mir den Ordner zu Leichter Sprache vorher noch einmal angeschaut und verschiedene Flyer und Bilder vorbereitet (z. B. Schwangerschaftsbilder aus der Präventionsarbeit, um das Wachstum des Kindes darstellen zu können). Die Beratung fand sehr niedrigschwellig statt.

Auf dem Weg zur Entscheidungsfindung

Die Frau war sehr selbstbestimmt. Die Betreuerin wollte den Abbruch, daher war die Frau selbst erst einmal sehr ablehnend gegenüber einem Abbruch; sie wusste allerdings nicht genau, worum es geht, und war im Vorfeld nur sporadisch aufgeklärt worden. Der Vater des ungeborenen Kindes war nicht über die Schwangerschaft in Kenntnis gesetzt worden, dies war die Entscheidung der Schwangeren gewesen. Wir spielten verschiedene Szenarien mit und ohne fortgesetzte Schwangerschaft durch und die Klientin wurde in der Entscheidungsfindung immer gefestigter und war sich sicher. Der eigentliche Konflikt der Frau war die Unsicherheit, ob sie eine andere Entscheidung treffen könne als die Betreuerin. Die Frau wollte den Abbruch nicht.

Beratung zwischen Schwangerschaftskonflikt und Kinderwunsch

Die Frau hatte einen Kinderwunsch und wollte auch nicht zur Beratung kommen. Für mich bedeutet dies als Beraterin, dass ich mit ihr über den Kinderwunsch spreche und auch diesbezüglich Aufklärung leiste. Es stellte sich schnell heraus, dass die gesetzliche Betreuerin und die Institutionen aufgrund der Lernschwierigkeit gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft waren. Die Frau selbst schätzte ihre Kompetenzen als ausreichend dafür ein, ein Kind zu bekommen und großzuziehen. Es war sehr schwer, herauszuarbeiten, dass die Entscheidung unabhängig von der Lernschwierigkeit bei der Schwangeren liegt. Dies war sowohl der Schwangeren als auch ihrer gesetzlichen Betreuerin nicht klar.

Lessons learned aus der Perspektive der Beratungsfachkraft

Das Setting machte auf mich zunächst den Eindruck, dass die Klientin – egal, was sie selbst entscheiden würde – einen Schwangerschaftsabbruch machen soll. Ich glaube, dass es erfolgreich gelungen ist, allen Beteiligten das Selbstbestimmungsrecht der Frau deutlich zu machen und alle offenen Fragen zu beantworten. Die Schwangere war in der Lage, ohne Einflussnahme durch Andere oder Druck von außen die für sie richtige Entscheidung zu treffen.

Nicht gut lief, dass die gesetzliche Betreuerin auch während des Gesprächs meine Kompetenz untergraben und mich permanent zu einer eindeutigen Aussage in Richtung Abbruch bringen wollte. Dies hat anfänglich auch die Betroffene verunsichert. Gut lief dann allerdings, dass ich sie über meine Funktion in der Konfliktberatung aufklären konnte und sie sich ab diesem Zeitpunkt zurücknahm.

Nach der Beratung

Die Schwangere wollte keine Beratungsbescheinigung mitnehmen. Es blieb bei der einmaligen Beratung, was vermutlich daran liegt, dass die Frau in einer Einrichtung lebt und vom Träger der Einrichtung in der Schwangerschaft betreut wird (Einzelwohnung in einem ambulant Betreuten Wohnen für Behinderte mit Assistenz durch Fachkräfte).

In Darstellung 1 wird deutlich, welche Relevanz der Information und der Aufklärung über die Rolle der Beraterin zukommt.

Darstellung 2

Beratungssetting

Die junge Frau (Anfang 20) wurde von ihrer Mutter zur Beratung begleitet. Ich gab bereits im Wartebereich das Setting vor und lud die junge Frau zunächst allein in das Beratungszimmer ein. Die Mutter wurde gebeten, im Wartebereich zu bleiben, wir würden sie später dazu holen. Die junge Frau schien offen dafür, die Mutter hingegen etwas »vor den Kopf gestoßen«, akzeptierte es jedoch.

Besonderheiten der Beratung in Leichter Sprache

In dem Einzelgespräch berichtete die junge Frau von ihrer Beziehung zu ihrem Partner, wie selbstständig sie lebe und arbeite (auf dem ersten Arbeitsmarkt), dass es dahin ein langer Weg gewesen sei und sie viel geschafft habe durch die Hilfe ihrer Mutter. An sich habe sie einen Kinderwunsch, könne sich das auch mit ihrem Freund vorstellen, jedoch wolle ihre Mutter nicht, dass sie die Schwangerschaft fortsetze. Sie selbst könne sich die Elternschaft ohne die Zustimmung und Hilfe ihrer Mutter nicht vorstellen und wolle dann doch die Schwangerschaft abbrechen.

Ich ging auf den Kinderwunsch ein und zeigte beide Wege auf, sowohl zur Entscheidung für das Kind als auch zu einem möglichen Schwangerschaftsabbruch. Die junge Frau machte einen kompetenten Eindruck auf mich, ihr Leben selbst zu gestalten und eigenständig zu führen.

Dieses Gespräch dauerte 20 bis 25 Minuten. Das Telefon klingelte und eine Kollegin rief an. Die Mutter der jungen Frau, die im Wartebereich saß, sei sehr aufgebracht. Eine Kollegin hatte sich ihrer angenommen und parallel ein Gespräch mit ihr geführt. Die Mutter wirkte sehr aufgeregt und bedürftig, aber auch erbost darüber, dass sie so lange habe warten müssen. Sie hatte die Befürchtung, dass ich ihre Tochter manipulieren und zur Fortsetzung der Schwangerschaft überreden würde.

Die Mutter kam nun mit in die Beratung und wir führten das Gespräch zu dritt weiter. In Anwesenheit der Mutter wirkte die junge Frau auf einmal ganz verändert, fast wie »geschrumpft«, »kleiner«, »unterstützungsbedürftiger«. Auch körperlich war sie in sich zusammengesackt. Die Mutter erzählte viel von sich selbst, wie sie gekämpft habe für ihre Tochter, was sie alles aufgegeben habe, ihre Ehe sei darüber auseinandergegangen. Sie habe Angst, dass das alles verloren sei, ihre Tochter es nicht schaffen und ihre Arbeit verlieren würde. Sie war in ihren Erzählungen kaum zu bremsen. Es war schwer in der Beratung, den Fokus immer wieder auf die Tochter und ihre Bedürfnisse zu lenken. Bei der Mutter war eine eigene sehr große Bedürftigkeit zu spüren und auch eine große Angst.

Ich bot weiterführende Beratungen an, unabhängig von der Entscheidung für oder gegen den Schwangerschaftsabbruch. Ebenso bot ich für die Mutter allein Beratung an. Die Mutter war nicht in der Lage, den Kinderwunsch ihrer Tochter zu sehen oder anzuerkennen. Es blieb bei dieser einmaligen Beratung.

Auf dem Weg zur Entscheidungsfindung

Die Beratung war insgesamt schwierig. Die junge Frau hatte einen eindeutigen Kinderwunsch. Gleichzeitig liebte sie ihre Mutter und vertraute ihr, fühlte sich ihr gegenüber auch verpflichtet. Sie entschied sich, die Schwangerschaft abubrechen. Diese Entscheidung schien jedoch beeinflusst durch die Haltung und den Druck der Mutter.

Beratung zwischen Schwangerschaftskonflikt und Kinderwunsch

Die junge Frau mit Lernschwierigkeiten hatte einen Konflikt zwischen ihren eigenen Bedürfnissen und der Verbundenheit zu ihrer Mutter, die ihr in dieser Frage keinen Freiraum ließ und sehr massiv, kraftvoll, übergriffig auf sie einwirkte. Die junge Frau traute es sich (noch) nicht zu, sich weiter von ihrer Mutter zu emanzipieren. Ich hatte auch den Eindruck, dass der jungen Frau erst mit der ungeplanten Schwangerschaft ihr Kinderwunsch bewusst wurde.

Lessons learned aus der Perspektive der Beratungsfachkraft

Da die junge Frau zunächst sehr klar ihre Vorstellungen artikulierte, unterschätzte ich die tatsächliche Abhängigkeit der Frau vom Umfeld. In späteren Beratungen mit anderen Klient*innen gestaltete ich das Setting anders:

Zunächst lud ich alle Beteiligten zur Beratung ein und sondierte dann, in welcher Konstellation der weitere Beratungsverlauf angezeigt ist – abhängig auch von den Wünschen der Ratsuchenden. Wichtig ist in jedem Fall, das Umfeld wertschätzend einzubinden. Alternativ machte ich vorab transparenter, wie lange die Begleitung in etwa warten würde, bis ich sie in die Beratung hole (z. B.: »Ich hole Sie in etwa 15 Minuten in die Beratung hinzu«).

Auch das Umfeld will »gewonnen werden« für die Ratsuchenden und ihre Bedürfnisse und Wünsche. Mit positiver Unterstützung aus dem Umfeld ist es für die Frau leichter, eine eigene Entscheidung zu treffen bzw. die größtmögliche Freiheit für ihren eigenen Weg zu finden. Nach der Beratung sprach ich mit meiner Kollegin, die sich im Wartebereich um die Mutter gekümmert und in einem anderen Beratungsraum ein Gespräch mit ihr geführt hatte: Die Mutter berichtete in diesem parallelen Gespräch von ihrer Sorge, dass ihre Tochter in der Beratung zur Fortsetzung der Schwangerschaft gedrängt werden könnte. Die Frau erlebte durch das Beratungssetting einen großen Kontrollverlust. Sie erzählte von ihrer eigenen Biografie, dass sie selbst einen Schwangerschaftsabbruch gehabt habe, dass sie so viel für ihre Tochter gekämpft und ihr ganzes Leben nach deren Förderung ausgerichtet habe. Sie habe ihre ganze Kraft »in ihre Tochter« gegeben. Und jetzt endlich habe die Tochter einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt und sei »angekommen«. Mit der Schwangerschaft wäre die Arbeit weg und damit alles Er kämpfte. Bei der Mutter ließen sich große Erschöpfung und Verzweiflung erkennen sowie eigener Beratungsbedarf.

In Darstellung 2 wird deutlich, welche Relevanz die Bezugspersonen spielen, in diesem Fall die Mutter. Damit verbunden zeigen sich auch mögliche Abhängigkeitsverhältnisse.

Darstellung 3

Beratungssetting

Eine 21-Jährige kam in Begleitung ihrer beiden Schwestern und der Mutter zur Konfliktberatung ohne Termin in die Beratungsstelle, direkt aus dem Krankenhaus. Sie war aufgrund starker Bauchschmerzen ins Krankenhaus gebracht worden. Zunächst gingen alle davon aus, dass ein Schwangerschaftsabbruch noch möglich sei, dann wurde von der Gynäkologin die 32. Schwangerschaftswoche festgestellt, was man der schwangeren Frau äußerlich nicht ansah.

Besonderheiten der Beratung in Leichter Sprache

Die Beratung in Leichter Sprache verlief gut, es war auch für die Mutter, die nicht flüssig Deutsch sprach, wichtig, alles einfach zu besprechen. In dieser Beratung war der Einsatz von Materialien zur visuellen Unterstützung der Beratungsinhalte nicht notwendig. Während des Gesprächs waren ausreichend Zeit und Rückfragen zur Verständlichkeit sehr wertvoll. So kamen Ruhe und Vertrauen in die Beratung.

Auf dem Weg zur Entscheidungsfindung

Es war schwierig zu erkennen, wie eigenständig die Klientin ihre Entscheidung treffen konnte, denn sie bestätigte immer, was vorher von den Schwestern gesagt wurde: Sie wolle das Kind nicht, sie wolle nach dem Schulabschluss in drei Wochen lieber arbeiten gehen. Sie sei sehr stolz darauf, nicht in einer Werkstatt, sondern in einem Altenheim als Helferin zu arbeiten, worauf sie sich sehr freue.

Zunächst musste geklärt werden, dass ein Schwangerschaftsabbruch nicht mehr möglich sei. Darauf folgten weitere Beratungen sowohl in der Beratungsstelle als auch bei Hausbesuchen. Im Verlauf gab es einen spürbaren Stimmungsumschwung und die Entscheidung, die Erziehung des Kindes in der Familie gemeinsam zu übernehmen. Für die junge Frau war die volle Unterstützung der Familie, auch die ihres Vaters, entscheidend. Der Kontakt zum Kindsvater war schon vor längerer Zeit beendet worden.

Lessons learned aus der Perspektive der Beratungsfachkraft

Im Laufe der Beratungen konnte eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit der Familie aufgebaut werden. Der gesetzliche Betreuer der jungen Frau war zunächst überfordert mit der Situation, weil er befürchtete, nun auch für das Kind zuständig zu sein. Hier waren die Informationen wichtig, dass er sich weiterhin nur um die Belange der Betreuten kümmern müsse und das Kind einen eigenen Vormund vom Jugendamt bekomme. Durch ausführliche Gespräche mit den beteiligten Institutionen und Fachkräften sowie klare Aufgabenaufteilung konnten alle notwendigen Belange geklärt werden.

Nach der Beratung

In den Wochen nach Bekanntwerden der Schwangerschaft sah man diese dann auch äußerlich erkennbar bei der jungen Frau. Eine Familienheb-

amme wurde einbezogen und es wurde ein Kaiserschnitt geplant, als es in der 34. Schwangerschaftswoche unerwartet zu einer Spontangeburt kam. Drei Wochen später konnte das Kind nach Hause entlassen werden. In der Zwischenzeit wurde das Zimmer für Mutter und Kind renoviert, beide leben weiter bei ihren Eltern. Trotz der anfänglichen großen Bedenken der Hebamme funktionierte – mit Unterstützung durch zwei Fachkräfte der Sozialpädagogischen Familienhilfe – die Versorgung des kleinen Frühchens zu Hause gut und die junge Mutter traute sich schnell zu, ihren Sohn zu versorgen. Ein halbes Jahr später begann sie mit der Arbeit im Altenheim. Mittlerweile ist das Kind dreieinhalb Jahre alt und besucht den Kindergarten, die Familiensituation ist stabil.

In Fallvignette 4 ist zu erkennen, dass auch eine Frau mit Lernschwierigkeiten gut in die Mutterrolle hineinwachsen kann, wenn professionelle Unterstützung erfolgt und ein tragfähiges soziales Netz vorhanden ist.

3.5 Diskussion der Darstellungen

In diesem Artikel und den Fallvignetten wurde herausgearbeitet, welche spezifischen Herausforderungen und zusätzlichen Handlungsoptionen die Schwangerschaftskonfliktberatung in Leichter Sprache kennzeichnen. Die Beratung von Menschen mit Lernschwierigkeiten erfordert vor allem eine einfachere Gesprächsführung nach den Kriterien der Leichten Sprache. Eine besondere Herausforderung besteht im Erkennen des kognitiven Verständnisses der Ratsuchenden. Berater*innen können sich teilweise nicht sicher sein, was diese wirklich verstehen und wie selbstbestimmt Entscheidungen gefällt werden können. Häufig sind Menschen mit Lernschwierigkeiten in ihrer Selbstbestimmung und Teilhabe eingeschränkt. Es bestehen zum Teil widersprüchliche Interessen aus dem Umfeld, Rollen, Aufträge, Ängste, Sorgen, Bedürfnisse und Erwartungshaltungen. Dadurch kann eine starke Dynamik in der Beratung entstehen, die Berater*innen unter Druck setzt. Ergebnisoffenheit und Unterstützung in der Entscheidungsfindung der Frau können dadurch erschwert werden.

Sexuelle Selbstbestimmung ist eine Entwicklungsoption und -ressource, die jeder Mensch hat – unabhängig von seinen Lebensvoraussetzungen. »Der Zugang zu Informationen gestaltet sich jedoch schwierig aufgrund der noch immer bestehenden Tabuisierung und Verunsicherung bei Eltern oder Betreuungspersonal« (Michel & Seidel, 2016).

Michel et al. (2003) beschreiben die Schwierigkeiten für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen bei der Realisierung der Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz:

»Die erfolgreiche Bewältigung der Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz stellt eine wesentliche Voraussetzung für sexuelle Selbstbestimmung im Erwachsenenalter dar. Behinderte Jugendliche weisen insbesondere größere Probleme auf als Nichtbehinderte bei der Loslösung vom elterlichen Haushalt und Gewinnung von Autonomie, bei der Kontaktaufnahme zu Jugendlichen beiderlei Geschlechts und bei der Vorbereitung auf Ehe und Familie. [Der Begriff Partnerschaft statt Ehe wäre hier lebensnäher.] Die Ursachen liegen vor allem in den konkreten Lebensbedingungen, z. B. durch eine größere Abhängigkeit von den Eltern infolge des Hilfe- und Pflegebedarfs und eingeschränkter Mobilität sowie in der fehlenden Barrierefreiheit geeigneter Freizeiteinrichtungen oder Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten« (ebd.).

Festzustellen ist leider, dass gleichberechtigte Teilhabe für Menschen mit Lernschwierigkeiten häufig noch immer nicht gewährleistet ist.

Von Berater*innen erfordert dies enorme Flexibilität, um sich auf die konkrete Situation einstellen zu können, sensibel und empathisch zu bleiben für die Ausdrucksweise und die Kommunikationsmöglichkeiten der Frauen, mitunter auch des Umfeldes. Sie sind gefordert, sich kontinuierlich selbst zu reflektieren, um die Dynamiken zu erkennen. Jede Beratung, jede Frau, jedes Paar, jede Situation ist neu und individuell. Professionelle Beratung zeichnet sich dadurch aus, das jeweilige Beratungssetting und den spezifischen Beratungsauftrag zu erkennen und bedarfsgerecht zu gestalten – unabhängig davon, wer die Beratung anfragt.

Schwangerschaftskonfliktberatung bei Frauen mit Lernschwierigkeiten stellt die Berater*innen vor besondere Herausforderungen: Berater*innen sollten in Leichter Sprache geübt sein und sich dem Sprachniveau der Klientin annähern können. Die Beratung erfolgt in kleinen Schritten. Dies erfordert vor allem mehr Zeit für eine Beratung sowie ein Anpassen der Beratungssituation an die sprachlichen Kompetenzen des Gegenübers und des Beratungsauftrags. Abhängig vom Setting werden mehrere involvierte Personen beraten und informiert, um die häufig komplexe Situation zu erfassen und geeignete Hilfen zu initiieren oder sicherzustellen.

Die Entscheidung im Schwangerschaftskonflikt liegt immer bei der Frau mit Lernschwierigkeiten. Trotz Empowerments ist es häufig schwierig, innerhalb einer Beratungssituation die kognitive Leistung der Frau einzuschätzen und das Lebensumfeld der Schwangeren zu erfassen.

Hilfssysteme im Umfeld müssen den Berater*innen bekannt sein, hierzu gehören unter anderem Frühe Hilfen (Familienhebammen, Familienhilfen, Mutter-Kind- oder Eltern-Kind-Einrichtungen, Begleitete Elternschaft, Elternassistenten etc.) sowie Ärzt*innen, die qualifiziert sind, Frauen mit Lernschwierigkeiten zu begleiten.

Allerdings erleben Ratsuchende weitere Einschränkungen in ihren Entscheidungen, unter anderem wegen fehlender Hilfsangebote und Wohnmöglichkeiten. In vielen Kreisen bzw. Bundesländern gibt es keine Möglichkeit für Frauen, mit ihren Kindern in ihrer Einrichtung zu bleiben. Sie müssten umziehen – oft weit weg von ihrem bekannten Lebensumfeld, in dem sie sich orientieren können, der Familie und/oder dem Kindesvater.

Der Schwangerschaftskonflikt kann bei der Schwangeren weitere Konflikte auslösen, zum Beispiel Loyalitätskonflikte in der Partnerschaft oder in der Beziehung zu Betreuungspersonen. Die Schwangere wird häufig von Bezugspersonen begleitet. Es kann ein Dissens zwischen Gefühlen, Vorstellungen und Entscheidungen der Frau und der Meinung der begleitenden Personen bestehen, wobei die Gefahr der Manipulation und Entmündigung besteht. Ebenfalls ist zu berücksichtigen, dass die Begleitpersonen durchaus zum Wohle der Frauen handeln wollen, sich aber andere Lösungen häufig nicht vorstellen können. Gleichzeitig kann das Umfeld auch wichtig und unterstützend sein (Darstellung 3) und den Berater*innen helfen, in der Beratung einen geeigneten Zugang zu der Frau zu erhalten.

4 Fazit

Jeder Mensch mit Lernschwierigkeiten hat, wie jede andere Person, das Recht auf Elternschaft, selbstbestimmt und in freier Entscheidung. Eltern mit Lernschwierigkeiten haben ebenso das Recht, in ihre Rolle des Elternseins hineinzuwachsen. Die Beratungsstellen begleiten Frauen, Männer und Paare dabei und sind gleichzeitig Koordinierungs- und Vernetzungsstelle.

In der Schwangerschaftskonfliktberatung wird der Frau/dem Paar mit Lernschwierigkeiten Raum gegeben, in dem sie gestärkt werden – ein Raum, in dem das Bewusstsein für das Recht auf Selbstbestimmung zum einen bei der Frau selbst und zum anderen bei dem Umfeld gefördert wird. Durch die Haltung der Berater*innen, durch Informationen und durch das Suchen und Vermitteln weiterer Hilfen wird die Frau/das Paar in ihrer Entscheidung für die Fortsetzung der Schwangerschaft oder den Schwangerschaftsabbruch unterstützt. Beratung bietet Assistenz an für eine möglichst freie, selbstbestimmte, eigene und zutiefst persönliche Entscheidung. Die Schwangerschaftsberatungsstellen nehmen eine Art Brückenfunktion zwischen der Ratsuchenden und dem Hilfesystem ein.

Literatur

- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2011). Unser Weg in eine inklusive Welt. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention.
- BMAS – Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.). (2014). Ratgeber Leichte Sprache.
- donum vitae (o. J.). Leichte Sprache. <https://donumvitae.org/beratung-hilfe/beratung-in-leichter-sprache/leichte-sprache> (30.06.2024).
- donum vitae (Hrsg.). (2015). Notizen aus dem Bundesverband, Nr. 8. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Service/Downloads/donum_vitae_Notizen_8_2015.pdf (16.07.2024).
- donum vitae (Hrsg.). (2016). Praxisleitfaden. Beratung in Leichter Sprache https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Service/Downloads/Ringmappe_Praxisleitfaden_Ansicht.pdf (16.07.2024).
- Mayer, M. & Heischbourg, C. (2018). Beratung in Leichter Sprache: Abbau von Exklusionsmomenten in der Beratung?! In H. Schulze, D. Höblich & M. Mayer (Hrsg.), *Macht – Diversität – Ethik in der Beratung. Wie Beratung Gesellschaft macht* (S. 222–242). Opladen, Berlin u. Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. (o. J.). <https://www.menschzuerst.de/> (01.08.2023).
- Michel, M., Riedel, S. & Häußler-Sczepan, M. (2003). Lebenswelten behinderter Kinder in Sachsen. Sächsisches Staatsministerium für Soziales.
- Michel, M. & Seidel, A. (2016). Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation zum Modellprojekt »Ich will auch heiraten«. Universität Leipzig.
- Netzwerk Leichte Sprache (2014). Presseinformation »Was ist Leichte Sprache?« <http://isitext.de/wp-content/uploads/2014/06/Presseinformation-Netzwerk-Leichte-Sprache.pdf> (01.08.2023).
- Netzwerk Leichte Sprache (2022). <https://www.leichte-sprache.org/> (01.08.2023).

Weiterführende Literatur und Materialien

- Bbe e.V. – Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern (Hrsg.). (2023). Elternassistenz. Unterstützung für Eltern mit Behinderung und chronischen Erkrankungen. Ratgeber für die Beantragung und Organisation personeller Hilfen zur Betreuung und Versorgung der Kinder https://www.behinderte-eltern.de/pdf/bbe_Ratgeber_Elternassistenz_PDF-UA.pdf (23.05.2024).
- Blochberger, K. (2023). Eltern mit Behinderung – Unterstützungsmöglichkeiten durch Elternassistenz und Begleitete Elternschaft sowie Partizipation von Menschen mit Behinderung in der inklusiven Kinder- und Jugendhilfe. *Stimme der Familie*, 1, 8–11.
- Bundesarbeitsgemeinschaft (BAG) (o.J.). Begleitete Elternschaft. Aktuelles, Material und Literaturtipps <http://www.begleiteteelternschaft.de/>
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o.J.). Infomaterialien der BZgA zur Kindergesundheit. <https://www.kindergesundheit-info.de/service/> (23.05.2024).
- EUTB – Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (o.J.) <https://www.teilhabeberatung.de> (23.05.2024).
- Nationales Zentrum Frühe Hilfen (o.J.). Materialsammlung NEST. <https://www.fruehehilfen.de/service/arbeitshilfen-fuer-die-praxis/nest-material-fuer-fruehe-hilfen/> (23.05.2024).
- Paomi (o.J.). <https://www.paomi.de> (23.05.2024).

Biografische Notizen

Christiane Fischer ist Diplom-Sozialarbeiterin und -Sozialpädagogin mit langjähriger Tätigkeit in verschiedenen Bereichen der Sozialarbeit, seit 20 Jahren Sexualpädagogin und Beraterin in der Schwangerschaftsberatung und in der Erwachsenenbildung mit dem Schwerpunkt Sexualpädagogik an Förderschulen.

Margit Kröner ist Diplom-Sozialarbeiterin mit langjähriger Tätigkeit in der Sozialen Arbeit. Sie arbeitet seit 21 Jahren als Beraterin bei donum vitae und ist seit zwölf Jahren Mitarbeiterin in der Onlineberatung von donum vitae. Ihr Schwerpunkt ist Sexualpädagogik im Bereich Mädchenarbeit.

Annette Rey-Holm ist Diplom-Pädagogin mit Schwerpunkt Sozialpädagogik. Während und nach dem Studium lebte und arbeitete sie immer wieder mit Menschen mit Lernschwierigkeiten, unter anderem in der Inklusiven Jugendarbeit. Seit 21 Jahren arbeitet sie als Beraterin bei donum vitae in Berlin in allen Bereichen der Schwangerschaftsberatung. Das Angebot für Menschen mit Lernschwierigkeiten in der Beratungsstelle ist ihr ein besonderes Anliegen.

Christiane Struck, Dipl.-Soz.päd., arbeitete in der allgemeinen Sozialberatung eines Wohlfahrtsverbandes und in einer Wohneinrichtung für Kinder und Jugendliche mit Lernschwierigkeiten. Seit 17 Jahren ist sie Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberaterin bei donum vitae. Ihre Schwerpunkte sind Beratung vor, während und nach Pränataldiagnostik, Begleitung von Sternenkindeltern sowie Beratung und Sexualpädagogik in Leichter Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten.

Mehrfache Schwangerschaftsabbrüche – (k)ein Thema in der Beratung nach § 219 StGB?

Johanna Walsch

1 Einleitung

Die Ursachen, weshalb heterosexuell aktive Menschen ungeplant schwanger werden, sind vielfältig (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 203ff.). Häufig entstehen ungewollte Schwangerschaften in sogenannten Schwellensituationen (vgl. Franz, 2015, S. 263). Sowohl die Entstehung als auch die Entscheidungen über die Fortführung dieser Schwangerschaften können von verschiedenen lebensweltlichen Einflussfaktoren, wie dem Alter und der Gesundheit der Schwangeren sowie ihren familiären, beruflichen, finanziellen und partnerschaftlichen Situationen, geprägt sein (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 282). Diese Faktoren können auch bei einer erneuten Schwangerschaft zu der Abwägung eines Schwangerschaftsabbruches führen, denn: Ein medizinisch durchgeführter Schwangerschaftsabbruch hat keine Auswirkung auf die zukünftige Fruchtbarkeit (vgl. Maeffert & Tennhardt, 2021, S. 179).

Im Jahr 2022 entschieden sich laut Statistischem Bundesamt 103.927 Personen für einen Schwangerschaftsabbruch (vgl. Destatis, 2023). Liegt keine medizinische oder kriminologische Indikation¹ vor, ist vor der Durchführung jedes Schwangerschaftsabbruches in Deutschland das Wahrnehmen einer Beratung nach § 219 StGB – Im Folgenden § 219-Beratung genannt – für die Schwangere verpflichtend. Grundlage dieser Beratung bilden die Vorgaben in § 219 StGB und §§ 5 und 6 SchKG sowie die Ausführungsgesetze der Bundesländer. Für die Berater*innen gilt es, sowohl die rechtlichen Vorgaben als auch die Anliegen der Klientinnen²

1 Die genannten Indikationen werden in diesem Beitrag nicht berücksichtigt.

2 In der Mehrzahl der Publikationen zu Schwangerschaftsabbrüchen und ungewollten Schwangerschaften wird das generische Femininum für die Bezeichnung der schwangeren Personen genutzt. Für eine einheitliche Lesbarkeit wird in diesem Text für die

im Beratungsgespräch zu koordinieren und zu vereinen (vgl. pro familia, 2017, S. 33; siehe auch den Beitrag von Ammicht Quinn in diesem Band). Dies kann sowohl die Dynamik und den Verlauf des Gespräches als auch die Beziehung zwischen Berater*in und Klientin beeinflussen (vgl. Reutemann, 2007, S. 104; siehe auch den Beitrag von Bomert, Lohner & Schulte in diesem Band). Insbesondere schwangere Frauen, die sich bereits gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft entschieden haben, empfinden die verpflichtende Beratung mitunter als Zumutung und zusätzlichen Zeitaufwand (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 162f.; pro familia, 2017, S. 34; Böhm & Walsch, 2023, S. 69f.). Somit lässt sich vermuten, dass Frauen, die bereits einen oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche und dementsprechende § 219-Beratungen in Anspruch genommen haben, in einer weiteren § 219-Beratung eine besondere Hürde sehen. In Verbindung mit gesellschaftlichen Vorurteilen gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen und Frauen, die sich dafür entscheiden (vgl. Meyer et al., 1990, S. 7), verstärkt sich diese Hürde zusätzlich. Aus diesem Grund fokussiert der vorliegende Beitrag mehrfache Schwangerschaftsabbrüche in § 219-Beratungen.

2 Der Forschungsstand zu mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen

Empirisch betrachtet gibt es keine belastbaren Daten zur Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen pro Person für einen festgelegten Zeitraum, da weder das Statistische Bundesamt noch Bevölkerungsumfragen wie ALLBUS diese Angaben erheben. Auch in der deutschsprachigen Forschung ist die Studienlage zu Personen, die mehrere Schwangerschaftsabbrüche erlebt haben, eher dürftig. Dabei zeigen Ergebnisse aus internationalen Studien zu Frauen mit Abbruchserfahrung, dass der Anteil von Personen mit mehreren Abbrüchen nicht gering ist. Eine schottische Studie von 2015 weist eine Kausalität zwischen Frauen mit mehrfachen

Schwangeren, die in eine § 219-Beratung kommen, ebenfalls das generische Femininum genutzt. Es soll ausdrücklich angeführt werden, dass auch Personen, die keine Cis-Frauen sind, schwanger werden und dementsprechend auch Schwangerschaftsabbrüche haben können (z. B. intergeschlechtliche Menschen, Transmänner und nonbinäre Personen). Für alle weiteren Personen abseits der Klientinnen wird der Gender-Stern verwendet, wenn kein spezifisches Geschlecht angegeben ist.

Abbrüchen und häufigeren Lebend- oder Totgeburt sowie der Angehörigkeit zu sozial benachteiligten Gruppen auf (vgl. McCall et al., 2015, S. 1). Laut dieser Erhebung ließen 23,4 % aller befragten Frauen mit Abbruchserfahrung mindestens zwei Abbrüche durchführen (vgl. ebd.). 2005 wurden in einer kanadischen Erhebung 1.127 Frauen mit mindestens einem Schwangerschaftsabbruch befragt, von denen bis zum Zeitpunkt der Erhebung 23,1 % zwei Abbrüche und 8,7 % drei oder mehr Abbrüche hatten (vgl. Fisher et al., 2005, S. 638). Hierbei wurde auch ein Zusammenhang zwischen mehrfachen Abbrüchen und den Faktoren des höheren Alters, erlebter körperlicher Gewalt und Migration festgestellt (vgl. ebd.). Auch in der deutschen »frauen leben 3«-Studie finden sich Hinweise darauf, dass Frauen mit osteuropäischem und türkischem Migrationshintergrund häufiger mehrfache Abbruchserfahrungen haben als westdeutsche Frauen (vgl. Helfferich, 2013, S. 197). Allgemeiner informiert der pro familia Bundesverband in einer Broschüre zum Schwangerschaftsabbruch darüber, dass circa ein Drittel aller Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, weitere Abbrüche haben werden (vgl. pro familia, 2015, S. 25), und aus einer Mitteilung des baden-württembergischen Rechnungshofes geht hervor, dass 18,8 % der erfassten Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, zwischen zwei und neun Abbrüche haben durchführen lassen (vgl. Rechnungshof Baden-Württemberg, 2008, S. 102).

Eine praxisnahe Publikation aus einem Familienplanungszentrum von Meyer et al. aus dem Jahr 1990 liefert darüber hinaus Hinweise zur Entstehung von mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen aus Sicht von Ärzt*innen und Berater*innen. Hierzu zählen ein leichtsinniger bzw. zerstörerischer Umgang mit sich selbst, häufiger heterosexueller Geschlechtsverkehr, besondere Fruchtbarkeit, unbewusste Kinderwünsche, Zyklusunregelmäßigkeiten, partnerschaftliche Probleme und Trennungen sowie nachlässiges Verhütungsverhalten³ (vgl. ebd., S. 77). Die hier skizzierten Gründe beeinflussen auch bei Fachkräften die Vorstellungen von Frauen, die mehrfache Schwangerschaftsabbrüche haben. Sie beschreiben sie beispielsweise als verantwortungslos, sie würden sich selbst nicht schätzen oder »aggressiv und unachtsam gegen sich selbst« (ebd.) handeln.

Da die Interviews von Meyer et al. (1990) nun mehr als 30 Jahre alt sind

3 Mangelnde oder fehlende Verhütung wird auch in anderen Publikationen zu Schwangerschaftsabbrüchen als vermuteter Grund für das Eintreten einer ungewollten Schwangerschaft benannt (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 128ff., Ketting & van Praag, 1985, S. 171).

und die neueren Erhebungen zu Frauen mit mehrfachen Abbrüchen nur im geringfügigen Maße bestehen, soll der Beitrag folgende Fragen betrachten: (1) In welchen Lebenslagen befinden sich Frauen, die mehrfache Abbrüche durchführen lassen und welche Motive haben sie für erneute Abbrüche? (2) Welche Haltungen berichten Beratende zur Thematik der Mehrfachabbrüche und wie beeinflussen diese die § 219-Beratung? (3) Welche spezifischen Inhalte können in einem Beratungsgespräch zu einem erneuten Abbruch relevant sein?

Grundlage der Beantwortung dieser Fragen bildet eine qualitative Interviewerhebung mit sieben Beraterinnen⁴ unterschiedlicher Träger, die im Rahmen einer Graduierungsarbeit an der Hochschule Merseburg von November 2020 bis Februar 2021 umgesetzt wurde. Im Zentrum der telefonisch durchgeführten Interviews standen die Erfahrungen der Beraterinnen, die sie in ihrer beruflichen Tätigkeit mit Frauen, die bereits mindestens einen Schwangerschaftsabbruch hatten, gesammelt haben, sowie ihre professionellen und persönlichen Haltungen zu der Thematik. Die Interviews wurden mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2018) ausgewertet. Der Darstellung der Ergebnisse sind zunächst einige Ausführungen zu Haltungen im Beratungsgespräch vorangestellt, der Beitrag endet mit einer Zusammenfassung und Praxisableitungen.

3 Haltungen im Beratungsgespräch

Haltungen sind wandelbar und bestehen aus individuellen Einstellungen, Werten und Überzeugungen (vgl. Kuhl et al., 2014, S. 107). Diese wiederum setzen sich, bezogen auf die Berater*innen, aus dem gelernten Fachwissen, kontextualisiertem und alltäglichem Wissen sowie aus Lebens- und Berufserfahrung zusammen (vgl. Nierobisch & Burkard, 2020, S. 16). Folglich stehen auch persönliche und professionelle Haltung in einer Wechselbeziehung.

Für den professionellen Anteil beschreibt Busch (2017) die Basis der psychosozialen Beratung als Zusammensetzung aus Fachlichkeit, Vertraulichkeit und Klient*innenzentrierung⁵ (vgl. ebd., S. 183). Das Wissen um

4 Bei den Namen der Beraterinnen handelt es sich um die Pseudonyme: Frau Akelei, Frau Bartiris, Frau Celosia, Frau Dahlie, Frau Eibisch, Frau Freesie und Frau Ginster.

5 In den letzten Jahren wird in der Fachliteratur zunehmend von Adressat*innen statt Klient*innen geschrieben, um den dialogischen und gleichzeitig von Hierarchien ge-

diese Aspekte und die damit verbundene Herausbildung von Haltung wird in Fortbildungen zur § 219-Beratung gelehrt (vgl. Hufendiek, 2015, S. 3f.) und kann nicht allein durch theoretische Beschäftigung mit dem Themenfeld erworben werden. Es bedarf eines Aneignungsprozesses, der die Auseinandersetzung »mit dem eigenen Berufsverständnis, der eigenen professionellen Rolle und dem eigenen Menschenbild« (Seithe, 2008, S. 65) beinhaltet. Darüber hinaus gehören zum Berufsverständnis und dem professionellen Handeln in der § 219-Beratung mehrere Rollen: die der Moderator*in, Prozessbegleiter*in, fachlichen Expert*in, Vermittler*in oder Pädagog*in (vgl. Franz, 2015, S. 267). In all diesen Rollen ist die Neutralität den Klient*innen, ihren Situationen und Entscheidungen gegenüber von besonderer Relevanz (vgl. ebd., S. 269f.). Um diese Neutralität zu gewährleisten, ist eine kontinuierliche Selbstreflexion notwendig, da Beratungssituationen das Risiko bergen, dass die von den Klientinnen geschilderten Situationen die Berater*innen selbst tangieren können. Insbesondere in der Ausbildung (vgl. Hufendiek, 2015, S. 5) geht es um die Auseinandersetzung mit eigenen biografischen Erlebnissen und Einstellungen zu spezifischen sexuellen und reproduktiven Facetten, zu denen insbesondere der Schwangerschaftsabbruch und dessen rechtliche Regelung zählt (vgl. Franz, 2012, S. 2). Die Beschäftigung mit eigenen Normen und Werten kann dabei unterstützen, persönliche Deutungsmuster zu erkennen. Sind Berater*innen sich dieser bewusst, kann ihnen dies helfen, den Klientinnen unvoreingenommen zu begegnen (vgl. Nierobisch & Burkard, 2020, S. 18). Diese Auseinandersetzung kann außerdem hilfreich für die Wahrung der professionellen Distanz zu den Klientinnen, aber auch zu eigenen Themen sein (vgl. Loos-Hilgert & Mackscheidt, 1998, S. 167).

Franz (2015) plädiert dafür, die eigenen Gedanken, Emotionen sowie Meinungen und Bewertungen der Berater*innen im § 219-Beratungsgespräch zurückzustellen und diese gegenüber der schwangeren Person nicht zu äußern (vgl. ebd., S. 269). Eine andere Sichtweise vertreten Lammert und Neumann (2002). Sie sehen den Nutzen des Einsatzes von Haltungen der Berater*innen darin, dass diese als Orientierungspunkt bzw. Reibungsfläche dienen können. Dabei sollen die Haltungen jedoch lediglich als eine Position unter vielen verstanden werden (vgl. ebd., S. 70). Eine ähnliche

prägten Prozess in der Sozialen Arbeit deutlicher zu beschreiben (vgl. Bitzan, 2018, S. 31). Dementsprechend nutzt neuere Literatur vermehrt den Begriff der »Adressat*innenorientierung«.

Position findet sich im Beratungskonzept von donum vitae (2019), in dem von einer Konfrontation der »Ratsuchenden mit den Werten und normativen Überzeugungen der Beraterin/des Beraters« (ebd., S. 10) im Zuge des dialogischen Prozesses die Rede ist. In der Praxis entscheiden die Berater*innen selbst, inwieweit sie ihre eigenen Haltungen und Meinungen in das Gespräch einbringen. Somit sind die Klientinnen in den § 219-Beratungen vom Ermessen der Berater*innen abhängig – und dies in einer Situation, in der sie ohnehin aufgrund der in § 218a Abs. 1 geforderten Beratungsbescheinigung in einem Abhängigkeitsverhältnis gegenüber den Berater*innen stehen (vgl. Franz, 2015, S. 265).

Infolgedessen werden nachfolgend fünf Auswertungsschwerpunkte der Interviewstudie und ihre Relevanz für die Praxis vorgestellt.

3.1 Lebenslagen und Motive von Personen mit mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen

»In meinem Erfahrungskontext ist es, dass das jeder Frau passieren kann, dass sie nochmal in eine Situation gerät, dass sie sagt: ›Das geht leider auch diesmal nicht‹, egal welche Herkunft, soziale Position.«

Frau Dablie

Laut den Erfahrungen der im Rahmen der eigenen Studie befragten Beraterinnen lassen sich Menschen ohne, mit einem oder mehreren Abbrüchen nicht anhand von bestimmten Merkmalen oder Verhaltensweisen unterscheiden. Es kann sowohl »die Singlefrau nach dem One-Night-Stand« (Frau Akelei), die mitten in der Ausbildung steckt, »als auch die Frau im öffentlichen Dienst« (ebd.) mit Ehemann sein. Dies schließt allerdings nicht aus, dass Berater*innen auch Vorstellungen von Frauen, die mehrfache Abbrüche durchführen lassen, haben können: »Manchmal haben wir eine Idee, wer das sein könnte. Das sind vielleicht die, die weniger gebildet sind, die wenig Geld haben. Nein, das Spektrum geht ganz weit« (Frau Dahlie).

Einige Befragte gehen auf explizite Aspekte ein. So identifizierte Frau Eibisch die Frauen, die mehrere Abbrüche haben, als meist arbeitssuchend mit mehreren Kindern. Auch sei es manchen Frauen gleichgültig, ob sie einen erneuten Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen. Weiterhin seien die gelernte Haltung zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie die eigenen »Werte

und Normen [...] und auch moralische Vorstellungen« (Frau Ginster) ausschlaggebend. Der Erfahrung zweier Beraterinnen nach gibt es Frauen, die Schwangerschaftsabbrüche als Verhütungsmethode nutzten. Vor allem osteuropäische Personen würden von dieser Form der Verhütung Gebrauch machen. Gleichzeitig würden Frauen, die erneut ungewollt schwanger werden, oft Scham erleben. Insbesondere erwachsenen Personen sei es Frau Ginster nach peinlich, wenn sie aufgrund fehlgeschlagener Verhütung erneut in eine § 219-Beratung kommen. Diese Scham kann auf die Annahme, dass Verhütungsmittel vollkommen vor einer Schwangerschaft schützen können, zurückgeführt werden (vgl. hierzu auch Meyer et al., 1990, S. 36f.), wenngleich ein Blick auf den Pearl-Index⁶ jedoch zeigt, dass kein Verhütungsmittel eine absolute Sicherheit bietet (vgl. pro familia, 2017, S. 18).⁷

3.2 Haltungen von Berater*innen und deren möglicher Einfluss auf die Beratung

Trotz individueller Lebenssituationen und pluraler Erklärungsmuster konnte Frau Akelei ein verbindendes Element zwischen den Personen, die mehrfache Abbrüche haben, identifizieren: »Ich glaube, die Parallele ist in erster Linie die Angst vor Verurteilung. Sowohl im sozialen Umfeld als auch im Umfeld derer, die mit dem Schwangerschaftsabbruch zu tun haben, also Frauenarzt, Krankenschwester, Gynäkologe, der den Eingriff durchführt, Beraterin« (Frau Akelei).

Frau Freesie schilderte dazu, dass die Thematisierung von mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen in der § 219-Beratung »etwas persönlich« mit ihr macht, da sie miterlebe, wie es Personen nach einem Schwangerschaftsabbruch gehe. Sie selbst empfinde maximal ein bis zwei ungeplante Schwangerschaften als nachvollziehbar. Dass die eigene Haltung der Berater*in nicht mit denen der Klientinnen übereinstimmen muss, zeigte Frau Ginster auf:

»Aber ich kann als Beraterin mich in meine professionelle Rolle begeben und sagen: »Das ist das Leben dieser Frau und die muss es für sich meistern.

6 Der Pearl-Index gibt an, wie sicher Verhütungsmethoden sind (vgl. pro familia, o.J.).

7 Dies bestätigen auch Ergebnisse aus der Studie »frauen leben 3«, in der über ein Drittel der Befragten mit Abbruchserfahrung angab, verhütet zu haben (vgl. Helfferich et al., 2016, S. 125).

Sie hat vielleicht gute Gründe, warum sie diesen Weg geht.< Das ist meine professionelle Haltung dazu, aber meine eigene, persönlich ist: keine Abbrüche« (Frau Ginster).

Um eine angemessene Distanz zwischen professioneller und persönlicher Haltung zu schaffen, nutzen die befragten Beraterinnen Supervisionen und kollegiale Fallberatungen im beruflichen Alltag. Schon zuvor hatten sie sich in ihrer Ausbildung mit der Reflexion und Entwicklung ihrer Haltung auseinandergesetzt. Trotz unterschiedlicher Meinungen zu mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen sahen die Beraterinnen ihren Auftrag in der § 219-Beratung nicht in der Bewertung der Situation oder einer Belehrung der Klientinnen. Insbesondere bei denjenigen, die eher eine kritische Haltung gegenüber mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen vertraten, zeigte sich der bewusste Umgang mit den eigenen Einstellungen und somit dem professionellen Handeln, die eigenen Haltungen nicht auf die Klientinnen zu übertragen. So erklärte Frau Eibisch beispielsweise: »Ich verurteile das eigentlich. Aber ich glaube, ich kriege das trotzdem hin, dass die sich trotzdem verstanden fühlen« (Frau Eibisch). Auch Frau Dahlie stellte fest: »[I]n der Haltung des Nicht-Verurteilens zu bleiben, das ist auch eine bewusste Entscheidung [...]«.

Darüber, inwieweit die eigene Haltung trotzdem in die Beratungen eingebracht werden kann, waren sich die Befragten nicht einig. Während Frau Bartiris sich dafür aussprach, in der Rolle der neutralen Beraterin zu bleiben und persönliche Wertungen außen vor zu lassen, plädierte Frau Dahlie dafür, »das zu thematisieren und zu sagen: >Das ist ja jetzt schon häufiger gewesen und das berührt mich schon<, das auch zum Thema zu machen. Eher auch mit der Frage: >Wie sorgen Sie jetzt für sich, damit das nicht mehr passiert?<« (Frau Dahlie). Auch Frau Freesie berichtete von einer Situation, in der die Klientin zum dritten Mal einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen wollte:

»Da habe ich gesagt: >Okay, ich habe verstanden, dass Sie es gut vertragen haben, auch die Hormone, nichtsdestotrotz ist es ja immer wieder ein starker Hormoncocktail, den Sie nehmen. Das ist vielleicht auch nicht immer förderlich. Und vielleicht wäre es dann nochmal gut, mit einem anderen Verhütungsmittel zu schauen<« (Frau Freesie).

Beide Beispiele zeigen, dass die Beraterinnen mit ihren eigenen Einstellungen das Gespräch beeinflusst und entsprechende Themen vorgegeben haben.

Betont wurde jedoch von der Mehrheit der Befragten, dass zwar Perspektiven, die sich von denen der Klientinnen unterscheiden, aufgezeigt werden können, diese aber nur als Optionen fungieren und somit auch abgelehnt werden können. Hier zeigt sich der Machtaspekt, welcher der § 219-Beratung immanent ist (siehe auch den Beitrag von Bomert, Lohner & Schulte in diesem Band).

3.3 Veränderungen in den Inhalten von § 219-Beratungen bei mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen

Die Beraterinnen bringen im Vergleich zu einer erstmaligen § 219-Beratung mitunter andere Themen ein, wenn ihnen ein früherer Schwangerschaftsabbruch bekannt ist. Aus der Interviewbefragung geht außerdem hervor, dass bereits vorhandene Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbrüchen und § 219-Beratungen von Klientinnenseite die Inhalte des Gespräches beeinflussen können und sie selbst Anliegen in die Beratung mitbringen. Im Vergleich zu erstmaligen § 219-Beratungen ist es den Befragten nach möglich, dass folgende Inhalte in den Beratungen zu einem erneuten Abbruch vorkommen: Erfahrungen mit dem ersten Abbruch bzw. vorherigen Abbrüchen sowie den bereits erlebten § 219-Beratungen und Kontakten zu den behandelnden Ärzt*innen, soziale und medizinische Ängste aufgrund eines erneuten Abbruches, Begründungen für erneute ungewollte Schwangerschaften, Abstände zwischen den Abbrüchen, Verhütung erneuter ungewollter Schwangerschaften, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zum vorherigen Abbruch bzw. Abbrüchen, Fragen zur erneuten Kostenübernahme sowie Erfahrungen mit Reaktionen im persönlichen Umfeld, insbesondere in der Partnerschaft.

Da sich einige dieser Themen gegenseitig bedingen oder subsumieren lassen, soll im Folgenden auf die Thematisierung vorheriger Erfahrungen und erneuter Schwangerschaftsabbrüche, Erfahrungen mit und Angst vor Stigmatisierung, vorherige Abbrüche als Ressource sowie die Thematik Verhütung eingegangen werden.

Thematisierung vorheriger Erfahrungen und erneuter Schwangerschaftsabbrüche

In den Interviews berichteten die meisten Befragten davon, in § 219-Beratungen zuvor erlebte Schwangerschaftsabbrüche zu erfragen. Frau Akelei

erkundigte sich zu Beginn jeder § 219-Beratung, ob die Anwesenden über den gesetzlichen Rahmen der § 219-Beratung Bescheid wüssten. So könne sie als Beraterin das weitere Gespräch anpassen und beispielsweise die Erklärung einer bestimmten Methode für den Schwangerschaftsabbruch weglassen oder andere Aspekte, wie partnerschaftliche Konflikte, deutlicher fokussieren. Zwei der sieben Beraterinnen gaben an, dass sie aufgrund der regionalen Statistik, die sie fallbezogen führen müssen, in jeder § 219-Beratung auch nach vorherigen Schwangerschaftsabbrüchen fragen. Weitere vier Beraterinnen waren zwar nicht verpflichtet, nach vorherigen Abbrüchen zu fragen, hatten es jedoch in ihre Beratungspraxis aufgenommen. Möglich sei außerdem, dass Klientinnen Erfahrungen von vorherigen Abbrüchen selbst erwähnen. Dies kann mitunter eine Strategie sein, das Beratungsgespräch so kurz wie möglich zu halten, wie beispielsweise aus einer Aussage von Frau Freesie hervorgeht: »Und die hatte mir ein bisschen den Wind aus den Segeln genommen: >Sie brauchen mir gar nichts erzählen. Ich war schon mal hier im Frühjahr und ich hatte schon einen Schwangerschaftsabbruch<« (Frau Freesie).

Ähnliche Erfahrungen hatten auch die anderen befragten Beraterinnen gemacht. Frau Eibisch beschrieb die meisten ihrer Klientinnen als entschieden und diejenigen, die mehrere Abbrüche hatten, als »richtig klar« in ihrer Entscheidung. Diese Klientinnen würden lediglich die Beratungsbescheinigung abholen wollen. Allerdings hatte sie auch Klientinnen erlebt, »die schon mehrfach zum Abbruch waren und der aktuelle Abbruch wieder genauso schlimm war, genauso emotional und die wollten wieder genau dasselbe wissen, wie bei den anderen Abbrüchen [...]« (Frau Eibisch).

Die von den Befragten am häufigsten benannten Ängste der Klientinnen bezogen sich insbesondere auf die erneute Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs, mögliche Verurteilungen von Gynäkolog*innen oder die Auseinandersetzung mit ihren Partner*innen. Die Befragten sahen diesbezüglich eine Chance im Beratungsgespräch, diese Themen zu bearbeiten.

Es gibt aber auch Klientinnen, die bereits erlebte Schwangerschaftsabbrüche nicht thematisieren. So berichtete Frau Akelei von einer Klientin, die innerhalb eines Jahres dreimal bei ihr in der § 219-Beratung war. Die Beraterin sprach sie direkt auf diese Situation an, jedoch verneinte die Klientin, bereits einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt haben zu lassen. Frau Freesie vermutete, dass dies kein Einzelfall sein, sondern es »si-

cherlich auch Beratungen [gibt], wo die Frauen das nicht erwähnen, weil es ihnen vielleicht unangenehm ist«. Frau Ginster beschreibt einen Zusammenhang zwischen einem Verschweigen von vorherigen Abbrüchen und moralischen Vorstellungen der Gesellschaft.

Eine andere Interpretation legt das Adressat*innenverständnis nach Bitzan und Bolay (2016) nahe. Dieses geht von einem interaktiven »Wechselspiel der gegenseitigen Formung« (ebd., S. 37) zwischen Sozialarbeitenden und Klientinnen aus. Die Nicht-Thematisierung vorheriger Abbrüche kann demnach als soziale Bewältigungsorientierung verstanden werden und als widerständiges Verhalten in einer »Ent-Adressierung« seitens der Klientinnen münden. Die Klientinnen lassen sich somit nicht als Adressatinnen für mehrfache Abbrüche definieren. Hieraus resultiert, dass entsprechende Gesprächsimpulse der Berater*innen bezüglich mehrfacher Abbrüche nicht oder nur zufällig zum Tragen kommen. Somit können sich die Klientinnen vor potenziellen Bewertungen der Berater*innen schützen, verspielen möglicherweise jedoch auch damit einhergehende Chancen (vgl. ebd., S. 47f.), wie beispielsweise negative Erfahrungen aufzuarbeiten oder bestehende Ängste zu besprechen. Gleichzeitig bedeutet für die Berater*innen ein Arbeiten entsprechend der Adressat*innenorientierung »nicht nach vorgefertigten Rastern der Bedarfs- und Problemdefinition zu entscheiden, d. h. den Eigensinn zu respektieren und Widerständigkeiten auszuhalten« (Bitzan, 2018, S. 32).

Erfahrungen mit und Angst vor Stigmatisierung

Nicht nur die konkrete Erfahrung eines Schwangerschaftsabbruchs kann das Beratungsgespräch beeinflussen, sondern auch Erfahrungen, die die Personen im privaten Umfeld oder mit Fachkräften, die an dem Prozess eines Schwangerschaftsabbruches beteiligt sind, gemacht haben. Frau Akelei ging davon aus, dass die Klientinnen eher auf die Tatsache, dass es sich um einen erneuten Schwangerschaftsabbruch handelt, zu sprechen kommen, wenn mit dem vorherigen Abbruch schlechte Erfahrungen einhergingen. Insbesondere über die Angst vor einer belastenden Konsultation bei der behandelnden Gynäkolog*in berichteten die Klientinnen in den Beratungsgesprächen. In einem Fall hatte die Gynäkologin trotz Bitten der Schwangeren, dies nicht zu tun, ihr den Monitor zugewendet und die Töne des Dopplers bei der Ultraschalluntersuchung eingeschaltet gelassen: »Und die Frauenärztin [hat] das damit begründet,

dass die Frau ja wissen müsse, was sie dort tut. Sie täte es jetzt schließlich zum zweiten Mal« (Frau Akelei). Frau Akelei sei es wichtig, in ihren § 219-Beratungen den Klientinnen ein »gutes Gefühl zu vermitteln«. Gleichzeitig ermutige sie auch zum Wechsel der Gynäkolog*in, wenn es Bedenken gäbe.

Die Thematisierung von negativen Erfahrungen beschränkt sich allerdings nicht nur auf medizinisches Fachpersonal, sondern schließt auch die Erlebnisse mit Berater*innen in vorherigen § 219-Beratung mit ein. Frau Akelei erzählte davon, dass Klientinnen sich gezielt gegen eine Beratungsstelle entschieden, in der sie sich bei der vorherigen § 219-Beratung unwohl gefühlt hatten. Es ist nicht auszuschließen, dass auch eine kritische Haltung von Berater*innen gegenüber mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen in den Beratungsgesprächen für die Klientinnen wahrnehmbar ist bzw. dort offen zur Sprache kommt. Gleichzeitig berichteten mehrere Interviewte davon, dass Klientinnen sich bei guten Erfahrungen für eine weitere § 219-Beratung explizit an die vorherige Beratungsstelle wenden und auch nach bestimmten Berater*innen fragen.

Vorherige Schwangerschaftsabbrüche als Ressource

In der Sozialen Arbeit geht es häufig darum, Ressourcen mit den Klient*innen zu ergründen und gegebenenfalls zu aktivieren. Dies gilt auch für die § 219-Beratung, auch und gerade im Kontext von mehrfachen Abbrüchen. Insbesondere die Auseinandersetzung mit den Empfindungen vor, während und nach dem letzten Schwangerschaftsabbruch stehen dabei im Fokus. Werden diese besprochen, können entsprechende Fragen zur Verarbeitung gestellt werden. Frau Akelei fragte beispielsweise eine Klientin: »[W]as können Sie vielleicht vom letzten Mal ins Jetzt mitnehmen?« Frau Eibisch sah in dem Besprechen der Ressourcen auch die Möglichkeit, die erneute Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle anzubieten: »Einfach um schon mal dieses Türchen aufzumachen, sich vielleicht Hilfe zu holen, falls sie den nächsten Abbruch wieder nicht gut verkraften würde« (Frau Eibisch).

Die Beraterinnen sahen das Gespräch als Möglichkeit der Unterstützung, die sich nicht nur auf die aktuelle Schwangerschaft bezieht, sondern auch auf zukünftige. Mit Blick auf die Vermeidung einer weiteren ungeplanten Schwangerschaft identifizierten die Befragten die Möglichkeit über Verhütung zu sprechen als weitere Ressource.

Verhütung

In den Interviews kamen alle Beraterinnen auf das Thema Verhütung zu sprechen. Für drei von ihnen gehörte das Besprechen von Verhütungsmöglichkeiten zu jeder § 219-Beratung dazu, unabhängig von vorhandenen Schwangerschaftsabbruchserfahrungen. Im Gegensatz dazu erzählten zwei Beraterinnen, dass sie Verhütung gezielt bei Personen, die bereits mit Abbruchserfahrung in eine § 219-Beratung kommen, ansprechen. »Ich gebe mir einen anderen Auftrag als Beraterin. Zum Beispiel hier auf jeden Fall nochmal auf Verhütung hinzuweisen« (Frau Bartiris). Für Frau Bartiris sei Verhütung ein häufig von ihr initiiertes Thema in den § 219-Beratungen zu einem erneuten Schwangerschaftsabbruch, denn die Klientinnen hätten in diesen Gesprächen selten selbst das Anliegen einer Verhütungsberatung.

Eine gesetzliche Verpflichtung, Verhütung in die Beratungsgespräch miteinzubeziehen, gibt es nicht (siehe auch den Beitrag von Göppert in diesem Band), das SchKG verweist hier auf die Eigenverantwortlichkeit und Selbsteinschätzung der Klientinnen: »Die Beratung unterrichtet auf Wunsch der Schwangeren auch über Möglichkeiten, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden« (SchKG § 5). Diese Formulierung gibt Berater*innen Spielraum und verweist auf die individuelle Wahrnehmung von Bedarfen der Thematisierung von Verhütung. Somit betonen auch die Befragten, dass die Thematisierung von Verhütung nur ein Angebot sein kann, bei dem die Klientinnen die Möglichkeit haben, dieses abzulehnen. Wie herausfordernd es sein kann, eine solche Ablehnung nicht zu bewerten, zeigte Frau Freesie auf: »Die wollte auch gar nicht mit Verhütung etwas machen. Da kann ich mich nicht von freisprechen, das finde ich dann auch heftig [...]« (Frau Freesie).

Die Befragten waren allerdings nicht ausschließlich mit Ablehnung der Verhütungsberatung konfrontiert. So hatte Frau Akelei die Erfahrung gemacht, dass ihre Klientinnen mit Abbruchserfahrungen häufig von selbst das Thema Verhütung ansprachen. Hierbei zeigt sich die Relevanz der Adressat*innenorientierung und damit einhergehend das Eingehen auf individuelle Wünsche.

Die Thematisierung von Verhütung zielt meist auf den Schutz vor einer ähnlichen Situation und die Lernfähigkeit der schwangeren Personen ab. Unter anderem ist es den interviewten Beraterinnen wichtig, das Wissen um Verhütungsmittel allgemein sowie Kenntnisse zu Kostenübernahme bzw. Verhütungsmittelfonds weiterzugeben, um die Klientinnen zu ent-

lasten und zu unterstützen. Speziell die Fonds sind im Bundesgebiet nicht flächendeckend vorhanden oder an Bedingungen geknüpft, sodass die Beraterinnen als Expert*innen in der Vermittlung fungieren.⁸ Mit dem Hilfsangebot implizieren die befragten Beraterinnen einen Zusammenhang zwischen fehlender Verhütung und geringen finanziellen Mitteln der Klientinnen.

4 Zusammenfassung

In den Aussagen der befragten Beraterinnen zeigen sich Übereinstimmungen mit den wenigen bereits vorhandenen empirischen bzw. praxisnahen Erhebungen und Publikationen. Bezüglich der Lebenslagen und Motive von Frauen mit mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen spiegeln sich die Erkenntnisse der schottischen und kanadischen Studie sowie der »frauen leben 3«-Erhebung hinsichtlich einer Korrelation zwischen mehrfachen Abbrüchen und Migration sowie der Zugehörigkeit sozial benachteiligter Gruppen in den Erfahrungen der Befragten wider. Gleichzeitig gehen die Befragten auf mögliche Vorurteile, wie sie auch von den von Meyer et al. (1990) befragten Fachkräften berichtet wurden, ein. In der Auseinandersetzung mit möglichen (eigenen) Vorurteilen gegenüber den Klientinnen reflektierten die Befragten ihre Haltung und betonten die Bedeutung dessen. Hinsichtlich des Einbringens ihrer Haltung bewegten sie sich innerhalb des Spektrums, das sich aus den Texten von Franz (2015), Lammert und Neumann (2002) und donum vitae (2019) ergibt. In der gemeinsamen Betrachtung mit den veränderten Inhalten in § 219-Beratungen sticht insbesondere die Thematik der Verhütung heraus. Zum einen ist die Sorge um einen ungedeckten Verhütungsbedarf von finanziell schlechter gestellten Frauen, der sich auch statistisch belegen lässt (Helfferich et al., 2016, S. 132), gegeben. Zum anderen schwingt eine Redensart mit, der Meyer et al. (1990) ein ganzes Kapitel gewidmet haben: »Aus Schaden wird man (nicht) klug« (ebd., S. 44ff.). Dieser Spruch folgt der Annahme, dass aus jedem (vermeintlichen) Fehler ein Lerneffekt hervorgehen sollte.

8 Ein Rechercheprojekt mit dem Ziel, eine aktuelle Übersicht zu bundesweiten Kostenübernahmeprogrammen/-fonds von Verhütungsmitteln zu erstellen, führt aktuell (2023) die Hochschule Merseburg, beauftragt durch den pro familia Bundesverband und gefördert durch das BMFSFJ, durch.

Damit ließe sich das Eintreten zukünftiger ungeplanter Schwangerschaften vermeiden. Diese Denkweise lässt sich auch in Zusammenhang mit der strafrechtlichen Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen stellen. Denn Strafen fungieren im modernen Strafverständnis vor allem als Erziehungsmaßnahmen, die das Wiederholen des »Vergehens« verhindern sollen (vgl. Meyer et al., 1990, S. 45f.). Die befragten Beraterinnen agieren somit als Pädagoginnen: sie klären über mögliche Unterstützungsmöglichkeiten auf und möchten mit ihrer Beratung zur Vermeidung weiterer ungeplanter Schwangerschaften beitragen. Mit der Thematisierung von vorherigen Erfahrungen, Ängsten vor Stigmatisierung sowie Ressourcen möchten die Beraterinnen den Klientinnen durch eine wertfreie Haltung einen Gegensatz zu möglichen negativen Erfahrungen bieten und Raum für Selbstwirksamkeit schaffen. Meyer et al. (1990) zeigen beispielsweise auf, dass eine wertfreie und unterstützende Behandlung und Beratung der Schwangeren entlastend in einer eher stigmatisierten Situation wirken kann, und Franz (2015) weist auf die Aufgabe von Beratenden hin, Klientinnen in ihrer Selbstwirksamkeit und eigenen Verantwortung zu bestärken (vgl. ebd., S. 275). Hier lässt sich ebenfalls ein Bezug zur Adressat*innenorientierung herstellen, da diese durch Anerkennung die Handlungsfähigkeit der Klientinnen erhöhen kann und eine Grundlage für »Erfahrungen des sozialen Verortetseins« (Bitzan, 2018, S. 32) bietet. An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, dass mit einem oder mehreren Schwangerschaftsabbrüchen nicht zwingend negative Empfindungen einhergehen müssen, sondern wenn eine »Entscheidung zum Abbruch zum wiederholten Male getroffen wird, [...] es ein noch deutlicherer Entschluß für den selbst gewählten Lebensweg sein [kann]«, der das Selbstbewusstsein und die Autonomie stärken kann (Meyer et al., 1990, S. 91).

5 Praxisableitungen

Mit Blick auf beraterisches Handeln in der § 219-Beratung kann das bedeuten, die professionelle Haltung zu mehrfachen Abbrüchen besonders in den Blick zu nehmen. Auch wenn die Positionen von Berater*innen nicht zwingend negativ sein müssen, so können sie das Erleben der Klientinnen in den mitunter herausfordernden Situationen massiv beeinflussen. Dessen sowie ihrer Machtposition im Beratungsgespräch (siehe auch den Beitrag von Bomert, Lohner & Schulte in diesem Band) sollten sich Berater*in-

nen bewusst sein und entscheiden, wie weit sie ihre eigene Haltung und ihre Emotionen mit in das Beratungsgespräch einfließen lassen. Die Berater*innen benötigen ein Gespür dafür, ob für die Klientinnen eine externe Meinung hilfreich oder belastend sein kann. Auch wenn die Berater*innen durch das Gespräch führen, bringen die Klientinnen eigene Anliegen und Themen mit, die ebenfalls in Verbindung mit vorherigen Abbruchserfahrungen stehen können. Sie können somit die Inhalte mitbestimmen, Anliegen ansprechen oder auch eigensinnig handeln und sich der expliziten Thematisierung von vorherigen Abbrüchen verwehren. Im Sinne der Adressat*innenorientierung empfiehlt sich also eine Orientierung an den Bedürfnissen der Klientinnen, ohne dass dabei die gesetzlichen Vorgaben aus dem Blick geraten. Mit einer entsprechenden Auswahl an individuell abgestimmten Themen, die bei einem erneuten Schwangerschaftsabbruch für die Klientinnen relevant sein könnten, bieten sich im § 219-Beratungsgespräch Chancen für Reflexionen zu den vergangenen, aktuellen und zukünftigen Lebenssituationen. Gleichzeitig müssen sich Berater*innen auch auf Ablehnung möglicher Beratungs-, Informations- und Reflexionsangebote einstellen, da nicht alle Klientinnen einen Beratungsbedarf haben und einige die Bedeutung der § 219-Beratung für sich als gering einschätzen oder dieser kritisch gegenüberstehen.

Aushandlungsprozesse über die Einbindung der eigenen Haltung der Berater*innen sowie unterschiedliche Wahrnehmungen der Klientinnen, aber auch der Berater*innen bezüglich der § 219-Beratung sind jedoch nicht auf Beratungsgespräche zu mehrfachen Schwangerschaftsabbrüchen begrenzt, sondern sind der § 219-Beratung generell immanent. Eine aktive Auseinandersetzung mit eigenen Haltungen und eine differenzierte Betrachtung der jeweiligen Einzelfälle in der § 219-Beratung ist somit – unabhängig vom Vorhandensein vorheriger Abbruchserfahrungen – essenziell.

Literatur

- Bitzan, M. (2018). An die Adressat_innen denken. Die Frage nach dem »Wert des Sozialen und der Sozialen Arbeit« ist ohne die Frage nach den Adressat_innen wertlos. *Sozial Extra*, 4, 30–33. <https://doi.org/10.1007/s12054-018-0070-y>
- Bitzan, M. & Bolay, E. (2016). *Soziale Arbeit – die Adressatinnen und Adressaten*. Opladen u. Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Böhm, M. & Walsch, J. (2023). Erfahrungen mit § 219-Beratung per Telefon oder Video.

- Sichtweisen von Klientinnen. *FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung*, 1, 68–75.
- Busch, U. (2017). Familienplanung im Wandel. Sexuelle und reproduktive Rechte am Beispiel der Schwangerschaftskonfliktberatung in Deutschland. In A. Klein & E. Tuidar (Hrsg.), *Sexualität und soziale Arbeit* (S. 164–190). Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.
- DAJEB – Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (2021). Fortbildungsreihe Gesprächsführung als Grundlage helfender Beratung für Mitarbeiter*innen in der familienbezogenen Beratung mit dem Schwerpunkt Beratung Schwangerer. <https://www.dajeb.de/fileadmin/dokumente/02-fort-und-weiterbildung/ausschreibung-gf-2021.pdf> (23.02.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023). Schwangerschaftsabbrüche. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html (30.04.2023).
- Donum vitae (2019). Beratungskonzept. https://www.donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Service/Downloads/Beratungskonzept_Dezember19_12te_Auflage.pdf (01.05.2023).
- Fisher, W.A., Singh, S.S., Shuper, P.A., Carey, M., Otchet, F., MacLean-Brine, D., Dal Bello, D. & Gunter, J. (2005). Characteristics of women undergoing repeat induced abortion. *Canadian Medical Association Journal*, 172(5), 637–641. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040341>
- Franz, J. (2012). Ein brisantes Dreiecksverhältnis. Pflichtberatung nach § 219 StGB im Erleben von Frauen und Beraterinnen. Unveröffentlichter Vortrag auf der Fachtagung der HS Merseburg.
- Franz, J. (2015). Beratung nach § 219 StGB – Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen*. (S. 257–277). Bielefeld: transcript.
- Helfferrich, C. (2013). Reproduktive Gesundheit. Eine Bilanz der Familienplanung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 56(2), 192–198. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1603-3>
- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38] Köln: BZgA.
- Hufendiek, S. (2015). Fortbildung in Schwangerschaftskonfliktberatung – SKB – Ausbildungskonzept. https://www.ezi-berlin.de/fileadmin/assets/Downloads/FB_SKB_Hu_April_2015_Juli_2016_download.pdf (23.02.2024).
- Ketting, E. & Praag, P. (1985). *Schwangerschaftsabbruch. Gesetz und Praxis im internationalen Vergleich*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT).
- Kuhl, J., Schwer, C. & Solzbacher, C. (2014). Professionelle pädagogische Haltung: Versuch einer Definition des Begriffes und ausgewählte Konsequenzen für Haltung. In C. Schwer & C. Solzbacher (Hrsg.), *Professionelle pädagogische Haltung. Historische, theoretische und empirische Zugänge zu einem viel strapazierten Begriff* (S. 107–120). Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Aufl. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa.

- Lammert, C. & Neumann, A. (2002). Kapitel 3: Beratungskriterien. Kriterium: Beraterische Kompetenzen. In C. Lammert, E. Cramer, G. Pingen-Rainer, J. Schulz, A. Neumann, U. Beckers, S. Siebert, A. Dewal & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychosoziale Beratung in der Pränataldiagnostik. Ein Praxishandbuch* (S. 70–71). Göttingen u. a.: Hogrefe.
- Loos-Hilgert, V. & Mackscheidt, E. (1998). Selbsterfahrung und Praxisbegleitung in einer Fortbildung für Beraterinnen in der Schwangerschaftskonfliktberatung. Ein Praxisbericht. *System Familie*, 11, 165–170.
- Maeffert, J. & Tennhardt, C. (2021). *Schwangerschaftsabbruch und gestörte Frühschwangerschaft*. Berlin: Springer.
- McCall, S. J., Flett, G., Okpo, E. & Bhattacharya, S. (2015). Who has a repeat abortion? Identifying women at risk of repeated terminations of pregnancy: analysis of routinely collected health care data. *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 42(2), 133–142.
- Meyer, E., Paczensky, S. v. & Sadrozinski, R. (1990). »Das hätte nicht noch mal passieren dürfen!«. *Wiederholte Schwangerschaftsabbrüche und was dahintersteckt. Eine Studie aus dem Familienplanungszentrum*. Hamburg. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Nierobisch, K. & Burkard, S. (2020). Professionelle Identität im Kontext rekonstruktiver Beratung: Widersprüche biographischer Haltung, Reflexivität und kritischen Anspruchs. In S. Benedetti, S. Lerch & H. Rosenberg (Hrsg.), *Beratung pädagogisch ermöglichen?! Bedingungen der Gestaltung (selbst-)reflexiver Lern- und Bildungsprozesse* (S. 11–27). Wiesbaden: Springer.
- pro familia (2015). *Schwangerschaftsabbruch. Was Sie wissen müssen – Was Sie beachten sollten*. 6. überarb. Aufl. Frankfurt a. M.: BZgA.
- pro familia (2017). Schwangerschaftsabbruch. Fakten und Hintergründe. <https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Schwangerschaftsabbruch/Hintergrund-Schwangerschaftsabbruch.pdf> (30.04.2023).
- pro familia (o. J.). Pearl-Index. <https://www.profamilia.de/themen/verhuetung/pearl-index> (30.05.2023).
- Rechnungshof Baden-Württemberg (2008). Auszug aus Denkschrift 2008 zur Haushalts- und Wirtschaftsführung des Landes Baden-Württemberg mit Bemerkungen zur Haushaltsrechnung für das Haushaltsjahr 2006. Beitrag Nr. 17 Leistungen an gesetzliche Krankenkassen bei Schwangerschaftsabbrüchen. Rechnungshof Baden-Württemberg. <https://www.rechnungshof.baden-wuerttemberg.de/media/974/B017-2008.pdf> (30.04.2023).
- Reutemann, I. (2007). Beratung als Pflicht. Schwangerschaftskonfliktberatung als Chance. Blätter der Wohlfahrtspflege. *Deutsche Zeitschrift für soziale Arbeit*, 3/2007, 104–107.
- Seithe, M. (2008). *Engaging. Möglichkeiten klientenzentrierter Beratung in der Sozialen Arbeit*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Biografische Notiz

Johanna Walsch ist Sozialarbeiterin und Sexualwissenschaftlerin. Sie war mehrere Jahre als Beraterin, Sexualpädagogin und Beratungsstellenleiterin in einer Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle tätig. Freiberuflich doziert die Autorin zu Themen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte.

Verhütung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen als Thema von Forschung und Beratung

Katrin Göppert

1 Einleitung

Keine Methode der Empfängnisverhütung kann eine ungewollte Schwangerschaft sicher verhindern – Verhütungspannen, Versagen der Verhütungsmethode oder Fehler bei der Anwendung verursachen unbeabsichtigte Schwangerschaften, die immer wieder in Abbrüche münden (vgl. Busch, 2020; siehe auch den Beitrag von Knittel & Olejniczak in diesem Band). Auch im Rahmen meiner eigenen Tätigkeit in der § 219-Beratung konnte ich feststellen, dass eine ungewollte Schwangerschaft viele Schwangere überrascht und auch schockiert – vor allem, wenn diese trotz Verhütung entstanden war.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit dem Zusammenhang von Verhütung und dem Eintritt von (ungewollten) Schwangerschaften sowie dem Einfluss eines Schwangerschaftsabbruchs auf die weitere Verhütung. Nachfolgend werden sowohl Forschungsergebnisse zum Thema Verhütung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen wie auch eigene Ergebnisse einer Sekundäranalyse von Interviewdaten der Studie »frauen leben 3« (vgl. Helfferich et al., 2016) vorgestellt.¹ Dazu wird in Kapitel 2 kurz das methodische Vorgehen der hier zugrunde liegenden Sekundäranalyse erläutert und in Kapitel 3 basierend auf dem Forschungsstand, aber auch ersten empirischen Ergebnissen Einblick in das Verhütungsverhalten vor einer ungewollten Schwangerschaft gegeben. Kapitel 4 widmet sich daran anschließend der Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs für das weitere Verhütungsverhalten mit einem Schwerpunkt auf die Einflussfaktoren Stigmatisierung, Scham, Verantwortung und soziale Normen. Mit meinem persönlichen Zugang möchte ich

1 Die umfassende Forschung von Prof. Dr. Cornelia Helfferich und dem Sozialwissenschaftlichen Forschungsinstitut zu Geschlechterfragen in Freiburg (SoFFI F.) bildet die Grundlage dieses Beitrags.

dann in Kapitel 5 eine doppelte Perspektiveinnahme vornehmen: einerseits einen empirischen Zugang zum Thema als Forscherin, andererseits einen Praxiszugang als Beraterin der § 219-Beratung in einer gesetzlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle – um basierend auf beiden Perspektiven am Ende des Beitrags einige Praxisableitungen anzuregen.

2 Methodisches Vorgehen

Der Beitrag basiert neben dem aktuellen Forschungsstand auf einer qualitativen Sekundäranalyse von zwölf biografischen teilnarrativen Interviews der »frauen leben 3«-Studie², die zwischen 2011 und 2020 geführt und anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2016) ausgewertet wurden.³ Die Stichprobe war sehr heterogen (siehe Tab. 1). Die Interviewten hatten zum Interviewzeitpunkt »jemals eine nicht beabsichtigte Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen« (Helfferich et al., 2016, S. 15). Bei acht Interviewten wurde die erste Schwangerschaft abgebrochen, bei vier Interviewten war es die zweite, dritte oder fünfte Schwangerschaft. Der Abbruch lag zwischen zwei und 14 Jahren zurück und die Interviewten waren zum Zeitpunkt des Abbruchs zwischen 17 und 39 Jahre alt. Das Interviewmaterial steht anonymisiert nach den Datenschutzrichtlinien des SOFFI F. zur Verfügung, die Fälle wurden von der Autorin nochmals durch die Vergabe weiblicher Vornamen pseudonymisiert.

Tab. 1: Stichprobenbeschreibung

Pseudonym, Alter bei Interview	Alter bei Abbruch	Erste Schwangerschaft abgebrochen?	Kinder zum Interview- zeitpunkt	Bildung
Bettina, 33	21	ja	1	Abitur, Ausbildung
Ella, 43	39	nein, dritte	2	Schulabschluss, zwei Ausbildungen
Fiona, 45	34	nein, fünfte	4	Abitur, Studienabschluss
Greta, 31	26	nein, dritte	2	Schulabschluss, Ausbildung

2 Näheres zu der »frauen leben 3«-Studie findet sich im Beitrag von Knittel & Olejniczak in diesem Band.

3 Die Sekundäranalyse fand im Rahmen einer Graduierungsarbeit an der Hochschule Merseburg statt.

Pseudonym, Alter bei Interview	Alter bei Abbruch	Erste Schwangerschaft abgebrochen?	Kinder zum Interview- zeitpunkt	Bildung
Hanna, 29	24	ja	0	Abitur, Studienabschluss
Ina, 24	17	ja	1	Hauptschulabschluss
Janina, 42	28	ja	1	Schulabschluss, zwei Ausbildungen
Kaya, 25	23	nein, zweite	1	Abitur, Ausbildung
Nora, 34	22	ja	0	Realschulabschluss, Ausbildung
Olivia, 31	17	ja	2	Realschulabschluss, keine Ausbildung
Paula, 27	17	ja	0	im Studium
Rana, 22	19	ja	0	im Studium

3 Verhütungsverhalten vor der ungewollten Schwangerschaft

Der Zusammenhang zwischen Verhütung und dem Eintreten ungewollter Schwangerschaften wird in der Forschung unter vier Gesichtspunkten betrachtet: (1) dem Scheitern von Verhütung trotz Anwendung sicherer Methoden, (2) der Anwendung explizit unsicherer Methoden, (3) dem freiwilligen und unfreiwilligen Verzicht auf Verhütung und (4) den Risikofaktoren für unsichere oder misslingende Verhütung. Alle vier Aspekte werden im Folgenden näher beleuchtet.

3.1 Scheitern der Verhütung trotz Anwendung sicherer Verhütungsmethoden

Die Gründe für das Entstehen einer ungewollten Schwangerschaft im Hinblick auf den Aspekt Verhütung sind vielfältig. Ungewollte Schwangerschaften entstehen nicht nur, wenn nicht verhütet wird, sondern auch immer wieder durch misslingende Verhütung. So gaben in einer Studie zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen 65 % an, dass sie bei dem Geschlechtsverkehr, der zur Zeugung führte, mit Pille und/oder Kondom verhütet hatten (vgl. Matthiesen et al., 2009).

Im Rahmen der Studie »frauen leben 3« wurden subjektive Erklärun-

gen für unter Verhütung eingetretene Schwangerschaften von Betroffenen und Expert*innen der § 219-Beratung zusammengestellt und in drei Kategorien unterteilt (vgl. Helfferich et al., 2016). Diese werden im Folgenden näher erläutert und mit Beispielen aus der Sekundäranalyse unterlegt.

Die erste ist die »Feststellung der Unerklärlichkeit« (ebd., S. 128), wenn Betroffene keine Hinweise für das Versagen einer Methode erkennen, zum Beispiel wenn eine Schwangerschaft trotz (angeblich) korrekter Kondomanwendung eintrat (vgl. ebd.). In den analysierten Interviews berichtet beispielsweise Kaya, die mit Pille und Kondom verhütet hat, sich die ungewollte Schwangerschaft nicht erklären zu können. Paula hat mit Kondom verhütet und ebenfalls keine Verhütungspanne bemerkt. Bettina hat mit der als sehr sicher geltenden Kupferspirale verhütet und es war ebenfalls kein Methodenversagen, wie beispielsweise eine falsche Position der Spirale, erkennbar. Sie und ihr Partner wurden jedoch »eines Besseren belehrt, dass man doch nicht auf so ein Ding vertrauen kann« (Bettina, Abs. 8).

Die zweite Kategorie beinhaltet »Erklärungen über einen Fehler der Methode« (Helfferich et al., 2016, S. 128), auf den die Betroffenen keinen Einfluss hatten. Dazu zählt beispielsweise das Verrutschen einer Spirale. Die Abgrenzung zur ersten Kategorie ist dabei vor allem durch eine medizinische Einschätzung über das Versagen zu ziehen.

Die dritte Kategorie stellt »Erklärungen über fehlerhafte bzw. unregelmäßige Anwendung der Methode« (ebd., S. 128) zusammen. Anwendungsfehler können in der unpünktlichen Einnahme der Pille liegen (vgl. BZgA, 2018), der falschen Anwendung des Kondoms oder auch dem Fehlen der für die Kondomnutzung notwendigen Kommunikationskompetenz. Auch bei anderen Methoden sind zahlreiche weitere Anwendungsfehler zu erwähnen, beispielsweise bei einem Hormonring die zu späte oder falsche Anwendung oder bei der natürlichen Familienplanung Mess-, Beobachtungs- oder Auswertungsfehler.

In der Sekundäranalyse können vier Interviewte, die zwar mit als sicher geltenden Methoden verhütet haben, Gründe für das Versagen der Verhütung erkennen. Hanna, Ina und Rana haben zum Zeitpunkt der Konzeption mit der Pille verhütet und sehen eigene Einnahmefehler. Hanna schildert eine fehlende Zuverlässigkeit bei der Einnahme in einer »Zeit, in der ich grundsätzlich nicht sehr achtsam mit mir umgegangen bin, viel getrunken habe, viel weggegangen bin, viel Sex mit fremden Männern hatte« (Hanna, Abs. 48).

Auch bei Ina war das Problem das Vergessen der regelmäßigen Einnahme:

»Ich habe die Pille genommen, das Problem war nur, dass ich sie zwei Mal vergessen hatte und dann wirkt sie ja nicht mehr und da habe ich auch nicht mehr daran gedacht, das ist mir dann erst eingefallen, als ich erfahren habe, dass ich schwanger bin« (Ina, Abs. 48).

Nora hingegen hatte die Pille zwar regelmäßig eingenommen, jedoch kurz vor der Konzeption zu einem anderen Präparat gewechselt. Dass der Wechsel zwischen zwei Verhütungsmethoden eine anfällige Zeit ist für die Gefahr, ungewollt schwanger zu werden, zeigt auch die Studie zur »Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter« (vgl. Franz & Matthiesen, 2017, S. 186).

3.2 Anwendung explizit unsicherer Verhütungsmethoden

Zu den unsicheren Verhütungsmethoden zählt der sogenannte Coitus interruptus, was auch der Pearl-Index von 4 bis 22 belegt (vgl. BZgA, 2019)⁴. Die auch als Kalendermethode bezeichnet Knaus-Ogino-Methode, bei der rein rechnerisch die fruchtbare Zeit im Zyklus bestimmt wird, gilt ebenfalls als unsichere Verhütungsmethode (Pearl-Index 5 bis 20), da der Eisprung unerwartet auch früher oder später als nach der Berechnung auftreten kann (vgl. ebd.). »frauen leben 3« beschäftigte sich mit der Frage, wieso Menschen mit diesen als unsicher deklarierten Verhütungsmethoden verhüten (vgl. Helfferich et al., 2013). Dies kann in Situationen auftreten, wenn sichere Verhütungsmethoden aufgrund von Zeit- oder Geldmangel nicht verfügbar sind. Ein weiterer Grund, nicht zu verhüten, kann an einer Unzufriedenheit mit den vorhandenen Methoden liegen. Situative Faktoren wie fehlende Kommunikation, sexualisierte Gewalt oder Geschlechtsverkehr in »Situationen, die kognitiv wenig zugänglich bzw. unerwartet waren« (ebd., S. 26), stellen weitere Gründe dar.

4 Zum Vergleich der Pearl-Index beim Kondom: 2 bis 12, was bedeutet, dass von 100 Personen, die ein Jahr mit Kondom verhüten, zwischen zwei und zwölf schwanger werden und bei der Pille 0,1 bis 0,9 (BZgA, 2019, o.S.).

In den sekundäranalisierten Interviews berichtet beispielsweise Janina von einer solchen unsicheren Verhütungsmethode. Sie hatte durch die Wahrnehmung ihrer Körperzeichen angenommen, bereits einen Eisprung gehabt zu haben, denn sie schildert ihr gutes Körperbewusstsein und die dadurch von ihr angenommene sichere Bestimmung des fruchtbaren Zeitfensters: »Ich habe immer ein gutes Verhältnis auch zu meinem Körper gehabt [...] und habe dann auch wirklich gewusst, wenn ich meine fruchtbaren Tage hatte« (Janina, Abs. 42).

3.3 (Un-)Freiwilliger Verzicht auf Verhütung: *unmet need*

Der Begriff *unmet need* beschreibt das Phänomen der unterlassenen Verhütung trotz vorhandener sexueller Interaktion ohne Schwangerschaftsabsicht, die zu einer ungewollten Schwangerschaft führen könnte (vgl. Helfferich et al., 2016). 4,2 % aller Befragten der Studie »frauen leben 3« verhüten zum Zeitpunkt der Befragung nicht, obwohl ein Bedarf besteht, weil sie nicht schwanger werden wollen (vgl. ebd.).

Motive für die Nicht-Anwendung von Verhütung sind das Spielen mit dem ambivalenten Kinderwunsch und damit einhergehender Leichtsinn, individuelle und strukturelle Hürden wie finanzielle Aspekte, Schwierigkeiten beim Zugang, gesundheitliche Aspekte, Absetzen der alten Methode mit Wechselwunsch ohne konkreten Plan, Nebenwirkungen, Verhütungsmüdigkeit und das Fehlen einer passenden Methode (vgl. Helfferich et al., 2021; siehe auch den Beitrag von Knittel & Olejniczak in diesem Band). Berater*innen schildern im Rahmen einer Expertise im Auftrag der BZgA als Ursache der Nichtanwendung von Verhütung auch fehlendes oder nicht ausreichendes Wissen, insbesondere bei Migrant*innen durch einen strukturell schlechteren Zugang (vgl. Busch, 2009). Außerdem können Mythen, wie die irrtümliche Annahme, dass eine Schwangerschaft während der Stillzeit nicht möglich sei, zu einer Risikoverdrängung führen (vgl. ebd.).

Von so einem Mythos berichtet im Interview aus der Sekundäranalyse auch Fiona: »Sicher hatte ich da schon wieder Sex, aber ich habe gestillt und ja, also es wird ja immer gesagt, das geht gar nicht und ja, aber [...] wie gesagt, es geht natürlich« (Fiona, Abs. 74).

Olivia begründet den Verzicht auf Verhütung mit einer kurzen Beziehungsdauer, denn da hat sie sich »nicht so richtig Gedanken in dem

Moment über so Verhütung gemacht und so, wie das halt auch mal so passiert in dem Alter« (Olivia, Abs. 189).

Ein weiterer Grund, nicht oder nicht sicher zu verhüten, ist das spontane Zustandekommen von Geschlechtsverkehr, bei dem rationale Abwägungen bezüglich Verhütung untergeordnet sind. Wurde dann davor nicht über Verhütung kommuniziert, kann die Anwendung von Verhütungsmitteln schwierig werden. So ist beispielsweise bei Fiona der Geschlechtsverkehr, bei dem nicht verhütet wurde, aus Petting heraus »eher nebenbei« (Fiona, Abs. 38) entstanden.

3.4 Risikofaktoren für misslingende oder unterlassene Verhütung

Verschiedene statistische Risiken können als Risikofaktoren identifiziert werden, welche die Wahrscheinlichkeit für misslingende oder unterlassene Verhütung erhöhen. Schweiger (2015) zählt verschiedene Gründe für Anwendungsfehler auf, die sich mit den Erklärungsansätzen für *unmet need* überschneiden (siehe Kap. 3.3). Generell bergen bestimmte Lebensphasen wie Trennungsphasen, die Zeit nach einer Geburt und während der Stillzeit oder auch partnerlosen Phasen ein höheres Risiko, ungewollt schwanger zu werden. Denn in diesen Phasen kann Sexualität eher Spontancharakter zugeschrieben werden. Zudem ist die Kommunikation über Verhütung in diesen Zeiten schwieriger (vgl. ebd.).

Das Risiko von spontanem Geschlechtsverkehr ist damit zu erklären, dass »sichere Verhütung [...] Planungskonsistenz [braucht], die bei gelebter Sexualität in ihrer Spontanität nicht immer gegeben sein kann« (Busch, 2020, S. 126.). Gewalterleben in der Paarbeziehung ist ein weiterer Risikofaktor für eine unsichere Verhütung mit Anwendungsfehlern (vgl. ebd.; siehe dazu auch den Beitrag von Brzank, Jepsen, Nowak, Winter, Engelhard, Schneider, Pfeifer, Seeberg & Ulrich in diesem Band). Das fehlende Wissen zu möglichen Anwendungsfehlern stellt einen weiteren Risikofaktor dar. So kann zum Beispiel zu wenig Kenntnis über die eigene Fruchtbarkeit und die des Partners zu einer falschen Einschätzung der Wirksamkeit der angewandten Methode führen (vgl. ebd.).

Schweiger (2015) geht davon aus, dass auch unbewusste Gründe zu Anwendungsproblemen führen können. In Trennungssituationen kann »fehlende Verhütung bzw. eine ungewollte Schwangerschaft ein unbewusster Versuch [sein], die Beziehung zum Partner zu retten« (ebd., S. 236). Eine

ungewollte Schwangerschaft kann auch unbewusst die »Ablösung von der Herkunftsfamilie [symbolisieren]« (ebd.).⁵

Des Weiteren gibt es altersspezifische Risikofaktoren ungewollter Schwangerschaft in Zusammenhang mit der Verhütung, wie die Auswertung der »frauen leben 3«-Daten aufzeigt (vgl. Helfferich et al., 2016). Im Alter von unter 25 Jahren kommt es aufgrund von Unerfahrenheit und noch nicht konsolidierten Partnerschaften zu Verhütungsrisiken, auch wenn die Verhütung überwiegend gut ist. Im Alter von 25 bis 34 Jahren tragen vor allem finanziell schlecht gestellte Frauen ein Verhütungsrisiko, da eine sichere Verhütung mit der Methode der Wahl nicht immer finanzierbar ist. Die Gruppe der über 34 Jahre alten Frauen hat ein spezifisches Risiko durch eine falsche Einschätzung der eigenen Fertilität.

Matthiesen et al. (2009) benennen in ihrer Studie »Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen« soziale Benachteiligung (eigene Schulbildung, Schulbildung des Partners, Arbeitslosigkeit der Eltern) als weiteren Risikofaktor für eine nachlässige oder fehlende Verhütung. In nicht egalitären Paar- oder Sexualbeziehungen mit einem Machtungleichgewicht können die Verhandlungsmöglichkeiten der Frau eingeschränkt sein – Drängeln oder Zwang wird eher nachgegeben, denn die Selbstbestimmung, Durchsetzungs- und Handlungsfähigkeit wird hierdurch beeinflusst (vgl. ebd.). Bei jungen Menschen spielt außerdem die geringe Erfahrung eine große Rolle – so schlussfolgern Matthiesen et al. (2013) in ihrer Befragung minderjähriger Schwangerer, dass Verhütung ein Bereich der Sexualität ist, in dem zunächst Erfahrungen gesammelt und damit einhergehend eine gewisse Routine entwickelt werden muss, um die Gefahr von Verhütungspannen zu minimieren (ebd., S. 62; siehe auch den Beitrag von Matthiesen & Petri in diesem Band).

4 Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs für die weitere Verhütung

Ungewollte Schwangerschaft ist eine Folge gelebter heterosexueller Sexualität, mit der individuell und paarbezogen umgegangen werden muss

5 Auf weitere innerpsychische Widerspruchsthematiken, wie beispielsweise das Spielen mit einem ambivalenten Kinderwunsch als Prädiktor für unterlassene oder misslingende Verhütung, kann an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden (ausführlicher hierzu Helfferich et al., 2021).

(vgl. pro familia, 2006). Wie letztlich ein Schwangerschaftsabbruch in die Biografie integriert wird, ist von vielen Faktoren abhängig (vgl. Schweiger, 2015) und kann auch Auswirkungen auf die weitere Verhütung haben. Zugleich gibt es bislang wenig Forschung dazu, wie sich ein Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon auf die weitere Verhütungsbiografie auswirkt.

4.1 Verhütung nach dem Schwangerschaftsabbruch

Eine US-amerikanische empirische Studie kam zu dem Ergebnis, dass 80 % der teilnehmenden Frauen spätestens drei Wochen nach ihrem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester wieder eine Ovulation hatten (vgl. Schreiber et al., 2011; zit. n. Maeffert & Tennhardt, 2021, S. 33). Eine andere Studie zeigte, dass mehr als die Hälfte der befragten Frauen bereits im Laufe von zwei Wochen nach dem Schwangerschaftsabbruch wieder Geschlechtsverkehr hatte (vgl. Gemzell-Danielsson et al., 2014, S. 53). Auch in der Studie zur Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter gab keine der Studentinnen eine längere Phase sexueller Inaktivität nach dem Schwangerschaftsabbruch an (vgl. Franz & Matthiesen, 2017). Deshalb gibt es meist bereits direkt nach dem Schwangerschaftsabbruch erneuten Verhütungsbedarf.

Verschiedene gynäkologische Studien kamen darüber hinaus zu dem Ergebnis, dass Verhütung und damit die Prävention weiterer ungewollter Schwangerschaften nach einem Schwangerschaftsabbruch signifikant effektiver ist, wenn ungewollt Schwangere bereits im Rahmen des Abbruchs in Bezug auf die weitere Verhütung konkret mit Verhütungsmethoden versorgt werden (vgl. Gemzell-Danielsson et al., 2014). So können nach dem operativen wie auch medikamentösen Schwangerschaftsabbruch alle Verhütungsmittel angewendet werden (vgl. Maeffert & Tennhardt, 2021) und die Kupferspirale, Kupferkette oder Hormonspirale können zudem im Rahmen des operativen Abbruchs direkt eingesetzt werden (vgl. ebd.).

Dafür muss allerdings die Verhütungsberatung vor dem Abbruch erfolgen und unmittelbar nach dem Abbruch mit der Anwendung des gewählten Verhütungsmittels begonnen werden.

Es gibt jedoch auch Untersuchungen, die den Einfluss einer Verhütungsberatung vor dem Abbruch auf die weitere Verhütung nach dem Abbruch anzweifeln (vgl. Kavanaugh et al., 2011). Eine qualitative Studie aus dem Vereinigten Königreich zeigt beispielsweise auf, dass ungewollt Schwan-

gere im Rahmen des Schwangerschaftsabbruchs Probleme hatten, während der kurzen Termine (in der Beratung bzw. bei Ärzt*innen) Informationen zu Verhütung aufzunehmen und zu verarbeiten, da sie während dieser Termine aufgrund des anstehenden Schwangerschaftsabbruchs unter Druck standen (vgl. Kumar et al., 2004; zit. n. Kavanaugh et al., 2011).

Für Deutschland empfiehlt die S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG): »Die Verhütungsberatung soll die Basis einer informierten Entscheidung für die Auswahl der von der Frau präferierten Methode sein« (DGGG, 2023, S. 121). Inhalt der Beratung sollen auch Gründe für das Scheitern der Verhütung oder die fehlende Nutzung sein, ohne dass jedoch Druck aufgebaut oder bewertet wird. Dabei gilt insbesondere, dass auch eine »Entscheidung, keine Verhütungsmethode anzuwenden, [...] respektiert werden« soll (ebd.). Die Leitlinie empfiehlt zudem, dass »die Initiierung von Verhütung« (ebd.) unmittelbar nach dem Abbruch angeboten werden soll. Des Weiteren ist die Verhütung effektiver, wenn danach reversible Langzeitverhütungsmethoden genutzt werden (vgl. Gemzell-Danielsson et al., 2014).

Das Thema Empfängnisverhütung wird zudem im Rahmen der medizinischen und psychosozialen Versorgung zu einem Schwangerschaftsabbruch immer wieder thematisiert. Auf die Verhütungsberatung im Rahmen der gesetzlich vorgeschriebenen § 219-Beratung wird in Kapitel 5 eingegangen.

Auch die Interviewten der hier zugrunde liegenden Sekundäranalyse schreiben dem Schwangerschaftsabbruch eine Bedeutung für ihre weitere Verhütungsbiografie zu. Die genaue Bedeutung des Abbruchs für die weitere Verhütungsbiografie wird von verschiedenen Einflussfaktoren bestimmt und muss immer multiperspektivisch betrachtet werden. Insbesondere die Art des Versagens der Verhütung bei Konzeption (fehlende Verhütung, Verhütungspanne, keine Erklärung), soziodemografische Faktoren sowie der Zeitpunkt des Abbruchs in der Biografie sollten beachtet werden. Die in Abbildung 1 aufgezeigten Faktoren stellen ohne Anspruch auf Vollständigkeit eine erste Übersicht der verschiedenen Faktoren als Ergebnis der Sekundäranalyse der Interviews dar.

Die Ergebnisse zeigen auf, dass der Abbruch bei manchen Personen direkte Konsequenzen im Verhütungsverhalten nach sich zieht (siehe Kap. 4.2). Die Zuschreibung der Bedeutung des Abbruchs für die eigene Verhütungsbiografie kann sich im Laufe der Zeit verändern. Deutlich wird



Abb. 1: Faktoren der Bedeutung des Schwangerschaftsabbruchs für das Verhütungsverhalten; eigene Darstellung

jedoch auch, dass der Abbruch manchmal erst durch weitere Erfahrungen in der reproduktiven Biografie eine Bedeutung für das eigene Verhütungsverhalten erfährt.

4.2 Konkrete Veränderungen des Verhütungsverhaltens durch den Abbruch

Die Studie von Matthiesen et al. (2009) zu Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen zeigt auf, dass »für die meisten jungen Frauen Schwangerschaft, die Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch und der Abbruch selbst einschneidende und [für] sie bewegende Ereignisse [sind]« (ebd., S. 139). Dies verdeutlichen auch die Angaben zu den Veränderungen im Verhütungsverhalten in der eben genannten Studie. Von den 53 Befragten, die nach dem Abbruch Geschlechtsverkehr mit einem Mann hatten, haben 38 sicherer als vorher und mit anderen Verhütungsmitteln verhütet. Weitere 15 Befragte verhüteten zwar immer noch mit der Pille wie bereits zuvor, hatten sich aber »oft ausdrücklich eine größere Sorgfalt« vorgenommen, um weitere Verhütungspannen zu verhindern (ebd., S. 146). Insgesamt zeigen die Daten eine hohe Relevanz von hormonellen Verhü-

tungsmethoden, da der Großteil (49 von 53) der hier Befragten hormonell verhütet, wovon jedoch nur sieben von 53 hormonelle Langzeitmethoden verwenden, was sich vermutlich durch das junge Alter der Teilnehmenden erklären lässt. 13 der 53 Befragten verhüten nach dem Abbruch zusätzlich mit Kondom, um die Verhütungssicherheit zu erhöhen (vgl. ebd.). Die Autor*innen der Studie sprechen resümierend von einer »enormen Zunahme an Sorgfalt und Sicherheit – zumindest wenige Wochen nach einem Abbruch« (ebd., S. 146), werfen jedoch auch die Frage auf, ob dieses veränderte und sicherere Verhütungsverhalten über einen längeren Zeitverlauf anhalten wird.⁶ Trotz des verbesserten Verhütungsverhaltens hatte die Mehrheit der Befragten Angst vor einer erneuten Schwangerschaft, denn »ihre Erfahrung hat das Risiko konkret und real gemacht« (ebd., S. 143).

Eine große nationale Studie zu Schwangerschaftsabbruch in Frankreich mit Daten eines Samples von insgesamt 7.541 Frauen kam zu dem Ergebnis, dass ein Drittel nach dem Abbruch die gleiche Verhütungsmethode nutzte, 54 % eine effektivere Methode nutzen als vor dem Abbruch und 14 % eine weniger effektive oder gar keine Verhütungsmethode anwandten (vgl. Moreau et al., 2010). Insgesamt ist nach dem Schwangerschaftsabbruch ein Anstieg in der Anwendung sehr effektiver Verhütungsmethoden (IUD, hormonelle Methoden) zu erkennen (vgl. ebd.).

Das Verhütungsverhalten wurde auch von allen Befragten der Studie »Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter« nach dem Abbruch verändert, durch den Wechsel zu einer hormonellen Verhütungsmethode oder zur kombinierten Anwendung von Kondom und einer weiteren Verhütungsmethode, um die Sicherheit zu erhöhen (vgl. Franz & Matthiesen, 2017). Die Befragten schilderten ein »konsequenteres und sorgfältigeres Verhütungsverhalten, mit dem sie sich gegen eine weitere ungeplante Schwangerschaft absichern, die sie mit allen Mitteln verhindern wollen« (ebd., S. 190).

In der vorliegenden Sekundäranalyse haben zehn der zwölf Interviewten ihr Verhütungsverhalten nach dem Schwangerschaftsabbruch angepasst und Veränderungen des Verhütungsverhaltens vorgenommen, um ihr stärkeres Sicherheits- und Planungsbedürfnis zu erfüllen. Überwiegend wird geschildert, dass die Verhütung nun auf stärkerer Sicherheit und Planung

6 Die Interviewten, die vor dem 18. Geburtstag schwanger wurden und die Schwangerschaft abgebrochen haben, wurden zwei bis drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch befragt (vgl. Matthiesen et al., 2009, S. 35ff.).

beruhe, und betont, dass sie nun »halt vorsichtiger sein« (Ina, Abs. 120) müssen, denn »sowas sollte nicht nochmal passieren« (Fiona, Abs. 95). Greta begründet ein stärkeres Sicherheitsbedürfnis bei der Verhütung wie folgt: »Da passt man dann schon auf und nochmal will man das nicht machen müssen. Nee nee, einmal reicht als Erfahrung, nein, also das ist dann Verantwortung übernehmen für das, was ist« (Greta, Abs. 110).

Dieses stärkere Sicherheitsbedürfnis wurde beispielsweise umgesetzt durch eine verbesserte und bewusstere Anwendung der bisherigen Methode, einen Methodenwechsel, zeitweise sexuelle Abstinenz nach dem Abbruch, bessere Planung sowie eine intensivere Auseinandersetzung mit Verhütung. Auch eine Doppelnutzung von Verhütungsmethoden (meist das Kondom neben einer weiteren Methode) kam für viele infrage. Die Interviewte Paula begründet dies folgendermaßen: »Doppelt hält halt eben besser und ich habe für mich halt den Fehler zugestanden, dass ich eben mich drauf verlassen habe, dass Kondome nun funktionieren, und den Fehler mache ich jetzt aber definitiv nicht mehr« (Paula, Abs. 23).

Einige wechselten zu langfristigeren Methoden wie der Spirale oder der Sterilisation der Interviewten oder der Partner. Hatten die Interviewten bereits ein Kind bzw. Kinder, wurden häufiger Sterilisationen sowie Langzeitverhütungsmethoden erwogen, auch wenn dies mit der allgemeinen Zunahme von Langzeitverhütung nach abgeschlossener Familienplanung und mit höherem Alter zusammenhängt (vgl. pro familia, 2019). Greta führt dazu aus:

»Nach der Abtreibung wollte ich mich eigentlich ja sterilisieren lassen, so vielleicht als Bestrafung, ich weiß es nicht, ich habe gesagt, ich bin es eigentlich nicht wert, nochmal Mutter zu sein, weil ich habe immer gesagt, wie kann man ein Kind abtreiben, das gibt es doch gar nicht, das kann man nicht machen« (Greta, Abs. 86).

Für Greta scheint dies besonders stark mit ihren Schuldgefühlen und moralischen Bedenken zusammenzuhängen, die zu einem nachträglichen Bedürfnis nach Verantwortungsübernahme durch eine endgültige Sterilisation führen, da sie sich selbst nicht mehr berechtigt sieht, noch einmal schwanger zu werden bzw. ein Kind zu bekommen. Letzten Endes hat sich der Partner sterilisieren lassen, was aufzeigt: Ideen bezüglich des zukünftigen Verhütungsverhaltens können sich im Laufe der Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs verändern.

Auch Verhütungsmethoden, die zuvor abgelehnt wurden, wie beispielsweise hormonelle Verhütung, kamen für eine Interviewte, die trotz einer korrekt sitzenden Kupferspirale schwanger wurde, wieder infrage. Denn Bettina schildert einen großen Vertrauensverlust in nicht-hormonelle Verhütungsmethoden: »Das war dann ja so ein Schocker halt eben für uns, dass wir überhaupt kein Vertrauen mehr in so Verhütungsmethoden hatten, dass wir gesagt haben, okay dann nehmen wir doch lieber die Hormondosis in Kauf« (Bettina, Abs. 10).

Für Ina stellt der Abbruch insgesamt eine große Lebensveränderung dar. Sie beschreibt ihn als den »Zeitpunkt meiner Hundertachtziggraddehnung« (Ina, Abs. 46), denn sie dachte, dass sie

»richtig Scheiße gebaut habe, weil ich hätte natürlich auch gucken müssen wegen der Verhütung und so weiter, aber ich glaub in dem Moment war ich einfach so berauscht oder ich weiß es auch nicht, dass ich da nicht dran gedacht habe, und ab da hab ich eigentlich immer wirklich gut aufgepasst« (ebd.).

Von Wünschen nach besserer Informiertheit, handlungsorientiertem Wissen und der Auseinandersetzung mit praktischen Anwendungsrisiken als Konsequenz des Abbruchs berichten ebenfalls einige der Interviewten.

4.3 Selbststigmatisierung, Scham und die soziale Norm der Verantwortung

Die Veränderung im Verhütungsverhalten nach dem Abbruch kann durch diverse Aspekte motiviert sein (siehe Abb. 1). Auf die drei Aspekte Selbststigmatisierung, Scham und die soziale Norm der Verantwortung soll im Folgenden näher eingegangen werden.

Selbststigmatisierung

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse zeigen auf, dass die Angst vor Stigmatisierung unter den Befragten groß ist. Aufgrund von negativen Bewertungserfahrungen wird der Abbruch von einigen Interviewten zur Vermeidung von Stigmatisierung tabuisiert. So erlebte beispielsweise Ina Stigmatisierung in der eigenen Familie und berichtet: »[N]atürlich habe ich voll den

Anschiss kassiert, warum ich nicht verhütet habe« (Ina, Abs. 58). Das »natürlich« zu Beginn des Satzes impliziert, dass sie die Kritik an der Verletzung der sozialen Norm der sicheren Empfängnisverhütung und damit auch eine Stigmatisierung erwartet hatte.

Es lässt sich die Hypothese aufstellen, dass das (befürchtete) Stigmatisierungserleben und die Selbststigmatisierung auch die weitere Verhütung nach dem Abbruch beeinflussen können. Denn ein Schwangerschaftsabbruch widerspricht der Norm der sicheren Verhütung, wodurch Betroffenen ein Stigma oder Merkmal anheftet oder sie dieses antizipieren.

Scham

Einige der Interviewten zeigen einen schambehafteten Umgang mit dem Abbruch und der nicht erfolgreichen Verhütung. Scham entsteht, »wenn man das Gefühl hat, bestimmten Werten, Normen, Regeln oder Ansprüchen nicht gerecht geworden zu sein« (Wirtz, 2013, S. 1354). Die Scham zeigt sich bei den Interviewten in der eigenen Selbstabwertung, da sie die durch andere zugeschriebene Schuld an der misslungenen Verhütung oder dem Abbruch anerkennen.

Die soziale Norm der Verantwortung

Foltys (2014) beschreibt den »rationale[n], planvolle[n] und damit verantwortungsbewusste[n] Umgang mit Sexualität« (ebd., S. 66) sowie eine sichere Verhütung als soziale Norm. Verstärkt wird dieses Leitbild durch die Regelung des Schwangerschaftsabbruchs im Strafgesetzbuch. Außerdem gilt:

»Fehlende Planung führt zunehmend zu gesellschaftlicher Missbilligung und wird mit Etikettierungen wie naiv, irrational, verantwortungslos versehen. In der Folge entsteht eine Logik, nach der die Konsequenzen für ausgebliebene Planung oder diesbezügliche Fehleinschätzungen dem Individuum als eigene Schuld zugeschrieben werden. Nicht-Berechenbarkeit wird negiert (vgl. Beck-Gernsheim, 2000)« (Foltys, 2014, S. 66).

Gescheiterte oder fehlende Verhütung wird negativ bewertet, beispielsweise bezeichnete die Interviewte Hanna dies als »dumm« (Hanna, Abs. 42). Greta begründet ihre nach dem Abbruch nun sehr sichere Ver-

hütung als »Verantwortung übernehmen« (Greta, Abs. 110). Es ist jedoch zu beachten, dass Verhütungsverantwortung im Zusammenhang mit einem Schwangerschaftsabbruch meist den Schwangeren zugeschrieben wird, auch von ihnen selbst.

Die Ergebnisse der Sekundäranalyse zeigen Veränderungen im Verhütungsverhalten, die auf mehr Sicherheit und Planung beruhen. Zu diskutieren wäre, ob diese tatsächlich durch eigene intrinsische Bedürfnisse motiviert sind. Es kann argumentiert werden, dass es vor allem die erlebte und befürchtete Stigmatisierung, die Selbstabwertung des eigenen Verhaltens und das daraus resultierte Schamempfinden basierend auf der genannten Norm sind, die eine Entwicklung hin zu mehr Sicherheit in der Verhütungsbiografie auslösen. Denn ein weiterer Schwangerschaftsabbruch könnte aus Sicht der Interviewten eine noch größere Scham und Stigmatisierung auslösen. Diese »normative Verurteilung wiederholter Schwangerschaftsabbrüche« (Böhm, 2020, S. 132) zeigte sich zum Beispiel in einer Studie zu wiederholten Schwangerschaftsabbrüchen: Bei Gynäkolog*innen stoßen diese auf Skepsis und Vorwürfe, während bei dem ersten Schwangerschaftsabbruch weitaus mehr Verständnis aufkommt (vgl. Meyer et al., 1990; siehe auch den Beitrag von Walsch in diesem Band).

Insgesamt zeigte sich: Die Eigenbewertung des Schwangerschaftsabbruchs und Verhütungsversagens, das Schamerleben und die daraus resultierende Selbststigmatisierung scheinen mit Blick auf die Bedeutung des Abbruchs für das weitere Verhütungsverhalten der Interviewten relevanter zu sein als konkrete Stigmatisierungserfahrungen.

5 Impulse für die § 219-Beratung

Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz soll die psychosoziale § 219-Beratung »auf Wunsch der Schwangeren auch über Möglichkeiten, ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden« informieren (§ 5 Abs. 2 Satz 3 SchKG). Auch in der Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch wird die Verhütungsberatung vor und unmittelbar nach dem Abbruch sowie die konkrete Versorgung mit Verhütungsmethoden empfohlen (vgl. DGGG, 2023). Dieses Beratungsangebot ist relevant, da ohne qualitativ hochwertige, diskriminierungsfreie und niedrigschwellige Verhütungsberatung »viele der sexuellen und reproduktiven Rechte [...] unter Umständen gar nicht oder nur bedingt umgesetzt werden« (Caesar, 2019, S. 15).

In qualitativen Interviews mit Expert*innen aus dem beratenden und medizinischen Bereich wurde geschildert, dass im Rahmen einer § 219-Beratung häufig eine Verhütungsberatung angeboten oder sogar durchgeführt wird (vgl. Busch, 2009). Allerdings ist dabei zu beachten, dass die Umsetzung dieser sehr stark vom tatsächlichen Interesse und Bedarf der Klientin abhängig gemacht wird (vgl. ebd.). Einige Klient*innen schätzen ausführliche Gespräche über Verhütung, während andere das Thema lieber mit ihrem Arzt oder ihrer Ärztin besprechen. Manche sind nicht offen dafür, da andere Aspekte wie der anstehende Schwangerschaftsabbruch oder die Entscheidungsfindung Priorität haben (vgl. ebd.). Offen bleibt, ob die Durchführung einer Verhütungsberatung im Kontext einer § 219-Beratung eher dem Präventionswunsch der Berater*innen entspricht oder tatsächlich aus dem Informationsbedürfnis der Klient*innen resultiert (vgl. ebd.).

Auch die empirischen Befunde dieses Beitrags weisen in dieser Hinsicht Limitationen auf, denn sie können nicht aufzeigen, wie sich die § 219-Beratung spezifisch auf die weitere Verhütung auswirkt bzw. welche Bedeutung der Verhütungsberatung in diesem Zusammenhang insgesamt zukommt. Hier sind weitere Untersuchungen notwendig, um Forschungslücken zu füllen. Zugleich decken sich die Ergebnisse der Forschung mit den Erfahrungen meiner eigenen beruflichen Beratungspraxis, indem sie die Vielfältigkeit an Faktoren, Themen und individuellem Erleben aufzeigen.

Was lässt sich nun konkret fachlich für die Verhütungsberatung im Rahmen der § 219-Beratung ableiten?

Zunächst sollte das Wissen rund um Verhütung nach einem Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich in die Qualifizierung von Schwangerschaftskonfliktberater*innen einfließen, damit ungewollt Schwangere kompetent und der Situation entsprechend beraten werden können. Es muss eine bedarfsgerechte, qualitativ hochwertige und umfassende Vermittlung von Informationen zu Schwangerschafts- und Zeugungsverhütung stattfinden.

Im Anschluss an die meist einmalige Beratung vor einem Abbruch sollten konsequent weitere Termine angeboten werden, da Klient*innen in der § 219-Beratung – und vor einem Schwangerschaftsabbruch – eventuell Schwierigkeiten haben, Informationen aufzunehmen, zum Beispiel aufgrund einer potenziell belastenden Lebenssituation oder der emotionalen Beschäftigung mit der Entscheidungsfindung. Zugleich ist es wichtig, die Freiwilligkeit zu beachten, das Angebot einer Verhütungsberatung anzunehmen oder abzulehnen.

Das Verhütungsverhalten sowohl vor als auch nach dem Schwangerschaftsabbruch ist von Berater*innen nicht zu bewerten, denn diese sollen bei einem selbstbestimmtem Verhütungsverhalten unterstützen. Berater*innen müssen sich der sozialen Normen zu Verhütung bewusst sein, um sie nicht versehentlich in ihre Beratungen einfließen zu lassen und damit die Klient*innen zu stigmatisieren. Dafür ist eine intensive Reflexion der eigenen Haltungen und Vorurteile notwendig.

Literatur

- Böhm, M. (2020). Schwangerschaftsabbrüche. Entscheidungsprozesse und Erfahrungen mit psychosozialer und medizinischer Versorgung aus Sicht junger Frauen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 33(3), 125–133.
- Busch, U. (2009). Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten. Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Handlungsbedarfe%20bei%20Schwangerschaftskonflikten_final.pdf (01.12.2022).
- Busch, U. (2020). Familienplanung im Wandel. In H.-J. Voß (Hrsg.), *Die deutschsprachige Sexualwissenschaft. Bestandsaufnahme und Ausblick* (S. 123–151). Gießen: Psycho-sozial-Verlag.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2018). *Verhütungsverhalten Erwachsener 2018. Aktuelle repräsentative Studie im Rahmen einer telefonischen Mehrthemenbefragung*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019). Unsicher: Coitus interruptus und Knaus-Ogino-Methode. <https://www.familienplanung.de/verhue-tung/verhuetungsmethoden/unsichere-methoden/> (14.10.2022).
- Caesar, C. (2019). Aktuelle Aspekte und Essentials einer rechtsbasierten Verhütungsberatung. https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/suv/Aktuelle_Aspekte_und_Essentials_einer_rechtsbasierten_Verhuetungsberatung.pdf (10.10.2022).
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2023). S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon (Version 1.0) vom 26.01.2023. https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094l_S2k_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon_2023-01.pdf (02.12.2023).
- Foltys, J. (2014). *Geburt und Familie. Zugänge zu impliziten Logiken des Paarerlebens*. Wiesbaden: Springer VS.
- Franz, P. & Matthiesen, S. (2017). Schwanger im Studium. Familiengründung oder Schwangerschaftsabbruch? In BZgA (Hrsg.), *Sexualität von Studierenden im Internetzeitalter. Sexuelle und soziale Beziehungen von deutschen Studierenden* (S. 166–197). Köln: BZgA.
- Gemzell-Danielsson, K., Kopp Kallner, H. & Faúndes, A. (2014). Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 126(1), 52–55.
- Helfferich, C., Holz, J.-L., Knittel, T., Olejniczak, L. & Schmidt, F. (2021). »Risk it« – warum

- Frauen ohne Schwangerschaftsabsicht nicht verhüten. Sonderauswertung der BZgA-Studie »frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen«. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 64(11), 1408–1415.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y., Wlosnewski, I. & Eckert, J. (2013). *frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten*. Köln: BZgA.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BZgA.
- Kavanaugh, M.L., Carlin, E.E. & Jones, R.K. (2011). Patients' attitudes and experiences related to receiving contraception during abortion care. *Contraception*, 84(6), 585–593.
- Kuckartz, U. (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3. Aufl. Weinheim u. Basel: Beltz Juventa.
- Kumar, U., Baraitser, P., Morton, S. & Massil, H. (2004). Peri-abortion contraception: a qualitative study of users' experiences. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 30(1), 55–56.
- Maeffert, J. & Tennhardt, C. (2021). *Schwangerschaftsabbruch und gestörte Frühschwangerschaft. Praxishandbuch mit Fallbeispielen*. Berlin: Springer.
- Matthiesen, S., Block, K., Mix, S. & Schmidt, G. (2009). *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen*. Köln: BZgA.
- Matthiesen, S., Mainka, J. & Martyniuk, U. (2013). Jugendsexualität heute. In BZgA (Hrsg.), *Jugendsexualität im Internetzeitalter. Eine qualitative Studie zu sozialen und sexuellen Beziehungen von Jugendlichen* (S. 22–91). Köln: BZgA.
- Meyer, E., Paczensky, S.v. & Sadrozinski, R. (1990). »Das hätte nicht noch mal passieren dürfen!«. *Wiederholte Schwangerschaftsabbrüche und was dahintersteckt. Eine Studie aus dem Familienplanungszentrum Hamburg*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Moreau, C., Trussell, J., Desfreres, J. & Bajos, N. (2010). Patterns of contraceptive use before and after an abortion: Results from a nationally representative survey of women undergoing an abortion in France. *Contraception*, 82(4), 337–344.
- pro familia (2006). Standpunkt Schwangerschaftsabbruch. https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Standpunkt_Schwangerschaftsabbruch.pdf (30.01.2023).
- pro familia (2019). *Selbstbestimmt verhüten. Die wichtigsten Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Abschlussevaluation des Modellprojekts biko. Kurzbericht*. Frankfurt a. M.: pro familia.
- Schreiber, C.A., Sober, S., Ratcliffe, S. & Creinin, M.D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230–233.
- Schweiger, P. (2015). Schwangerschaftsabbruch. Erleben und Bewältigung aus psychologischer Sicht. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 235–256). Bielefeld: transcript.
- Wirtz, M.A. (2013). *Dorsch. Lexikon der Psychologie*. 16. vollst. überarb. Aufl. Bern: Hans Huber, Hogrefe.

Biografische Notiz

Katrin Göppert ist staatlich anerkannte Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin (B.A. Soziale Arbeit) sowie Sexualwissenschaftlerin (M.A. Angewandte Sexualwissenschaft). Sie ist in einer Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle sowie als Sexualpädagogin tätig. Des Weiteren ist sie Lehrbeauftragte an der Evangelischen Hochschule Freiburg.

Männer und Paare in der § 219-Beratung

Ein Gespräch mit Andreas Ritter & Ringo Stephan

Der Beitrag ist aus einem Gespräch zwischen den Herausgeberinnen und den beiden Beratern Andreas Ritter und Ringo Stephan entstanden. Sie arbeiten bei einer staatlich anerkannten, konfessionslosen Beratungsstelle von pro familia in Berlin. Hauptarbeitsschwerpunkt sind die Schwangerschaftskonfliktberatung und die Arbeit in der Sexuellen Bildung.

Manche Frauen bringen ihre Partner zum Beratungsgespräch mit. Wie häufig ist das der Fall und inwiefern hat dies Ihrer Meinung nach Auswirkungen auf den Beratungsprozess? Können Sie das an einem Beispiel verdeutlichen?

Gemessen daran, wie eindeutig häufig Männer daran beteiligt sind, dass eine Schwangerschaft besteht, sind es erstaunlich wenige Männer, die bei einer § 219-Beratung dabei sind. In den Jahren unserer Berufspraxis – mehr als 15 Jahre – werden es allerdings in der Tendenz immer mehr.

Dass ein Mann allein in die Beratung kommt – im Themenfeld der § 219-Beratung – ist äußerst selten der Fall. Männer kommen in die Beratung sowohl im Prozess der Entscheidungsfindung als auch nach einem Abbruch. Bei diesen Männern sind dann häufig durch die Schwangerschaft oder den Abbruch eigene Lebensthemen aktuell geworden, die sie davor womöglich nicht wahrgenommen oder ausgesprochen hatten.

Interessant ist für uns auch immer wieder die Frage, weshalb und welche Männer eben gerade nicht in die Beratung kommen. Es gibt die Männer, die von der Schwangerschaft nichts wissen, oder jene, bei denen zwischen der Schwangeren und dem Mann keine Beziehung besteht, die beide dazu veranlassen würde, dass der Mann Teil der Beratung ist. Auch wenn die Schwangerschaft innerhalb einer bestehenden Partnerschaft entstanden ist, ist es nicht die Regel, dass der Mann dabei ist. Ein Grund kann hier sein, dass die Schwangere das so entschieden hat, weil sie es als zusätzliche Belas-

tung einschätzt, wenn der Partner, der vielleicht eigene (von ihr unterschiedene) Ängste und Unsicherheiten in Bezug auf die Schwangerschaft bzw. den Abbruch hegt, mit bei der Beratung dabei ist. Es kommt aber auch vor, dass die Schwangere die Beratung ohne den Partner wahrnimmt, weil sie ihn mit ihren Ängsten, Unsicherheiten und/oder möglicherweise vorhandenen Gefühlen der Trauer nicht belasten will. Hier übernehmen manche Schwangere Fürsorgeaufgaben für den Partner.

Wenn die Partner*innen gemeinsam zu uns ins Beratungszentrum kommen, gibt es immer wieder ganz zu Beginn Unsicherheiten und Zögern: Wir haben einen Wartebereich. Wenn wir die Menschen von dort zum Gespräch abholen und da ein Paar sitzt, passiert es manchmal, dass der Partner noch kurz sitzen bleibt und die Schwangere durch Rückfrage erst noch einmal versichert, ob er denn jetzt auch mit in das Beratungsgespräch kommen kann. Wenn wir das selbstverständlich bejahen, da uns in der Beratung jede Person willkommen ist, die die Schwangere für sich in dieser Situation als hilfreich erachtet, reagieren die meisten mit einer gewissen Erleichterung.

Während der Pandemie wurde es für uns möglich Beratungen auch per Video anzubieten (siehe dazu auch die Beiträge von Nitzsche, Wienholz & Böhm sowie von Schmitz & Moster in diesem Band). Die Themen der Männer in der Pandemie waren nicht grundsätzlich anders, aber das neue Format der Beratung hat dazu geführt, dass wir mehr Männer erreicht haben. Dazu zählen Männer von Paaren in Distanzbeziehungen oder Männer mit einer hohen Arbeitsbelastung, die eine Beratung per Video besser in den Arbeitsalltag integrieren können.

Im Gespräch wird deutlich, dass im Rahmen der § 219-Beratung die Beratung von Männern in aller Regel die Beratung von (heterosexuellen) Paaren ist. Welche Themen bringen Männer in die Beratung mit? Und wie gelingt es, diesen in der Beratung eines Paares Raum zu geben?

Selbstverständlich gibt es weder »die« Männer noch »die« Themen, das ist klar. Es gibt aber schon beobachtbare Tendenzen und wiederkehrende Muster. Zum Beispiel erleben wir, dass die eher pragmatischen Männer bzw. Partner*innen in der Beratung sehr auf das Organisatorische orientiert sind. Sie machen sich Gedanken darüber, was alles bedacht, koordiniert und angeschafft werden müsste, wenn jetzt ein Kind käme. Es geht darum, wer wie viel Elterngeld bekäme, dass das Auto zu klein wäre, dass

ein Umzug in eine größere Wohnung nötig wäre, dass doch gerade die Kreditrate für das Haus angestiegen ist – und ähnliche Überlegungen dieser Art. Es wäre leicht, diese Männer als distanziert oder verkopft einzuordnen. Allerdings würde man dabei verkennen, mit welchem großen Verantwortungsbewusstsein sie sich der Frage über das Austragen oder Abbrechen der Schwangerschaft annähern. Diese Männer sind stark beteiligt und sorgen sich in großem Umfang.

Hier schließt sich unsere Wahrnehmung von geflüchteten Männern an, die als Begleitpersonen in der §219-Beratung dabei sind. Allerdings unterscheidet sich die Dynamik in der Beratung häufig doch deutlich von den Beratungen mit deutschen Paaren. Der Hintergrund ist ihre Fluchtgeschichte, in der sie flüchten und ihre Frauen und Familie dann nachholen. Dementsprechend sprechen die Männer dann oft schon besser Deutsch und sind sicherer und kompetenter im Umgang mit öffentlichen Stellen in Deutschland. In den Beratungen übernehmen sie dann oft die Rolle der Übersetzung und auch der Kontrolle – aber nicht in einem negativen Sinne, sondern in der Form, dass sie sich um die Frau, den Abbruch und alle damit im Zusammenhang stehenden Abläufe kümmern. Den Männern ist es meist ein großes Anliegen, dass es ihren Frauen in der Situation gut geht und sie bestmöglich versorgt werden. Sie selbst sind oft mit der prekären wirtschaftlichen Lage und den Fragen rund um das Bleiberecht beschäftigt. Aus diesen Gründen stellen sie eigene Wünsche zurück.

Dann kommt es auch immer wieder vor, dass Männer in der Beratung regelrecht geschockt über die Tatsache sind, dass sie tatsächlich Vater werden könnten. Das sind dann nicht unbedingt die besonders jungen Männer, sondern durchaus die Mittdreißiger, die sich zum ersten Mal in ihrem Leben ihrer Zeugungsfähigkeit bewusst werden.

In vielen Beratungen geht es darum, die Ideen, Gedanken und Gefühle der beteiligten Männer im Hinblick auf die bestehende Schwangerschaft überhaupt erst aussprechbar zu machen und mit »in den Raum zu holen«. Es ist ein wiederkehrendes Muster, dass Männer sagen, sie würden die Entscheidung der Schwangeren überlassen und hinter ihr stehen, egal, wie sie sich auch entscheidet. Wenn man diese Aussage der Männer hinterfragt, dann wird jedoch deutlich, dass auch diese Männer eigene Wünsche, Fantasien und Ideen haben, wie es weitergehen könnte. Die Beratung bietet dann den Raum in ein Gespräch zu kommen. Ist er tatsächlich damit »im Reinen«, dass die Schwangere die letztendliche Entscheidung trifft? Oder

hat er vielleicht doch auch selbst zumindest eine Entscheidungstendenz? Wenn ja, dann soll diese auch unbedingt Raum bekommen.

Männer, die mit in die § 219-Beratung kommen und so agieren, haben oft sehr stark das feministische Motto »my body, my choice« verinnerlicht – insofern, als sie eben bei sich selbst keinerlei Befugnis sehen, eine eigene Haltung zu dieser gerade bestehenden Schwangerschaft zu haben.

Mit welchen konkreten Beratungsmethoden und Gesprächstechniken gelingt es Ihnen dann, die Männer in ihrer Unterschiedlichkeit und ihren unterschiedlichen Rollen in das Beratungsgespräch einzubinden? Welche spezifischen Methoden nutzen Sie in der Beratung von Paaren? Haben Sie dafür Beispiele?

Die Beratungen finden im institutionellen Setting unseres Beratungszentrums statt. Generell gibt es bei uns zwei Formate: vorab vereinbarte Termine, für die ca. 60 Minuten eingeplant sind, und Beratungen im Rahmen der offenen Sprechstunde. Hier steht nur ein kürzeres Zeitfenster zur Verfügung. Das ist in beiden Fällen nicht besonders viel Zeit für die Beratung eines Paares, auch 60 Minuten können hier ein knapper Zeitraum sein.

Zunächst einmal ist wichtig anzuerkennen, dass es das ganze Spektrum von Ambivalenzen der Schwangeren (im Erleben der Schwangerschaft und des möglichen Abbruchs), die allein in die Beratung kommen, auch bei Paaren in der § 219-Beratung gibt. Es gibt Paare, die mit der klaren Entscheidung kommen, die Schwangerschaft abbrechen zu wollen, und darin auch klar miteinander sind. Hier geht es dann um das Vermitteln sachlicher Informationen, das Aufzeigen von nächsten Schritten und das Ausstellen der Beratungsbescheinigung. Paare kommen auch nicht früher oder später in die Beratung als einzelne Schwangere. Auch in dieser Hinsicht ist das ganze Spektrum vertreten: von denen, die die Schwangerschaft früh bemerken und sich sofort damit auseinandersetzen, bis hin zu den Paaren, die die Schwangerschaft erst spät bemerkt oder die Beschäftigung damit lange hinausgezögert haben.

Können Sie bitte den konkreten Ablauf einer Beratung beschreiben?

Zum konkreten Ablauf einer § 219-Beratung mit Paaren: In der Beratung von Paaren ist die Rolle der Berater*innen oft zentral die von Moderator*innen: Es geht darum, immer beide Partner*innen in das Gespräch zu holen, jede Frage ausdrücklich erst an die eine und dann an die andere

Person zu stellen und darauf zu achten, dass beide gleichermaßen zu Wort kommen können. Das gilt für den gesamten Beratungsprozess.

Die einzelnen Phasen des Beratungsgesprächs sind im Grunde vergleichbar mit einer § 219-Beratung einer einzelnen Schwangeren. Zuerst informieren wir über den Rahmen des Beratungsgesprächs und das spezifische Verständnis unseres Trägers. Wir arbeiten rechtebasiert, das heißt, alle Menschen haben das Recht auf umfassende Informationen, um die für sich bestmöglichen Entscheidungen zu treffen. Wir informieren über den Zeitrahmen, mögliche Inhalte des Gesprächs sowie über unsere Schweigepflicht. Außerdem geben wir Auskunft über unsere Rolle als Berater: Gegenüber der Entscheidung sind wir neutral, weder haben wir eine bestimmte Meinung zu der Schwangerschaft noch äußern wir eine. Es ist wichtig, das den Paaren zu verdeutlichen, denn es kommt durchaus vor, dass entweder auf eine unterstellte Haltung bei uns reagiert wird oder aber auch der Wunsch besteht, dass wir eine Meinung zur Frage »Austragen oder Abbrechen?« äußern.

Welche Besonderheiten gibt es in der Beratung von Paaren?

Eine wichtige Frage noch zu Beginn des Beratungsgesprächs ist: »Haben Sie sich schon miteinander über die Schwangerschaft ausgetauscht? Haben Sie schon über die Optionen und Ihre jeweiligen Gedanken dazu gesprochen?«. Manche Paare berichten dann, dass sie nichts anderes tun, seitdem sie von der Schwangerschaft wissen. Andere berichten, dass sie noch gar nicht miteinander darüber gesprochen haben. Hier stehen häufig Ängste und Negativerwartungen im Raum und die Vermutung, dass das Thema zu sensibel oder belastend sein könnte, um es nur zu zweit miteinander zu besprechen. Diese Paare schätzen dann die Anwesenheit des*der neutralen Berater*in sehr und die Aufgabe besteht zuerst darin, diese Paare miteinander ins Reden zu bringen. Wenn das Paar sich unentschieden zeigt, stellen wir in der Regel die Frage danach, seit wann sie vom Bestehen der Schwangerschaft wissen, wie der Prozess vom Erfahren der Schwangerschaft bis zu dem Beratungstermin war und ob sie schon eine Idee haben, wie es weitergehen kann. Als konkrete Technik bieten sich dafür beispielsweise Skalierungsfragen an: »Wie entschieden sind Sie (für den Abbruch oder das Austragen) auf einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 für »gar nicht entschieden« und 10 für »eindeutig entschieden« steht?« Eine Nachfrage dazu kann lauten: »Welche Ziffer müsste es denn sein, damit Sie mit einem

ausreichend guten Gefühl die Entscheidung treffen können?« Die Selbstaussage, dass es eine 0 oder 10 im Grunde nicht gibt, gehört mit dazu. Es können immer andere Anteile übrigbleiben, wie zum Beispiel die Trauer um das nicht gelebte Leben, Ängste und Zweifel.

Um den Entscheidungsfindungsprozess anzuregen, kann es auch helfen, das Paar daran zu erinnern, dass es auch in der Vergangenheit bereits Konflikte miteinander gelöst und Entscheidungen getroffen hat. Es hilft danach zu fragen, wie sie das getan haben. Auf welche Techniken, Strategien und Lösungen hat das Paar da zurückgegriffen? Oft hat das Paar eine Idee, auch wenn diese noch nicht ausgesprochen im Raum ist. Danach gefragt, was ihnen helfen würde, die Entscheidung zu treffen, haben in der Regel alle Paare konkrete Vorschläge. Ein Beispiel: Wenn die Antwort auf die Frage lautet, dass es helfen würde, ein Wochenende gemeinsam wegzufahren, dann greifen wir das auf und gehen in die konkrete Planung. Die Rolle des Beraters besteht dann darin, in diesem Planungsprozess zu unterstützen und das Paar zu ermutigen, den eigenen Intuitionen zu vertrauen. Zudem haben Paare oft eine bestimmte Entscheidungsperspektive, die darauf abzielt, die Entscheidung danach auszurichten, dass das Paar mit der Entscheidung vor allem möglichst glücklich ist. Das kann aber auch dazu führen, dass die Entscheidungsfindung dadurch stagniert, weil der Anspruch zu hoch ist. Denn beide Optionen – sowohl das Austragen einer Schwangerschaft als auch der Abbruch – bedeuten in der Konsequenz nicht das pure Glück. Beide Optionen sind potenziell belastend, einschränkend oder risikobehaftet. Im Gespräch regen wir diese Paar zu einer Perspektivverschiebung an – weg von der Suche nach Glück hin zu der Frage, was jeweils der Preis der getroffenen Entscheidung ist. Dadurch können gedanklich neue Türen geöffnet werden. Neben bestimmten Fragetechniken können in dem Fall, dass ein Paar besonders unentschieden ist, auch handlungsorientierte Methoden zum Einsatz kommen. Angeleitet vom Berater hat das Paar die Möglichkeit symbolisch beide Wege zu gehen: Der eine Weg kann der sein, der sich entwickelt, wenn das Paar sich für den Abbruch entscheidet; der andere der Weg der, bei dem sich das Paar für das Austragen entscheidet. Beide Partner*innen gehen gemeinsam beide Wege und werden durch Fragen des Beraters angeregt, Fantasien darüber zu entwickeln, wie sich ihr Leben in der einen oder der anderen Variante entwickeln könnte. Ziel ist es hier vor allem, die emotionale Ebene in das Gespräch einzubringen und Gefühlen Raum zu geben. Gerade für Partner*innen, die sehr stark kognitiv orientiert sind, kann das hilfreich sein, um der Entscheidung näher zu kommen.

Wenn es eher darum geht, dass die Partner*innen jeweils für sich entschieden sind, aber dadurch ein Konflikt zwischen beiden besteht (eine Person möchte die Schwangerschaft austragen, die andere abbrechen), können auch ganz konkrete Methoden aus der Paarberatung zum Einsatz kommen. Beispielsweise bieten wir den Paaren an, buchstäblich jeweils den Platz der anderen Person einzunehmen. Das kann dabei unterstützen, die Gedanken und Gefühle des Partners bzw. der Partnerin besser nachvollziehen und nachspüren zu können. Das ist auch grundsätzlich, vor allem aber dann, wenn beide eine sich entgegenstehende Haltung haben, zentral: Als Berater stellen wir immer wieder den Abgleich zwischen dem Gesagten (und dem Nichtgesagtem) mit dem her, was das Gegenüber gerade verstanden hat, indem wir dabei unterstützen, Gedanken und Gefühle zu verbalisieren. Ein Beispiel: Wenn die Einschätzungen zur Skalierungsfrage nach der Entscheidungssicherheit sehr unterschiedlich ausfallen, kann ich als Berater danach fragen, wie sich das anfühlt und was innerlich in den Partner*innen vorgeht, wenn sie hören, dass sie hier weit auseinanderliegen.

Wie gehen Sie mit besonders belasteten Paaren um?

Die Situation über eine unbeabsichtigte Schwangerschaft zu entscheiden, kann für solche Paare, die es gewohnt sind, Entscheidung gemeinsam und partnerschaftlich zu treffen, belastend sein. Der Anspruch an völlige Einigkeit kann sowohl für die Partner*innen als auch für die Beratung herausfordernd sein und zu komplizierten Prozessen führen. Die eingetretene Schwangerschaft verlangt diesen Paaren eine Entscheidung ab und für die konsensorientierten Paare kann es eine große Herausforderung darstellen, in dieser (existenziellen) Frage keinen Konsens finden zu können. Für diese Paare besteht dann die Aufgabe darin, einen Umgang mit dieser Uneinigkeit zu finden.

Gerade in solchen oder anderen besonders belastenden Beratungssituationen, wie sie im Kontext von tatsächlichen Konfliktberatungen häufiger vorkommen, kann es eine Strategie sein zu versuchen, Humor und Leichtigkeit einzubringen. Eine Frage, die versucht, das zu adressieren, ist beispielsweise die danach, wie sich das Paar Glück vorstellt oder welche Idee es von einer glücklichen Zukunft hat.

In sehr seltenen Fällen kommt es vor, dass von unserer Seite als Berater entschieden wird, dass es besser wäre, die Begleitperson, und das kann dann eben auch der männliche Partner sein, würde das Gespräch verlassen.

Das kann der Fall sein, wenn die Schwangere sehr still ist oder sogar völlig schweigt, womöglich weint und auch nach direkter Ansprache durch den Berater nicht ins Sprechen kommt. Wir schlagen dann vor, dass der Mann den Raum verlässt. In der Regel wird das dann auch wohlmeinend aufgenommen. Wir formulieren das dann auch als Vorschlag und sagen, was wir uns davon versprechen. Wenn danach das Gespräch mit der Frau allein weitergeführt wird, erleben wir oft eine veränderte Gesprächsatmosphäre mit ihr. Oft kommen Themen zur Sprache, die den Charakter einer Offenbarung haben, die die Schwangere im Beisein des Mannes nicht ansprechen konnte, weil es zu angstbehaftet ist. Es muss dann nicht immer auch um Gewalt gehen, aber das kommt natürlich vor.

Welche Herausforderungen fallen Ihnen noch ein?

Sicherlich ist es so, dass wir nicht alle Fragen, die ein Paar in die Beratung mitbringt oder die in der Beratung entstehen, unmittelbar beantworten können. Es gibt Themenfelder, die so komplex, spezifisch und von Fall zu Fall verschieden sind, dass wir dafür selbst erst noch recherchieren müssen, Kolleg*innen aus dem Beratungszentrum mit dem entsprechenden Wissen oder auch externe Fachleute dazu konsultieren oder das Paar auch weiterverweisen müssen. Das betrifft zum Beispiel aufenthaltsrechtliche Fragen, die in der Regel sehr komplex und vielfältig sind. Aber auch für medizinische Frage, insbesondere, wenn die Entscheidung über die Schwangerschaft auch im Zusammenhang mit möglicherweise vorliegenden und vielleicht vererbbaen Krankheiten getroffen werden muss. Ein anderes Beispiel ist aber auch, wenn die Schwangere Medikamente eingenommen oder Drogen konsumiert hat.

Schließlich ist es – gerade beim Thema Schwangerschaftsabbruch – total wichtig, dass wir als Berater bedenken, dass wahnsinnig viele und sehr leicht verfügbare Falschinformationen, vor allem im Internet, verbreitet werden. In unseren Beratungsgesprächen spielt für uns deshalb die Vermittlung von sachlichen Informationen zu den rechtlichen und vor allem auch medizinischen Abläufen eine wichtige Rolle. Denn oft haben sich Paare schon vorab informiert und sind dann zum Teil wirklich verängstigt, weil sie einfach mit schlechten, unsachlichen Informationen oder moralisch stark aufgeladenen Diskussionen konfrontiert waren (siehe dazu auch den Beitrag von Kubitz, Bomert & Böhm in diesem Band).

Allerdings kann es auch vorkommen, und das ist dann eher bei unent-

schiedenen Paaren der Fall, dass die Informationen über die medizinischen Abläufe die Entscheidungstendenz beeinflussen. Es kann vorkommen, dass die Schilderung der konkreten medizinischen Vorgehensweisen einen Einfluss auf die Entscheidung hat. Einige kommen dann zu der Erkenntnis, dass trotz schwieriger Rahmenbedingungen ein Schwangerschaftsabbruch keine Option ist.

Kommen wir nun zu einer leichten Perspektivverschiebung. Bisher haben wir über die Männer gesprochen, die Sie in Ihrer Beratungspraxis erleben. Wir möchten nun noch etwas genauer auf Ihre Rolle als männliche Berater in der § 219-Beratung eingehen. Welche Rolle spielt denn Ihrer Meinung nach das Geschlecht der beratenden Person in der Pflichtberatung und was bedeutet es, dass Sie als Mann Pflichtberatungen im Kontext ungewollter Schwangerschaften durchführen?

Als wir jeweils hier bei pro familia Berlin angefangen haben, vor etwa 15 Jahren, war es normal, dass alle, unabhängig von ihrem Fachgebiet (Sexuelle Bildung, Psychologie, Medizin, Soziale Arbeit) und von ihrem Geschlecht, auch § 219-Beratungen durchführen. Damals war das eine Besonderheit im Vergleich zu anderen Beratungsstellen. Mittlerweile hat sich das etwas geändert, aber auch jetzt ist es keine Normalität, zumal ohnehin nur wenige Männer im Arbeitsfeld der Schwangerschaftsberatung tätig sind. Wir vertreten die Meinung, dass die Klient*innen selbst Expert*innen für ihre Lebenssituationen sind und Berater*innen unabhängig von dem eigenen Geschlecht eine neutrale Position einnehmen müssen. Aus diesem Grund führen bei pro familia Berlin alle Mitarbeiter*innen Schwangerschaftskonfliktberatungen durch. Da die Gesetzeslage vorschreibt, dass vor einem Abbruch eine Beratung zu erfolgen hat, erscheint es uns nur folgerichtig, dass auch Männer Teil der Beratung sind und – wie gesagt – in der Tendenz werden es auch immer mehr. Und insofern ist es auch wichtig, dass es Berater*innen aller Geschlechter gibt – so, wie es auch in anderer Hinsicht (Hautfarbe, Herkunft, sexuelle Orientierung) einen berechtigten Anspruch an Diversität und Repräsentation gibt, gilt das auch für das Geschlecht. Insgesamt ist das Thema aber in vielerlei Hinsicht nicht ausreichend beleuchtet und es gibt eine große Lücke. In Fort- und Weiterbildungen zur Schwangerschaftskonfliktberatung findet die Rolle von Männern als Berater wie auch von Männern als Klienten in der Beratung wenig Beachtung. Gleiches gilt in Bezug auf die Vielfalt von gelebten Beziehungs- und Familienmodellen.

Wie reagieren denn die Menschen, die zu Ihnen in die Beratung kommen, wenn sie feststellen, dass die Beratung von einem Mann durchgeführt wird?

Es kommt vor, dass die Klient*innen mit Verwunderung reagieren, aber das passiert immer seltener. Bei den Schwangeren, die wir einzeln beraten, bekommen wir manchmal am Ende der Beratung noch ein Feedback, in dem sie uns mitteilen, dass sie zu Beginn irritiert davon waren, dass ihnen ein Mann gegenübersteht, dass sie aber nach dem Gespräch den Eindruck haben, dass das gerade besonders hilfreich war und auch besser gepasst hat, als wenn eine Frau die Beratung durchgeführt hätte. Beraterinnen bieten sich durch die zugeschriebene Rolle als Frau in der Gesellschaft immer auch als Projektionsfläche und Vergleichsmöglichkeit an. Klientinnen stellen sich dann zum Teil Fragen. Wie würde sie sich entscheiden? Hat sie Kinder? Ist sie die bessere Mutter? etc. Nehmen wir zum Beginn einer Beratung Irritationen wahr, fragen wir nach, ob es in Ordnung für die Schwangere ist, die Beratung so durchzuführen, oder ob es ihr lieber wäre, von einer Frau beraten zu werden. Das wird aber im Grunde nie in Anspruch genommen.

In der Beratungsdynamik mit Paaren gewinnen wir manchmal den Eindruck, dass Männer froh darüber sind, dass es ein männliches Gegenüber gibt. Es kommt dann auch vor, dass versucht wird, die Anwesenheit des männlichen Beraters im Sinne einer Komplizenschaft auszunutzen und so beispielsweise längere Redeanteile zu gewinnen. Unsere Aufgabe als Berater ist es dann, davon distanziert zu bleiben und auf die Ausgewogenheit zu achten.

Sofern Sie es als notwendig erachten: Wie müsste sich Beratung in der Zukunft verändern, um Männer und Paare besser erreichen und unterstützen zu können?

Da fällt uns zuerst das Thema der Öffentlichkeitsarbeit und der öffentlichen Darstellung von Schwangerschaft und Schwangerschaftsberatungsstellen ein: Die verwendeten Bilder und Motive auf Werbemitteln oder der Website sind stark auf Frauen ausgerichtet und die Ansprache von Männern findet darüber nicht ausreichend statt. Hier müssten Männer viel stärker in den Blick genommen werden und auch deutlicher angesprochen sein.

Ein weiterer Bereich ist die Sexuelle Bildung. Obwohl sich hier ge-

sellschaftlich viel verändert hat, gibt es ein viel breiteres und deutlicheres Angebot für Mädchen, sich über Fragen ihren Körper und ihre Fruchtbarkeit betreffend zu informieren. Sie werden gezielter darüber informiert und aufgeklärt und viel stärker angehalten, sich damit zu beschäftigen. Bei Jungen ist das anders. Dabei müssen Jungen gleichermaßen befähigt werden, sich ihrer Zeugungsfähigkeit und aller damit einhergehenden Fragen bewusst zu werden. Zudem ist der Schwangerschaftsabbruch weiterhin ein Tabuthema und entsprechend unterrepräsentiert in der Sexuellen Bildung, schulischen Lehrplänen und gesellschaftlichen Diskussionen. In geschlechtergetrennten Veranstaltungen kann es vorkommen, dass Mädchen etwas dazu erfahren, mit Jungen aber nicht darüber gesprochen wird. Ob der Schwangerschaftsabbruch in der Sexuellen Bildung thematisiert wird, ist eher von Zufällen abhängig, von Trägern und einzelnen Personen. Das ist aber ein Thema, das für alle von Bedeutung ist, und alle Kinder und Jugendlichen, unabhängig vom Geschlecht, sollten im Rahmen Sexueller Bildung altersangemessene Informationen dazu erhalten.

Der Schwangerschaftsabbruch ist ein gesellschaftspolitisches Thema, das in den letzten Jahren in Bewegung gekommen ist. Es ist aber ein Thema, das in der Regel von Frauen für Frauen diskutiert und debattiert wird. Männer beteiligen sich nicht daran und werden auch nicht beteiligt. Das führt dazu, dass es für viele Männer auch nach wie vor nicht als ein für sie selbst relevantes Thema eingeordnet wird. Es kommt eher vor, dass unter aufgeklärten, emanzipatorischen, queer-feministischen Männern das Thema Abbruch diskutiert wird. Diese Kreise sind dann aber häufig sehr elitär und akademisiert und erreichen breitere Bevölkerungsschichten nicht.

Wir wünschen uns, dass sich die Tabuisierung des Themas Schwangerschaftsabbruch in der Sexuellen Bildung und im Schulunterricht nicht fortsetzt und es Gesprächsangebote für Jugendliche dazu gibt. Auch gesamtgesellschaftlich muss die Debatte breiter werden und die Stimmen von Männern* explizit mit einbeziehen, ohne dass diese Stimmen bevormunden. Es geht nicht darum Frauen* das Recht abzusprechen selbst über ihren Körper zu entscheiden, sondern es geht darum, dass sich Männer* aktiv mit ihrem Anteil an einer Schwangerschaft bzw. einem Schwangerschaftsabbruch auseinandersetzen. Mit diesem Bewusstsein ist es eher möglich gemeinsame Entscheidungen für oder gegen das Austragen einer Schwangerschaft zu treffen.

Biografische Notizen

Andreas Ritter ist Diplom-Sozialpädagoge, Sexualpädagoge (gsp) und Systemischer Therapeut (DGSF). Seit vielen Jahren ist er im Bereich der Beratung und Sexuellen Bildung bei pro familia und als freier Dozent tätig.

Ringo Stephan, M. A. Erziehungswissenschaften und Gender Studies, arbeitet langjährig bei pro familia Berlin im Bereich der Sexuellen Bildung für Jugendliche und junge Erwachsene, gibt Fortbildungen zu sexualitätsbezogenen Themen für Multiplikator*innen und ist tätig in der Beratung für Jungen* sowie in der Schwangerschaftskonfliktberatung.

Schwangerschaftskonfliktberatung für Minderjährige

Silja Matthiesen & Annica Petri

1 Einleitung

Anlässlich des Weltmädchentages am 11. Oktober 2023 berichtete das Statistische Bundesamt, dass die Anzahl der Geburten von Teenagermüttern in Deutschland und weltweit in den letzten zwei Jahrzehnten deutlich zurückgegangen ist (Destatis, 2023). So wurden im Jahr 2022 »in Deutschland durchschnittlich 6 Kinder je 1000 weibliche Teenager zwischen 15 und 19 Jahren geboren. Im Jahr 2000 waren es noch 13 [...]« (ebd., 2023). Entsprechend ist auch die absolute Zahl der geborenen Kinder von 15- bis 19-jährigen Müttern in den letzten 20 Jahren von 29.140 (im Jahr 2000) auf 10.999 (2022) deutlich gesunken. Dieser Rückgang der Teenagerschwangerschaften ist als positive Entwicklung zu bewerten, da wir wissen, dass Schwangerschaften im Jugendalter fast immer ungewollt sind (Block & Schmidt, 2009, S. 42ff.) und oftmals die persönliche Entwicklung sowie die Möglichkeiten der Schul- und Berufsausbildung der jungen Frauen einschränken.

In diesem Beitrag soll es um die besonderen Herausforderungen in der Schwangerschaftskonfliktberatung für Minderjährige gehen. Da die Gruppe der Minderjährigen, die in Deutschland pro Jahr eine Schwangerschaftskonfliktberatung aufsuchen, insgesamt klein ist, sind entsprechende Fälle für die jeweilige Berater*in eher selten und oftmals besonders komplex. Dabei gelten zwar für die Schwangerschaftskonfliktberatung von Minderjährigen die gleichen gesetzlichen Vorgaben wie für die Beratung von Erwachsenen, gleichzeitig gibt es eine Reihe von Besonderheiten und speziellen Fragestellungen (vgl. Fleßner, 2007). Dazu gehören:

1. *Rechtliche Fragen:* Kann eine Minderjährige über die Fortsetzung oder Beendigung ihrer Schwangerschaft selbst entscheiden und die nötigen ärztlichen Maßnahmen veranlassen – oder brauchen

unter 18-Jährige eine Einwilligung der Sorgeberechtigten für einen Schwangerschaftsabbruch? Damit hängen Fragen nach bestimmten Altersgrenzen zusammen sowie Schwierigkeiten bei der Einschätzung der individuellen Reife, Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit.

2. *Beratung von Jugendlichen:* Minderjährige Schwangere befinden sich in einer biografisch unabgeschlossenen, von starken sozialen und emotionalen Ambivalenzen sowie ökonomischen Abhängigkeiten gekennzeichneten Lebensphase. In dieser Phase der körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen finden oftmals krisenhafte Entwicklungs- und Ablösungsprozesse statt, die durch eine frühe Schwangerschaft aktualisiert und zugespitzt werden.
3. *Erste Schritte ins Beratungs- und Hilfesystem:* Minderjährige Schwangere haben oftmals wenig oder keine Erfahrungen mit gynäkologischen und beraterischen Diensten, Versorgungs- und Unterstützungsnetzen und selten Kenntnisse über die rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen ein Schwangerschaftsabbruch in Deutschland straffrei möglich ist. Diese Unerfahrenheit (sowie ein Gefühl von Unsicherheit und oftmals Ablehnung gegenüber professioneller – vorgeschriebener – Beratung) unterscheidet Jugendliche von den meisten erwachsenen Frauen.
4. *Beratung mit mehreren Personen:* Bei der Beratung von schwangeren Minderjährigen sind häufig weitere Personen involviert, zum Beispiel der Partner, die Mutter oder andere Sorgeberechtigte. Dabei kann die Begleitung sowohl unterstützend als auch hinderlich sein, sodass es zu den wichtigen Aufgaben der Berater*in gehört, sicherzustellen, dass tatsächlich die Interessen der Minderjährigen im Zentrum des Beratungsprozesses stehen.
5. *Neutralität und Reflexion der eigenen Haltung:* Neutralität und Ergebnisoffenheit gehören zu den entscheidenden Qualitätskriterien jeder Beratung und insbesondere der Schwangerschaftskonfliktberatung. In der Beratung von Minderjährigen ist die grundsätzliche Akzeptanz der Entscheidung der jungen Frau besonders wichtig, weil Minderjährige oft unter hohem gesellschaftlichen und familiären Druck stehen sowie Ratschlägen und Einflussnahmen Erwachsener ausgesetzt sind.
6. *Gewaltbedrohte Minderjährige:* In seltenen Fällen muss eine Schwangerschaft geheim gehalten werden, da die betroffene Minderjährige (und ihr Partner) andernfalls von Gewalt bedroht wäre(n). Wenn in solchen

Fällen keine erwachsene Person von der Schwangerschaft weiß und hinzugezogen werden kann, ist der Beratungsprozess – je nach Alter der Minderjährigen – von besonderen Herausforderungen geprägt.

Schon dieser kurze Überblick zeigt, dass die Beratung von Minderjährigen im Schwangerschaftskonflikt mit sehr komplexen und weiterführenden Fragen verknüpft sein kann. Da solche Beratungen im Alltag der meisten Beraterinnen gleichzeitig sehr selten vorkommen, lösen sie vielleicht ein mulmiges Gefühl und eine anfängliche Verunsicherung aus: Was muss ich alles bedenken? Wie gehe ich mit den Begleitpersonen um? Was, wenn sie dasitzt und schweigt? Ist es bei einer 13-Jährigen eigentlich automatisch sexueller Kindesmissbrauch? Spreche ich in dieser Krise auch noch die Verhütung an?

Dieser Artikel soll zu einer möglichst einfühlsamen und unterstützenden Beratungssituation für Minderjährige beitragen. Er soll die Handlungssicherheit von Berater*innen erhöhen und zur Reflexion der eigenen Haltung und der Gelingensbedingungen einer guten Beratung anregen. Wir beginnen mit einigen allgemeinen Hintergrundinformationen zum Thema Jugendschwangerschaften, gehen im Hauptteil sehr konkret auf die Beratungspraxis ein und schließen mit einem kurzen Fazit.

2 Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüche und Geburten von minderjährigen Frauen – Zahlen und zeitliche Entwicklung

Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüche und Geburten von minderjährigen Frauen sind ein – statistisch betrachtet – seltenes Ereignis. Seit 1996 dokumentiert das Statistische Bundesamt zuverlässig die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche von minderjährigen Frauen in Deutschland. Im Jahr 2022 lag die Zahl aller Schwangerschaftsabbrüche bei 103.927; die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche von minderjährigen Frauen betrug 2.728 (das sind 2,6 % der Gesamtgruppe). Addiert man hierzu die Geburten von minderjährigen Müttern, so lässt sich die Gesamtzahl der Schwangerschaften pro Jahr schätzen.¹

¹ Die Gesamtzahl der Schwangerschaften umfasst nicht die Fehlgeburten, da diese statistisch nicht erfasst werden. Man schätzt, dass zehn bis 15 % aller Schwangerschaften im Jugendalter mit einer Fehlgeburt enden.

Um die Entwicklung dieser Zahlen von 1996 bis heute zu verfolgen, braucht man jedoch nicht die absoluten Zahlen, weil diese auch Schwankungen in der Größe der Alterskohorte abbilden.² Daher sind Raten, die die Anzahl der Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüche und Geburten pro 1.000 Frauen beschreiben, die beste Darstellungsform für zeitliche Entwicklungen. Abbildung 1 zeigt die Entwicklung von 1996 bis 2022.

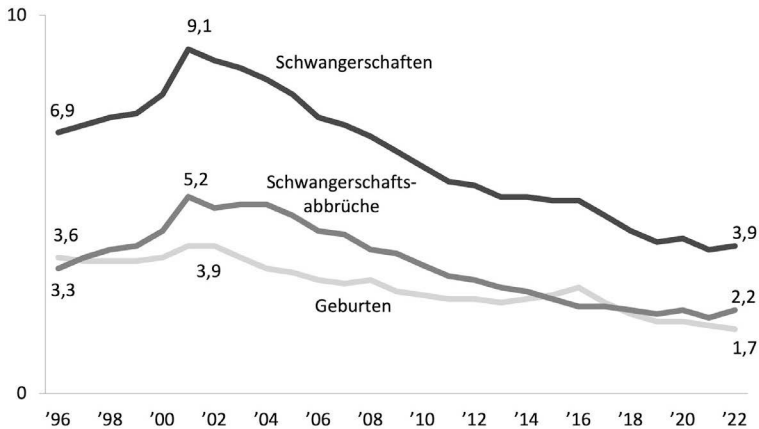


Abb. 1: Schwangerschaften, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche von 15- bis 17-jährigen Frauen, 1996 bis 2022, Raten per 1.000 Frauen; Quelle: Destatis (2024)

Wir sehen in Abbildung 1, dass die Raten seit 2001 – also seit mehr als 20 Jahren – kontinuierlich rückläufig sind. Aktuell befinden sich die Häufigkeiten von Schwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüchen und Geburten von minderjährigen Frauen in Deutschland auf einem historischen Tiefststand. Gegenwärtig werden etwa vier von 1.000 minderjährigen Frauen pro Jahr schwanger. Etwas mehr als die Hälfte davon entscheidet sich für einen Schwangerschaftsabbruch, die knappe Hälfte trägt die Schwangerschaft aus und bekommt ein Kind.

Nicht nur im Zeitvergleich, auch im internationalen Vergleich ist das Vorkommen von Jugendschwangerschaften in Deutschland bemerkens-

² Es könnte sein, dass in einem Jahr mehr Jugendschwangerschaften erfasst werden, weil die Population der Jugendlichen gewachsen ist (sogenannter »geburtenstarker Jahrgang«).

wert niedrig (vgl. BZgA Forum, 2007; Guttmacher Institute, 2015). Diese niedrigen Raten sind ein Zeichen dafür, dass die meisten sexuell aktiven Jugendlichen sicher und sorgfältig verhüten. Sie zeigen auch, dass das Niveau der Prävention von ungewollten Schwangerschaften im Jugendalter in Deutschland insgesamt sehr hoch ist.

An dieser Stelle ist es uns wichtig, deutlich zu machen, dass es auch bei exzellenter Prävention immer ein Restrisiko einer ungewollten Schwangerschaft geben wird – das gilt für Jugendliche ebenso wie für Erwachsene. Dieses Restrisiko hängt damit zusammen, dass in der Sexualität Emotionen eine große Rolle spielen und Verhütungsmittel auch bei korrekter Anwendung versagen können. Gunter Schmidt schrieb im Vorwort zu einer deutschlandweiten Studie zu Teenagerschwangerschaften im Jahr 2009 diesbezüglich:

»Die Unterscheidung zwischen vermeidbarem Risiko und Restrisiko ist uns wichtig, weil wir damit anerkennen, dass ungeplante und ungewollte Schwangerschaften nicht immer auf Nachlässigkeit oder Inkompetenz zurückzuführen, sondern auch eine »natürliche Begleiterscheinung« jugendlicher sexueller Aktivität sind. Das bewahrt uns davor, mit einem diskriminierenden Unterton über jugendliche Schwangere und deren Partner zu sprechen« (Schmidt, 2009, S. 27).

3 Minderjährige Schwangere in der Beratung – Praxisteil

3.1 Rechtliche Fragen

Jugendlichen ist oft bewusst, dass sie sich im Schwangerschaftskonflikt aufgrund ihrer Minderjährigkeit in einer unklaren rechtlichen Situation befinden. Aber eine klare Vorstellung davon, was das für sie konkret bedeutet, haben sie meistens nicht. Grundsätzlich gilt für die Beratungssituation, dass die Minderjährige vollumfänglich Anspruch auf Vertraulichkeit hat. Eltern, Sorgeberechtigte oder Behörden dürfen nicht ohne ihre Zustimmung über die Beratung und deren Inhalte informiert werden (Franz & Busch, 2004; Passow, 2007).

Wenn die Minderjährige die Schwangerschaft austragen möchte, bedarf es keiner weiteren Zustimmung durch die Eltern oder Sorgeberechtigten.

Möchte die Jugendliche einen Schwangerschaftsabbruch, ist es Aufgabe der Berater*in, den rechtlichen Rahmen zu erläutern und dabei das Alter und den Reifegrad der Jugendlichen zu beachten. Je älter und reifer sie ist, umso mehr hat die Jugendliche Spielraum, ihre Entscheidung zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs ohne die Einbeziehung der Eltern zu treffen. Deshalb ist die grundlegendste Information für die Entscheidungsfindung, dass ihr das Recht auf eine selbstbestimmte Entscheidung über eine ungeplante Schwangerschaft zusteht. 2019 hat die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG) eine Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger herausgegeben, die auch zu Fragen des Schwangerschaftsabbruchs dezidiert Stellung nimmt (DGGG, 2019, S. 19ff.).

Grundsätzlich gilt: »Eine Minderjährige bedarf zur Einwilligung in den mit einem Schwangerschaftsabbruch verbundenen ärztlichen Eingriff nicht der Zustimmung ihrer Eltern, wenn sie nach ihrem Reifegrad in der Lage ist, die Bedeutung eines Schwangerschaftsabbruchs und dessen Tragweite für ihr Leben zu erkennen« (Delisle, 2015, S. 146). In diesem Zitat wird von Einwilligungsfähigkeit und Reifegrad gesprochen – beides sind schwer zu definierende Begriffe. Es gibt keine festen Altersgrenzen, die eindeutig vorgeben, ab wann diese Reife bzw. Einwilligungsfähigkeit erreicht ist. Stattdessen wird im Normalfall davon ausgegangen, dass diese bei Jugendlichen bis zum 14. Lebensjahr *nicht* vorliegt, bereits ab dem 16. Lebensjahr aber meistens vorhanden ist. Bei Minderjährigen vom 14. bis zum 16. Lebensjahr kommt es auf den individuellen Fall an. Schon 2007 beklagte Detlev Belling in seinem Artikel »Der Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen – eine ungelöste Aufgabe des Gesetzgebers« die Rechtsunsicherheit, die durch das Fehlen eindeutiger Altersgrenzen entsteht (Belling, 2007).

Festzuhalten ist, dass die Situation immer dann schwierig ist, wenn zwischen einer minderjährigen Schwangeren und ihren Eltern kein Konsens über die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs besteht oder wenn eine Minderjährige ihre Eltern gar nicht erst über die Schwangerschaft informieren möchte, weil sie ein nachvollziehbares Geheimhaltungsinteresse hat. Dann ist die Rechtslage für die im Fall eines Schwangerschaftsabbruchs handelnde Ärzt*in unsicher. Sie muss die Frage klären, wen sie aufklären muss, wem gegenüber sie eine Schweigepflicht hat und wie die Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen sichergestellt werden kann, damit der Eingriff ohne Haftungsrisiko vorgenommen werden kann.

Ob eine Minderjährige einwilligungsfähig ist, entscheidet die Ärzt*in, die den Schwangerschaftsabbruch vornimmt.

In der Frage, ob die Eltern hinzugezogen werden sollen oder müssen, geht es darum, im Einzelfall das elterliche Sorgerecht und das Geheimhaltungsinteresse der jungen Frau abzuwägen. Dabei gilt, dass mit zunehmendem Alter der Schwangeren und zunehmender Selbstständigkeit die Elternrechte immer weiter in den Hintergrund treten (vgl. Passow, 2007). So hat beispielsweise das OLG Hamm 2019 die Entscheidung getroffen, einer schwangeren 16-Jährigen die individuelle Reife und Einsichtsfähigkeit zu attestieren, selbst über ihren Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden, und hielt die Einwilligungsfähigkeit für ausreichend, um den Eingriff gegen den Willen der Mutter durchzuführen (vgl. Antomo, 2020). Mit dieser Entscheidung wurde dem Selbstbestimmungsrecht der Minderjährigen Vorrang vor dem elterlichen Erziehungsrecht eingeräumt und damit ein wichtiger juristischer Schritt in Richtung eines Alleinentscheidungsrechts der einwilligungsfähigen Minderjährigen getan.

Eine sehr gute Zusammenfassung der Rechtslage bietet die »Kurzinformation. Zum Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen« der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestags (WD, 2023).

Juristische Fragen und Altersgrenzen

- Minderjährige haben ein Recht auf eine Schwangerschaftskonfliktberatung.
- Minderjährige haben vollumfänglich Anspruch auf Vertraulichkeit der Beratung.
- Bei Minderjährigen unter 14 Jahren gilt die kriminologische Indikation. Es gibt keine Beratungspflicht, allerdings hat die Minderjährige einen Anspruch auf Beratung, wenn sie dies wünscht (BZgA, o.J.).
- Es gibt keine festgesetzte Altersgrenze, die vorgibt, ab wann eine Minderjährige selbst über einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden darf.
- Entscheidend ist die Einwilligungsfähigkeit der Minderjährigen – ist diese gegeben, entscheidet sie selbst.
- Grob gefasst gilt:
 - *Unter 14-Jährige* brauchen die Einwilligung der Sorgeberechtigten.

- Bei Jugendlichen *zwischen 14 und 16 Jahren* ist die individuelle Reife und Einsichtsfähigkeit sorgfältig zu prüfen.
- *Über 16-Jährige* können selbst entscheiden.
- In der Frage, ob die Eltern informiert werden müssen, gilt es, das elterliche Sorgerecht und ein nachvollziehbares Geheimhaltungsinteresse abzuwägen.
- Über die Fähigkeit zur Einwilligung in einen Schwangerschaftsabbruch entscheidet die behandelnde Ärzt*in nach sorgfältiger Prüfung des Einsichtsvermögens und der Urteilsfähigkeit.

3.2 Beratung von Jugendlichen

Jede Beratung ist individuell, und es gibt weder »die Jugendlichen« noch »die Adoleszenz«. Jugendliche unterscheiden sich, wie alle Menschen, die einer bestimmten Gruppe zugeordnet sind, untereinander erheblich. Sie sind je nach Herkunft, Hautfarbe, sexueller Orientierung, Behinderung, geschlechtlicher Identität und sozialer Zugehörigkeit von verschiedenen Diskriminierungen betroffen. Diese wirken sich auf ihre Lebenssituation aus und können einen Einfluss auf die Entscheidungsfindung im Schwangerschaftskonflikt haben. Für die meisten Jugendlichen in der Situation einer ungeplanten Schwangerschaft gilt jedoch, dass sie einer besonders verletzlichen Gruppe angehören. Sie befinden sich in der Adoleszenz, einer Lebensphase, die in Bezug auf Körperveränderungen, Identitätsfindung, Autonomieentwicklung und Ablösung von den Eltern eine besonders herausfordernde ist (vgl. Flaake & King, 2003; Jenni, 2021; Döring, 2016).

In dieser Zeit mit einer ungeplanten Schwangerschaft konfrontiert zu sein, ist für die meisten Jugendlichen ein Schock. Sie müssen sich Fragen über ihre Lebensplanung stellen und in einem engen zeitlichen Rahmen eine weitreichende unwiderrufliche Entscheidung treffen. Sie erleben oftmals eine existenzielle Krise und stehen unter hohem Druck.

Jugendliche befinden sich am Anfang ihrer sexuellen und reproduktiven Biografie. Sexualität ist neu in ihrer Lebenswelt und die Ausgestaltung beruht auf wenig Erfahrung oder gar Austausch mit anderen Menschen. Durch die Schwangerschaft werden die intimen Handlungen der sexuellen Situation ungewollt bekannt und liegen nun ungeschützt für involvierte Erwachsene sichtbar auf der Hand. Dies löst häufig Scham, Abwehr und

Ohnmachtsgefühle aus. Die Kommunikation über Sexualität ist für Jugendliche oft ungewohnt. Auch wenn manche im Freundeskreis über Aspekte von Sexualität sprechen, sprechen andere freiwillig gar nicht über Sexualität und empfinden es als sehr unangenehm, nun doch – mit fremden Erwachsenen – darüber reden zu müssen (vgl. Weidinger et al., 2007).

Daher ist es für Jugendliche oft angenehm, wenn die Berater*in zu Beginn der Beratung die Ansprache klärt. Viele Jugendliche möchten nicht gesiezt werden. Dies wird als ungewohnt empfunden und verursacht noch mehr Herausforderungen in der angespannten Situation.

Fragen zur Erfassung der Situation und Eröffnung des Gesprächs

- Welche Ansprache ist gut für die Beratung? Soll ich »du« oder lieber »Sie« sagen?
- Wie alt bist du?
- Wie lange weißt du schon, dass du schwanger bist?
- Hast du schon einen Test gemacht?
- Warst du schon bei einer Gynäkolog*in?
- Hast du schon jemandem von der Schwangerschaft erzählt?
- Hast du deinen Eltern oder einem Elternteil von der Schwangerschaft erzählt?
- Wie war die Reaktion?

Viele Jugendliche begegnen der Berater*in zunächst verschlossen und misstrauisch. Sie nehmen an, dass die Berater*in als Repräsentant*in der Erwachsenenwelt eine negative Bewertung der Jugendlichen vornimmt mit Zuschreibungen wie »verantwortungslos«, »zu jung« oder »nicht ganz ernst zu nehmen«. Viele reagieren deshalb ablehnend, und es fällt ihnen schwer, Ambivalenzen zuzulassen oder sich verletzlich zu zeigen. Vor allem erwarten viele minderjährige Schwangere, dass die Berater*in, ebenso wie viele Erwachsene auch, empfehlen wird, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen (vgl. Matthiesen et al., 2009).

3.3 Erste Schritte ins Beratungs- und Hilfesystem

In der Schwangerschaftskonfliktberatung bewegt sich die Berater*in immer in der Balance, zu verdeutlichen, dass die Pflichtberatung nicht dazu ver-

pflichtet, sich zu öffnen. Gleichzeitig gilt es, einladend einen Raum zu schaffen, der genutzt werden kann, wenn die Jugendliche dies wünscht und bemerkt, dass es ihr guttut (vgl. Reutemann, 2007).

Die Berater*in sollte die *Lebenswelt* von Jugendlichen in die Beratung einbeziehen. Sie haben einen geringeren Spielraum, wenn es um die Umsetzung ihrer Entscheidung geht. Sie sind abhängig von den Eltern oder Erwachsenen, mit denen sie leben. Sie verfügen nicht über ein eigenes Einkommen, eine eigene Wohnung oder ein eigenes Auto, um zu einer Beratungsstelle/Ärzt*in in der nächstgelegenen Stadt zu fahren. Schulpflichtige Jugendliche können nicht frei über ihre Zeit verfügen, was die Terminfindung für eine Beratung erschwert.

Der *Faktor Zeit* beeinflusst die Situation und den Zeitraum für die anstehende Entscheidungsfindung stark, deshalb sollte zu Beginn geklärt werden, seit wann die Jugendliche von der Schwangerschaft weiß. Die Frage, ob die Jugendliche schon bei einer *Gynäkolog*in* war, bringt Klarheit über die Schwangerschaftswoche, in der sie sich befindet (vgl. Friedrich & Remberg, 2005). Wenn sie noch keine *Ultraschalluntersuchung* hatte, bietet die Frage nach der letzten Regelblutung eine Orientierung. Ergibt dies jedoch keine ausreichend verlässliche Antwort, muss geklärt werden, wo sie zeitnah eine Ultraschalluntersuchung bekommt.

Wenn die Jugendliche schon länger von ihrer Schwangerschaft weiß, ist es wichtig zu hören, wie es ihr seit der Feststellung ging. Weiß sie erst seit Kurzem davon, kann sie sich noch in einem *Schockzustand* befinden. Das kann dazu führen, dass sie weniger Informationen aufnehmen kann oder kaum Zugang zu ihren Gefühlen hat. Hier ist es wichtig, gemeinsam auf den zeitlichen Rahmen für die Entscheidungsfindung zu schauen und möglichst Druck herauszunehmen, um nicht eine schnelle »Augen zu und durch«-Entscheidung zu treffen, bei der die Gefühle möglicherweise gar nicht beachtet werden. Dabei geht es darum, die vorhandenen Gefühle in die Entscheidungsfindung zu integrieren, was für die Verarbeitung eines Abbruchs ebenso wichtig ist wie für das Austragen einer Schwangerschaft (vgl. Schweiger, 2015).

Emotional befinden sich viele Jugendliche in einem Zustand starker Anspannung, der ihnen nicht immer anzusehen ist. Manche beschreiben ihre Gefühle als großes Durcheinander im Kopf, sodass sie kaum klar denken können. Starke Ängste und die Frage, wie es weitergehen soll und wie sie das alles bewältigen können, beschäftigen sie. Gefühle von Wut (»Wie konnte mir das passieren?«, »Er hat gesagt, er nimmt ein Kondom!«) oder Scham spielen ebenfalls eine große Rolle. Die Beratung kann ein

Raum sein, in dem *ambivalente Gefühle* nicht versteckt werden müssen und ohne negative Bewertung ausgedrückt werden können. Die Berater*in kann benennen, dass widerstreitende Gefühle in dieser Situation ebenso normal sind wie das Gefühl, nichts entscheiden zu können. Diese Einordnung kann entlasten und helfen, die Gefühle anzunehmen, sowie zur Verarbeitung und Integration der Entscheidung beitragen.

Sachinformationen zu folgenden Themen sollte die Berater*in bereitstellen können:

Wichtige Themenbereiche für die Beratung

- Informationen zum Mutter-Kind-Wohnen
- Schulausbildung mit Kind
- Schwangerschaft und Geburt
- Frühe Hilfen
- Informationen im Netz, zum Beispiel »Jung und schwanger« von der BZgA
- Methoden des Schwangerschaftsabbruchs
- Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs
- Psychische Verarbeitung eines Abbruchs
- Beratung nach einem Abbruch in der Beratungsstelle
- Adressen von durchführenden Ärzt*innen in der Region

Wenn es um die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs geht, kann die Information, dass der *Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Sicht* ein einfacher und leicht durchzuführender Eingriff ist, Ängste nehmen. In diesem Fall muss auch die Möglichkeit der *Kostenübernahme* besprochen werden. Die Jugendliche kann ab 15 Jahren, am besten mit Vorlage der Beratungsbescheinigung, zu einem Servicecenter einer gesetzlichen Krankenkasse gehen, um sich vor Ort eine Kostenübernahme ausstellen zu lassen. Dies muss *vor* dem Schwangerschaftsabbruch stattfinden, eine Kostenübernahme hinterher ist nicht möglich. Besonders im ländlichen Raum bedeutet dies für die Jugendliche oft, eine weitere organisatorische Herausforderung bewältigen zu müssen. Unter 15 Jahren ist keine eigenständige Beantragung der Kostenübernahme ohne Sorgeberechtigte möglich.³

³ Wenn die Sorgeberechtigten nicht involviert sind, ist es für die Jugendliche wichtig, dass diese nicht über die Krankenkasse von der ungewollten Schwangerschaft erfahren. Die

Die Komplexität der Beratung minderjähriger Schwangerer bedeutet *eine Verdichtung der Informationen und zu klärenden Punkte* im Beratungszeitfenster. Dies ist für Berater*in und Jugendliche sehr anspruchsvoll. Weitere Terminvereinbarungen und unkomplizierte Kommunikationswege können helfen, die Situation zu entspannen.

3.4 Beratung mit mehreren Personen

Manche Jugendliche kommen allein in die Beratungsstelle, viele kommen mit Begleitpersonen. Begleitpersonen sind oft Mütter, Freundinnen, der feste Freund oder – seltener – andere Erwachsene. Es gibt auch Beratungen, in denen mehrere Begleitpersonen dabei sind. Wenn die Begleitpersonen und die Jugendliche dieselbe Haltung in Bezug auf die Entscheidung vertreten, trägt dies meist zur Stärkung der Jugendlichen bei. Sie kann sich verstanden und angenommen fühlen und erhält bei den weiteren Schritten praktische Unterstützung.

Es gibt aber auch Konstellationen, in denen die Haltungen nicht übereinstimmen oder die Haltung der Jugendlichen nicht deutlich sichtbar ist. Die Jugendliche ist vielleicht recht still, lässt die Erwachsenen reden, nimmt keinen Blickkontakt auf. In diesen Beratungsprozessen haben alle Beteiligten starke Gefühle zur ungeplanten Schwangerschaft. Oft äußert sich die Mutter schneller und klar positioniert zur Schwangerschaft ihrer Tochter vor dem Hintergrund ihrer eigenen lebensgeschichtlichen Erfahrungen zu Schwangerschaft, Schwangerschaftsabbruch und Elternschaft. Zudem kann es auch einen Einschnitt in ihr Leben bedeuten, wenn es zum Beispiel um das Austragen der Schwangerschaft und die Unterstützung ihrer Tochter bei der Elternschaft geht.

In selteneren Fällen ist auch der Freund des Mädchens mit in der Beratung, was je nach Länge, Qualität der Beziehung und Übereinstimmung in Bezug auf die Entscheidung eine Stärkung oder einen Stressfaktor für das Mädchen bedeuten kann. In manchen Fällen darf der Freund oder der

Minderjährige kann bei der Antragstellung explizit darauf hinweisen, dass sie keine Post oder andere Benachrichtigungen an die Sorgeberechtigten wünscht. Die Kostenübernahme für einen Schwangerschaftsabbruch nach Beratungsregel ist keine Leistung der Krankenkassen, sondern wird vom jeweiligen Bundesland getragen und die Krankenkassen informieren die Sorgeberechtigten in der Regel nicht.

Junge, mit dem die Schwangerschaft entstanden ist, nichts von der Situation wissen, weil das Mädchen von ihm Druck erwartet oder nicht sicher ist, ob er die Information für sich behalten wird.

In allen Mehrpersonensettings ist es Aufgabe der Berater*in, den Fokus auf die Bedürfnisse der Jugendlichen zu richten, da die Entscheidungsfindung bei ihr liegt. Die Berater*in sollte allen Beteiligten signalisieren, dass sie Raum für ihre Themen und Sorgen bekommen, aber dass die Beratung der Jugendlichen Vorrang hat. Idealerweise wird ein Raum geschaffen, in dem die Jugendliche gedanklich auch die entgegengesetzte Richtung der Elternmeinung oder ihres Umfelds erkunden kann. Sie kann darin gestärkt werden, auf ihr eigenes Gefühl zu achten und weitere Gespräche, auch ohne Begleitpersonen, in Anspruch zu nehmen.

Beratung mit mehreren Personen

- sich als neutrale, außenstehende Berater*in ohne eigene Involviertheit zur Verfügung stellen
- Fokus auf den Entscheidungsprozess der Jugendlichen richten
- Wünsche der Jugendlichen beachten: »Wer soll jetzt zu Beginn der Beratung mit im Raum sein? Wie ist es für dich gut?«
- Bitte an die Mutter oder Begleitpersonen richten: »Wir sind gerade an einem sehr intimen/schwierigen/emotionalen Punkt in der Beratung angekommen. Ich würde gerne einen Moment allein mit Ihrer Tochter sprechen und sortieren, was für sie im Moment am wichtigsten ist. Ich bitte Sie, eine Zeitlang im Wartezimmer Platz zu nehmen. Im Anschluss können wir gerne schauen, wo Ihre Anliegen Platz haben können.«
- Wünsche anderer Beteiligter sortieren und gesonderten Raum für deren Anliegen schaffen
- beraterische Sicherheit in Mehrpersonensettings überprüfen und gegebenenfalls im kollegialen Austausch erweitern

3.5 Neutralität und Reflexion der eigenen Haltung

Die Schaffung eines sicheren Rahmens ist für Minderjährige besonders bedeutsam und erhöht die Chance, dass die Beratung hilfreich ist. Die Erläuterung der Schweigepflicht ist deshalb die wichtigste Information zu

Beginn der Beratung. Nur wenn die Intimsphäre geschützt ist, können Menschen sich öffnen. Jugendliche erwarten oft nicht, dass dies auch für sie gilt, und sind sehr erleichtert, wenn sie vom Recht auf Schutz ihrer Intimsphäre erfahren.

Die Benennung der neutralen Haltung der Berater*in ist ebenso unerlässlich, um Ängste vor einer Einflussnahme zu verringern und transparent zu machen, was von der Berater*in erwartet werden kann. Wir haben oben die misstrauische Grundhaltung beschrieben, mit der Minderjährige oft in die Beratung kommen. Wenn sich die Berater*in als neutrale Person mit Fachwissen zum Schwangerschaftskonflikt anbietet, egal in welche Richtung die Entscheidung geht, kann ein wertvoller Beratungsprozess gelingen.

Hilfreiche Sätze zu Schweigepflicht und Neutralität

- »Schweigepflicht bedeutet: Wir erzählen nichts von dem weiter, was wir in der Beratung besprechen. Das gilt für alle Menschen, auch für Jugendliche.«
- »Du musst in diese Beratung kommen, wenn du einen Abbruch machen möchtest oder noch unentschieden bist. Ich kann dich in dieser Situation unterstützen, deinen Weg zu finden.«
- »Die Entscheidung, wie es weitergeht, liegt bei dir. Das Gesetz sagt, dass die schwangere Person selbst entscheiden darf, auch wenn sie minderjährig ist. Ich kann dich dabei unterstützen, deine Entscheidung zu treffen.«
- »Ich als Berater*in bin neutral. Wir können über alles sprechen – ich werde dich nicht in die eine oder andere Richtung drängen.«

Voraussetzung dafür ist, dass die Berater*in ihre eigene Haltung in Bezug auf jugendliche Schwangere reflektiert hat, um nicht unterschwellig zu beschreibende Botschaften über Jugendliche zu transportieren oder die Beratung in eine bestimmte Richtung zu lenken. In der Lebenswelt der Berater*in ist wahrscheinlich die Reihung Schule, Ausbildung, Erwerbsarbeit und erst im Anschluss Elternschaft der vertrautere Lebensentwurf. Zudem hat die Berater*in durch ihr Alter und ihre Lebenserfahrung möglicherweise starke Bedenken bezüglich der Vereinbarkeit von Ausbildung und Elternschaft sowie der Auswirkungen, die ein Austragen der Schwangerschaft

in Bezug auf Unabhängigkeit und Verwirklichung der eigenen Ziele für das Mädchen haben wird.

Sätze, die Jugendliche von Eltern, Angehörigen und Ärzt*innen hören, können lauten: »Wer Sex hat, sollte alt genug sein, sich um Verhütung zu kümmern«, »Hättest du mal in der Schule besser aufgepasst«, »Ich frage mich, ob du einmal vorher nachgedacht hast«. Je nach bisherigen Erfahrungen und Lebenskontexten der Jugendlichen verstärken diese zuschreibenden Aussagen das Gefühl von Ohnmacht und Schuld, die durch eine ungeplante Schwangerschaft ohnehin auftreten.

Die Berater*in kann fragen, wie andere reagiert haben, und diese Reaktionen gemeinsam mit der Jugendlichen aufgreifen und andere Sichtweisen entgegenzusetzen, zum Beispiel: »Ich finde, dass ihr Verantwortung für die Verhütung übernommen habt. Dass ein Kondom platzt, passiert vielen Menschen.«

Die Berater*in kann eigene Impulse wertschätzend aussprechen und zur Verfügung stellen, zum Beispiel: »Ich merke, dass ich mir Sorgen mache, weil es für dich so wichtig ist, dass niemand von der Schwangerschaft erfährt. Ich frage mich, wie es dir geht, wenn du alles mit dir allein ausmachst.« Durch das Machtgefälle und den Vorsprung an Erfahrungen ist es notwendig, dass die Berater*in behutsam vorgeht und nicht direktiv berät. Nur so kann die Jugendliche die Beratung als Raum zur Entscheidungsfindung nutzen.

Merkkasten: Reflexion der eigenen Haltung

- Wie sicher fühle ich mich in der Beratung minderjähriger Schwangerer?
- Wie kann ich öffnend und einladend beraten, wenn mir Schweigen, Rückzug oder Misstrauen entgegengebracht werden?
- Welche Annahmen und inneren Überzeugungen habe ich über jugendliche Schwangere, die eine Schwangerschaft austragen? Habe ich Bilder, Fantasien oder Ängste, wie die Bewältigung der Elternschaft stattfinden wird?
- Welche Annahmen und inneren Überzeugungen habe ich über jugendliche Schwangere, die eine Schwangerschaft abbrechen? Habe ich Bilder, Fantasien oder Ängste, wie die Bewältigung des Schwangerschaftsabbruchs stattfinden wird?
- Nutze ich kollegialen Austausch zur Beratung für Minderjährige?

3.6 Gewaltbedrohte Minderjährige

Besonders herausfordernde Situationen ergeben sich bei minderjährigen Schwangeren, in deren Familien vorehelicher Sex aufgrund rigider Sexualnormen nicht erlaubt ist. Wenn dies von der Herkunftsfamilie als Verstoß gegen grundlegende Regeln und als Sünde angesehen wird, dann haben die Jugendlichen Strafe und in seltenen Fällen Gewalt zu befürchten, sollte die Schwangerschaft nicht geheim bleiben. Es ist wichtig, die Beschreibung der Jugendlichen in Bezug auf die vermutete Reaktion der Eltern ernst zu nehmen und genau nachzufragen, um zu einer Einschätzung zu gelangen: »Was genau meinst du damit, dass deine Eltern komplett ausrasten würden?«, »Kannst du mir genau beschreiben, wie deine Eltern vermutlich reagieren?«, »Denkst du, deine Eltern oder ein Familienangehöriger könnten mit Gewalt reagieren, wenn sie von deiner Schwangerschaft wüssten?«

Wenn die Jugendliche mit Gewalt zu rechnen hätte, sollten die Eltern von der Schwangerschaft erfahren, muss dies in die weitere Beratung einbezogen werden. Wenn es keine anderen erwachsenen Bezugspersonen aus Familie, Schule oder Jugendhilfe gibt, die die Jugendliche ins Vertrauen ziehen kann, ist dies eine prekäre Ausgangslage, die eine besonnene Herangehensweise und Reflexion erfordert. Die Berater*in sollte kollegialen Austausch nutzen, um nichts zu übersehen und die Dynamik der Situation gemeinsam einschätzen zu können. Je nach Alter, Reife und Entscheidungsrichtung der Jugendlichen müssen verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten geprüft und besprochen werden.

Wenn die Jugendliche schwanger bleiben möchte, aber deshalb von Gewalt bedroht ist, muss das Jugendamt einbezogen werden, wenn es zum Beispiel um eine Unterbringung in einer Schutzwohnung und später um Mutter-Kind-Wohnen geht.

Wenn die Jugendliche einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen möchte und unter 16 Jahren ist, muss die Möglichkeit erwogen werden, das Jugendamt in die Einwilligung zum Schwangerschaftsabbruch bei der durchführenden Gynäkolog*in einzubeziehen.

Einen Schwangerschaftsabbruch geheim zu halten, kann sehr belastend sein, gerade wenn die Jugendliche im elterlichen Haushalt lebt. Auch dieser Aspekt sollte angesprochen werden und die Möglichkeit der Nachsorge in der Beratungsstelle betont werden, ebenso wie Angebote zur Beratung bei Gewalt, zum Beispiel das Hilfetelefon »Gewalt gegen Frauen«.

4 Ein kurzes Fazit

In der deutschlandweiten Studie zu Teenagerschwangerschaften aus dem Jahr 2009 berichteten zwei Drittel der befragten Minderjährigen von positiven Erfahrungen mit der Schwangerschaftskonfliktberatung (vgl. Block, 2009, S. 212ff.). Als positiv wird die Beratung dann erlebt, wenn es gelingt, dass die Jugendliche in der krisenhaften Ausgangslage in einen offenen, nicht-direktiven Austausch mit einer nicht involvierten, gut informierten, einfühlsamen und neutralen Person treten kann.

Aufseiten der Berater*in erfordert dies besondere Kompetenzen im Wissen über rechtliche Regelungen sowie in Bezug auf die eigene Selbstreflexion und die Schaffung einer sicheren Beratungsatmosphäre. Es erfordert ein besonderes Fingerspitzengefühl, da die Berater*in in einer kurzen Zeitspanne einen Draht zu der Minderjährigen aufbauen und ihre Lebenslage erfassen muss. Je nach Alter, Entscheidungsrichtung und Einbezug oder Nichteinbezug der Sorgeberechtigten ist dies unerlässlich.

Über die in diesem Text angesprochenen Herausforderungen hinaus sind noch zwei weitere Aspekte zu bedenken, auf die wir aufgrund des begrenzten Umfangs hier nicht eingehen konnten. Dabei handelt es sich um folgende Themen:

1. Doppelte Kindeswohlsicherung: Wenn sich eine Minderjährige für das Austragen der Schwangerschaft entscheidet, geht es im weiteren Beratungsprozess um eine doppelte Kindeswohlsicherung: Es gilt, Wege zu finden, der jungen Mutter eine eigenständige Lebensperspektive und zugleich ihrem Kind eine gute Betreuung und Entwicklungsförderung zu ermöglichen (vgl. Dahmen et al., 2013; Fleßner, 2007).
2. Verhütung: Wir wissen, dass Schwangerschaften bei Minderjährigen oftmals durch Verhütungsspannen entstehen oder auch, weil gar nicht verhütet wurde (vgl. Matthiesen, 2008). Da die jungen Frauen und ihre Partner noch ganz am Anfang ihrer Sexual- und Verhütungsbio-graphie stehen, ist es besonders wichtig, ein Angebot zur weiteren Verhütung zu machen.

Alle diese Anforderungen zusammengekommen verdeutlichen die Komplexität und auch die Notwendigkeit besonderen Wissens für die Beratung Minderjähriger. Um Sicherheit zu erlangen, empfiehlt es sich, regelmäßig in einen kollegialen Austausch über die Beratungserfahrungen mit minderjährigen Schwangeren zu treten. Auch ein Ordner mit einer Übersicht der

wichtigsten Beratungspunkte kann hilfreich sein. Die Berater*in sollte auf eine gute Dokumentation achten, um bei weiterem Beratungsbedarf gut anknüpfen zu können. Die Möglichkeit dieses Beratungsangebots muss für Minderjährige niedrigschwellig zugänglich sein und es empfiehlt sich, das Beratungsangebot sowie Inhalte und Abläufe der Beratung über jugendspezifische Zugänge wie Social-Media-Accounts bekannt zu machen.

Literatur

- Antomo, J. (2020). Entscheidung über die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs: Plädoyer für ein Alleinentscheidungsrecht der einsichts- und urteilsfähigen Minderjährigen – Anmerkung zu OLG Hamm, Beschluss vom 29.11.2019 – 12 UF 236/19. *RdJB Recht der Jugend und des Bildungswesens*, 68(3), 395–420.
- Belling, D.W. (2007). Der Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen – eine ungelöste Aufgabe des Gesetzgebers. In P. Derleder (Hrsg.), *Festschrift für Wolf-Rüdiger Bub zum 60. Geburtstag: Wohnen, Bauen, Markt und Recht* (S. 455–492). Berlin: lexixion.
- Block, K. (2009). Erfahrungen mit der Schwangerschaftsabbruchversorgung. In S. Matthiesen, K. Block, S. Mix & G. Schmidt (Hrsg.), *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen* (S. 197–251). Köln: BZgA.
- Block, K. & Schmidt, G. (2009). Jugendliche Schwangere und ihre Partner. In S. Matthiesen, K. Block, S. Mix & G. Schmidt (Hrsg.), *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen* (S. 41–58). Köln: BZgA.
- BZgA (o. J.). Schwangerschaftsabbruch: Rechtslage, Indikationen und Fristen. <https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/schwangerschaftsabbruch-rechtslage-indikationen-und-fristen/> (22.02.2024).
- BZgA FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung (2007). *Teenagerschwangerschaften international*. 2/2007.
- Dahmen, B., Firk, C., Konrad, K. & Herpertz-Dahlmann, B. (2013). Adoleszente Mutterschaft. Entwicklungsrisiken für die Mutter-Kind-Dyade. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(6). <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000257>
- Delisle, B. (2015). Teenagerschwangerschaften und -abbrüche. Sozialpädagogische Sicht. In P. Oppelt & H.-G. Dörr (Hrsg.), *Kinder- und Jugendgynäkologie* (S. 144–148). Stuttgart: Thieme.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023). Zahl der Woche: Weniger Teenagermütter in Deutschland. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_41_p002.html (09.02.2024).
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2024). Schwangerschaftsabbrüche nach Alter/Quoten. Sowie Blatt 3.23 Altersspezifische Geburtenziffern (seit 1950) Altersjahrmethode. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/01-schwangerschaftsabbr-alter-quote-10tsd-je-altersgruppe_zvab2012.html (09.02.2024).
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (2019). Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)

- zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger. Eine Aktualisierung der Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. aus dem Jahre 2003 in der überarbeiteten Fassung aus dem Jahre 2011. <https://www.dggg.de/stellungnahmen/stellungnahme-zu-rechtsfragen-bei-der-behandlung-minderjaehriger> (09.02.2024).
- Döring, N. (2016). Jugendsexualität heute: Zwischen Offline- und Online-Welten. In M. Syring, T. Bohl & R. Treptow (Hrsg.), *YOLO- Jugendliche und ihre Lebenswelten verstehen. Zugänge für die pädagogische Praxis* (S. 220–237). Weinheim u. Basel: Beltz.
- Flaake, K. & King, V. (2003). *Weibliche Adoleszenz. Zur Sozialisation junger Frauen*. 4. Aufl. Weinheim: Beltz.
- Fleßner, H. (2007). Minderjährige Schwangere in der Beratung – Was soziologische und entwicklungspsychologische Erkenntnisse für die Beratungspraxis bedeuten. In Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.), *Herausforderungen in der Beratung Schwangerer* (S. 43–59). Hannover.
- Franz, J. & Busch, U. (2004). Schwangerschaften Minderjähriger – Hintergründe und beraterische Anforderungen. *FORUM Sexuaufklärung und Familienplanung*, 4. *Jugendliche Schwangere und Mütter*, 10–16.
- Friedrich, M. & Remberg, A. (2005). *Wenn Teenager Eltern werden ... Lebenssituation jugendlicher Schwangerer und Mütter sowie jugendlicher Paare mit Kind*. Köln: BZgA.
- Guttmacher Institute (2015). Adolescent pregnancy and its outcomes across countries. Fact sheet. <https://www.guttmacher.org/fact-sheet/adolescent-pregnancy-and-its-outcomes-across-countries#1> (09.02.2024).
- Jenni, O. (2021). *Die kindliche Entwicklung verstehen. Praxiswissen über Phasen und Störungen*. Berlin: Springer.
- Matthiesen, S. (2008). Wenn Verhütung scheitert – Qualitative und quantitative Analysen zu Verhütungspannen bei Jugendlichen. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 21(1), 1–25.
- Matthiesen, S., Block, K., Mix, S. & Schmidt, G. (2009). *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen*. Köln: BZgA.
- Passow, S. (2007). Die rechtliche Situation minderjähriger Schwangerer im Kontext der Schwangerschaftskonfliktberatung und beim Schwangerschaftsabbruch. In Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Frauen, Familie und Gesundheit (Hrsg.), *Herausforderungen in der Beratung Schwangerer* (S. 60–64). Hannover.
- Reutemann, I. (2007). Beratung als Pflicht. Schwangerschaftskonfliktberatung als Chance. *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 3, 104–107.
- Schmidt, G. (2009). Jugendsexualität und Jugendschwangerschaften: Zeitliche Trends. In S. Matthiesen, K. Block, S. Mix & G. Schmidt (Hrsg.), *Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen* (S. 13–27). Köln: BZgA.
- Schweiger, P. (2015). Schwangerschaftsabbruch. Studie belegt erneut die Entscheidungssicherheit von Frauen. *pro familia magazin*, 4, 23–24.
- WD – Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages (2023). Kurzinformation. Zum Schwangerschaftsabbruch bei Minderjährigen. <https://www.bundestag.de/resource/blob/951376/0f3674ac24fb89460e9143fa7e9c9576/WD-9-030-23-pdf.pdf> (09.02.2024).
- Weidinger, B., Kostenwein, W. & Dörfer, D. (2007). *Sexualität im Beratungsgespräch mit Jugendlichen*. 2. erw. u. erg. Aufl. Wien: Springer.

Biografische Notizen

Silja Matthiesen, Dr. phil., Dipl.-Soz., ist seit 2023 Geschäftsführerin am Familienplanungszentrum in Hamburg. Sie ist systemische Beraterin und empirische Sexualwissenschaftlerin und war von 2010 bis 2023 Herausgeberin der *Zeitschrift für Sexualforschung*. Von 2001 bis 2021 arbeitete sie als Wissenschaftlich Mitarbeiterin und Studienkoordinatorin am Institut für Sexualwissenschaft am UKE in Hamburg. Dort führte sie unter anderem gemeinsam mit Prof. Gunter Schmidt die Studie »Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen« im Auftrag der BZgA durch.

Annica Petri ist Sozialpädagogin, Sexualpädagogin (gsp) und Systemische Beraterin (SG) in Hamburg. Sie arbeitet seit 2004 im Familienplanungszentrum e.V. in Hamburg Altona. Dort führt sie Schwangerschaftskonfliktberatungen und Schwangerenberatungen durch, wobei ihr Schwerpunkt auf Beratungszugängen für minderjährige Schwangere und Schwangere mit Behinderung liegt. In der Sexuellen Bildung bietet sie Beratungen und Fortbildungen rund um die Begleitung kindlicher Sexualentwicklung und inklusive Sexuelle Bildung an. Sie führt seit vielen Jahren den Zertifikatskurs »Sexualpädagogische Kompetenz in Kitas« durch und koordiniert das Hamburger Vernetzungstreffen »Runder Tisch Sexualität inklusiv«.

Beratung von trans* Personen bei ungewollter Schwangerschaft

Ein Interview mit Robin Ivy Osterkamp

In diesem schriftlichen Interview, das im Januar 2024 stattfand, interviewt Eva Maria Lohner (EML) Robin Ivy Osterkamp (RIO) zur Beratung von trans* Personen, die ungewollt schwanger sind.

Robin Ivy Osterkamp arbeitet hauptberuflich in Hannover in der Landesfachstelle Trans* im Queeren Netzwerk Niedersachsen e. V. Zusätzlich ist Robin Ivy Osterkamp ehrenamtlich im Vorstand des Bundesverband Trans* tätig.

EML: Wir sprechen gleich genauer über die Besonderheiten, Anforderungen und Zukunftsperspektiven in der Beratung von ungewollt schwangeren trans* Personen. Vielleicht können Sie zum Einstieg ein paar Sätze zu den verwendeten Begrifflichkeiten sagen?

RIO: Wenn ich nachfolgend von trans* Personen schreibe, dann nutze ich trans* als Adjektiv, das Menschen beschreibt, die sich nicht mit dem Geschlecht identifizieren, das ihnen bei der Geburt anhand der äußeren Genitalien zugeschrieben wurde. Wenn Menschen sich (teilweise) außerhalb der Binarität von (nur) Mann oder Frau identifizieren, nutze ich den Begriff nicht-binär. Inter* Personen sind Menschen, deren Körper aufgrund biologischer Besonderheiten wie beispielsweise Chromosomen, Hormonen oder Genitalien nicht in die klassische medizinische Norm von entweder männlich oder weiblich passen. Menschen, die sich mit dem bei der Geburt zugeschriebenen Geschlecht identifizieren, werden als cis bezeichnet. Die Sternchen hinter trans* und inter* zeigen die vielfältigen Identitätskategorien auf, die dahinter stehen können. So werden beispielsweise die Kategorien »Transident, Transgender, Transsexuell, etc.« nicht einzeln aufgezählt, sondern das Sternchen dient als Platzhalter, um die Heterogenität dieser Gruppe aufzuzeigen.

All diese Personengruppen, genauso wie Menschen, die Geschlecht auf noch einmal andere Art und Weise leben, spiegeln die geschlechtliche Vielfalt, die es in unserer Gesellschaft gibt, wider. All diese Personengruppen können unterschiedliche Körper haben. Keine dieser Arten von Geschlechtlichkeit hat einen inhärenten Krankheitswert. Vielmehr stellen sie natürliche Varianten menschlicher Vielfalt dar. Der gesellschaftliche Umgang und die daraus entstehende psychosoziale Belastung können aber sehr wohl zu gesundheitlichen Einschränkungen führen, die dann auch auf verschiedenen Ebenen dringend behandlungsbedürftig sein können.

EML: Welche spezifischen Themen und Fragen bringen trans* Personen, die ungewollt schwanger sind, in die § 219-Beratung mit?

RIO: Zu den besonderen Themen, die trans* Personen in die Beratung mitbringen können, zählt vor allem der Aspekt der Geschlechtsdysphorie. Sie beschreibt den Leidensdruck, der entstehen kann, wenn Geschlechtsidentität und Körper für eine Person nicht übereinstimmen. Dysphorie kann aber auch durch falsche Ansprachen oder Zuschreibungen entstehen. Der Leidensdruck, ausgelöst durch eine Schwangerschaft, die für viele Menschen klar weiblich besetzt ist, kann zu einer starken psychischen Belastung führen. Diese Belastung darf nicht relativiert oder ignoriert werden und kann durchaus auch der Grund dafür sein, dass eine Person die § 219-Beratung überhaupt aufsucht. Dysphorie kann auch für trans* Personen ein Thema sein, wenn sie selbst noch nicht wissen, dass sie trans* sind. Die Dysphorie kann für diese Menschen also große Verunsicherung auslösen. Gemeinsam mit der Dysphorie ist auch die Auswirkung der Schwangerschaft auf die eigene Geschlechtlichkeit eine Frage, die aufkommen kann. Gegebenenfalls werden Selbstverständnisse in Bezug auf die Gefühle über die Schwangerschaft überdacht oder es braucht Unterstützung dabei, diese Gefühle mit der eigenen Geschlechtlichkeit zu vereinen.

Neben der Dysphorie birgt die Schwangerschaft auch die Gefahr des Outings. Trans* Menschen können auch bei Einnahme von Testosteron schwanger werden. Wenn ihr Umfeld sie nur nach der Transition¹ kennt und nichts von ihrem trans* Status weiß, kann

1 Eine Transition beschreibt den Prozess der Geschlechtsangleichung. Diese findet gewöhnlicherweise auf drei Ebenen statt: sozial (z. B. Coming-out, Änderung des Auftre-

eine Schwangerschaft diesen trans* Status ungewollt offenlegen. Hier würde bereits das Aufsuchen der Schwangerschaftskonfliktberatung zum Problem werden, da bereits dieser Schritt mit einer geschlechtlichen Zuschreibung verbunden sein kann. Auf der anderen Seite sind nicht alle trans* Personen in der Schwangerschaftskonfliktberatung als solche erkennbar, was die bedarfsorientierte Beratung erschwert.

Gleichzeitig werden in der praktischen Sexualaufklärung außerhalb queerer Initiativen queere Personen – aber vor allem trans* und inter* Personen – häufig nicht mitgedacht. In der theoretischen Auseinandersetzung werden diese Perspektiven langsam sichtbarer, da queere Themen in verschiedenen Forschungsfeldern mehr Relevanz erhalten. Zusätzlich gibt es hier große Wissenslücken zu schließen, die dann auch in die Gesellschaft getragen werden müssen. So wissen beispielsweise viele nicht, dass das Ausbleiben der Periode durch Testosteroneinnahme keinen verhütenden Effekt hat. Auch die Auswirkungen einer Hormontherapie auf die Schwangerschaft werden sowohl in der medizinischen Aufklärung als auch in der Forschung kaum thematisiert. Weitere Unklarheiten finden sich bei der Frage, wie eine Schwangerschaft bei einer trans* Person überhaupt aussehen und so gestaltet werden kann, dass die Person nicht zu stark unter Dysphorie leidet. Hier fangen auch trans* Communities erst seit Kurzem an, ihre Erfahrungen zu teilen. Fehlende Vorbilder bzw. Handlungsmöglichkeiten können hier ebenfalls Thema der Beratung sein.

Dazu kommt, dass trans* Personen generell stärker von sexualisierter Gewalt betroffen sind. Zwar gibt es keine Zahlen aus Deutschland, der US Transgender Survey 2015 gibt jedoch an, dass knapp die Hälfte aller Befragten sexualisierte Gewalt erlebt haben (vgl. James et al., 2016, S. 13). Demzufolge bedarf es hier einer entsprechenden Sensibilität seitens der Fachkräfte. Auch Themen von Sexarbeit können hier eine bedeutende Rolle spielen. Neben der gewählten Berufstätigkeit ist Sexarbeit vor allem aufgrund von Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt oder fehlender Arbeitserlaubnis für einige trans* Personen eine wichtige Einkommensquelle, die gegebenenfalls zu ungewollten Schwangerschaften führen kann.

tens), rechtlich (Änderung von Vornamen und/oder Personenstand) und medizinisch (z.B. Hormontherapie, operative Eingriffe). Jede Transition ist individuell und muss auf die Bedarfe der jeweiligen Person abgestimmt sein.

Darüber hinaus bringen trans* Personen auch all die Fragen und Themen mit, die alle anderen Menschen bei Erwägung eines Schwangerschaftsabbruchs bewegen.

EML: Wie würden Sie den Status quo in Bezug auf die Beratung von trans* Personen, die ungewollt schwanger geworden sind, bewerten? Wo finden sie Informationen und Unterstützung?

RIO: Es gibt bislang kaum Informationen zu dem Thema ungewollte Schwangerschaft und geschlechtliche Vielfalt, vor allem keine gut zugänglichen Informationen in deutscher Sprache. Gründe dafür sind zum einen der bis 2011 durch das Transsexuellengesetz geltende Sterilisationszwang zur Änderung des Personenstands und zum anderen die erst langsam überdachte Auffassung, dass trans* Männer keinen penetrativen Vaginalsex haben. Auch nicht-binäre Menschen werden erst seit wenigen Jahren explizit mitgedacht, sichtbarer in trans* Communities und entsprechend in Diskussionen über Familienplanung überhaupt benannt. Das Thema Schwangerschaft (ob gewollt oder ungewollt) ist damit erst seit Kurzem überhaupt im Kontext trans* »denkbar«, weswegen weder in Forschung noch in Aktivismus oder Fachpraxis ausreichend Wissen zu diesem Thema existiert. Zudem liegt der Fokus dabei dann oft erst einmal auf Wunschschwangerschaften, die für viele trans* Personen lange nicht möglich waren.

Es ist aber zu beobachten, dass sich derzeit immer mehr Beratende aus unterschiedlichen Beratungsangeboten zu Themen geschlechtlicher Vielfalt weiterbilden. In manchen Fällen bieten Beratungseinrichtungen LSBTI*-Beratung und Schwangerschaftskonfliktberatung an. Ausgewiesen trans*freundliche Angebote zur Schwangerschaftskonfliktberatung gibt es aber kaum, auch wenn teils eine Sensibilität für das Thema da ist. Denn LSBTI*-Beratung ist nach wie vor oft vor allem auf Themen von sexueller Orientierung ausgerichtet. Das birgt immer das Risiko, dass Personen in einer ohnehin bereits belastenden Situation weitere Diskriminierung erfahren. Trans* Personen, die in die Schwangerschaftskonfliktberatung gehen, haben also vereinfacht drei Möglichkeiten:

1. Sie verheimlichen ihr Trans*-Sein und nehmen die Beratung als »Frau« in Anspruch,
2. sie kontaktieren eine Trans*-Beratung, in der Hoffnung, dass diese Kontakte zu einer trans*freundlichen § 219-Beratung haben,

3. sie gehen offen in die Schwangerschaftskonfliktberatung, in der Hoffnung, dass sich die Diskriminierung so gering wie möglich hält.

EML: Welche Veränderungen sind aus Ihrer Sicht nötig, um die Beratung an den Bedürfnissen und der Selbstbestimmung von trans* Personen, die ungewollt schwanger sind, zu orientieren?

RIO: Zentral ist meiner Auffassung nach, dass jede Schwangerschaftskonfliktberatung geschlechtliche Vielfalt mitdenkt. Dabei muss nicht jede beratende Person Expertise zum Thema haben, aber wenn bereits eine Person im Team ein Verständnis von geschlechtlicher Vielfalt hat, das über die oberflächliche Kenntnis hinausgeht, ist bereits viel gewonnen. Dazu zählt zum einen, dass trans* Männer schwanger werden können, aber auch, dass eine Schwangerschaft eine nicht-binäre Person, der bei Geburt das weibliche Geschlecht zugeschrieben wurde, nicht »wieder zur Frau« macht. In der Praxis braucht es dafür, denke ich, viel Auseinandersetzung damit, wie ich mit einer Person umgehe, die ich als Frau wahrnehme und die mir sagt, sie ist ein Mann oder nicht-binär. Fachkräfte müssen sich unter Umständen von Rollenbildern lösen, die ja schon dabei anfangen, dass Männer (egal, ob trans* oder nicht) diejenigen sind, die penetrieren, aber nicht penetriert werden. Aber auch die Vorstellung, dass alle trans* Personen ihren Körper bis zum Maximum an cisgeschlechtliche Körper anpassen wollen, muss kritisch hinterfragt werden.

Zudem kann es hilfreich sein, trans* Personen in Informationsmaterialien explizit anzusprechen und zu signalisieren: Wir wissen, dass auch trans* Menschen Schwangerschaftskonfliktberatung brauchen. Denn allein das ist etwas, das nicht immer klar ist.

Vielen trans* Menschen wäre schon geholfen, wenn sie die Schwangerschaftskonfliktberatung als einen Raum wahrnehmen, in dem sie nicht aufgrund ihrer Körperlichkeit als Frau zugeordnet werden, sondern so existieren dürfen, wie sie sind. Und auch, wenn die Haltung dazu schon bei vielen Beratungsfachkräften da ist, bedarf es immer wieder deren Reflexion.

EML: Wie kann das *medizinische und psychosoziale Versorgungssystem* noch stärker aus Sicht von trans* Personen, die ungewollt schwanger sind, gedacht werden?

RIO: Es braucht generell mehr Wissen zu trans* und Schwangerschaft. Sowohl auf der Ebene empirischer Studien als auch auf Ebene des Er-

fahrungswissens in den Versorgungssystemen. Trans* Personen sind in der Vorstellung der meisten Menschen sterile Wesen, die aufgrund ihrer Geschlechtlichkeit – die dann oft sehr heterogen gedacht wird – eben nicht schwanger werden. Und das, obwohl trans* Menschen sehr oft sexualisiert werden. Dabei spielt auch die eigene Einstellung zu Schwangerschaft eine große Rolle. Wenn ich Schwangerschaft als essenziellen Aspekt von Weiblichkeit sehe, wird es mir schwerfallen, einen schwangeren trans* Mann in der Beratung adäquat zu versorgen.

Dabei gibt es auch viel Unwissenheit in der Gynäkologie dazu, wie sich beispielsweise Uterus und Ovarien bei langfristiger Testosterongabe verhalten. Auch der angemessene Umgang mit trans* Personen ist in vielen gynäkologischen Praxen schlichtweg nicht gegeben, was zu einer weiteren Barriere in der Planung eines Schwangerschaftsabbruchs führt. Gleichzeitig betrifft das die reproduktive Gesundheit von trans* Personen insgesamt, wenn Früherkennungsuntersuchungen nicht durchgeführt werden, weil Praxen nicht trans*sensibel sind oder sich weigern, Menschen mit einem anderen Personenstand als weiblich zu behandeln.

Trotzdem glaube ich: Der Wille, trans* Personen im Bereich Schwangerschaft – und damit auch in der Schwangerschaftskonfliktberatung – gut zu unterstützen, ist in der Beratungslandschaft da. Ich vermute, es ist nur vielen Menschen nicht möglich, weil sie selbst nicht viel über das Thema wissen und vielleicht auch nicht oft genug damit in Kontakt kommen.

Bei dem Wissen, das in Deutschland zum Thema ungewollte Schwangerschaften von trans* Personen bislang vorhanden ist, handelt es sich vor allem um Erfahrungswissen und Expertise in Vereinen und Trans*-Beratungsstellen, die trans* Lebenswelten sowohl aus der eigenen Biografie als auch aus ihrer Arbeit mit trans* Klient*innen gut kennen. Wenn es hier zu mehr Vernetzung und Austausch kommt, können beide Systeme – also Trans*-Beratung und Schwangerschaftskonfliktberatung – voneinander profitieren. Hier könnten beispielsweise Beratungsstellen, die § 219-Beratung anbieten, auch Kontakte zu trans*freundlicher Gynäkologie erfragen oder in ihren eigenen Netzwerken auf die Relevanz einer guten reproduktiven Gesundheitsversorgung von trans* Personen hinweisen. So könnten sich trans*freundliche Verweismöglichkeiten weiterentwickeln oder durch gemeinsame Fortbildung geschaffen werden. Es müssen empi-

rische Studien in Auftrag gegeben werden, um einerseits dieses Erfahrungswissen wissenschaftlich aufzubereiten und andererseits medizinische Grundlagen für eine adäquate Versorgung zu schaffen.

EML: Wie sollte sich die Beratungslandschaft bzw. psychosoziale Versorgung in *Zukunft* entwickeln? Wie kann eine auf allen Ebenen von Stigma und Scham befreite psychosoziale Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen aussehen?

RIO: Generell sollten wir Schwangerschaft als etwas denken, das mit dem Körper einer Person zusammenhängt, nicht unbedingt mit ihrem Geschlecht. Das bedeutet nicht, dass wir ignorieren, dass Themen rund um Schwangerschaft weiterhin vorrangig cis Frauen betreffen. Gleichzeitig sollte Schwangerschaftskonfliktberatung Offenheit für trans* Personen und auch generell queere Menschen deutlich kommunizieren. Hier besteht die Herausforderung darin, § 219-Beratung geschlechtsneutral zu machen, ohne aber die strukturelle und gesellschaftliche Position von Frauen in Bezug auf dieses Versorgungssystem zu ignorieren oder unsichtbar zu machen.

Außerdem müssen wir davon wegkommen, eine ungewollte Schwangerschaft als persönliche Verfehlung zu sehen. Ein Großteil aller Menschen hat Sex und der kann nun einmal unter bestimmten Umständen zur Schwangerschaft führen – ganz unabhängig von der Geschlechtsidentität. Daran ist nichts verwerflich. Auch nicht, wenn diese Schwangerschaft ungewollt oder aufgrund der Lebensumstände zum jeweiligen Zeitpunkt nicht möglich ist. Das gilt noch einmal stärker, wenn die Schwangerschaft auf gewaltsame Weise zustande gekommen ist.

Aus trans* Perspektive ist es zudem wichtig, dass zukünftig eine wohnortnahe trans*freundliche Beratung im Schwangerschaftskonflikt möglich ist. Trans* Personen auf dem Land bringt es kaum etwas, wenn sie weite Wege in die nächste Großstadt auf sich nehmen müssen, um dort versorgt zu werden. Hierzu zählt auch der Ausbau digitaler Informationsmöglichkeiten, und auch hier ist die direkte Ansprache von trans* Personen in eben diesen Informationsangeboten zentral. Trans* Personen gehen oft mit sehr viel Misstrauen in Gesundheitsstrukturen. Explizite Repräsentationen und Ansprachen auf Websites oder anderen Materialien können helfen, dieses Misstrauen abzubauen. Diese Repräsentation muss dann über die Sichtbarmachung von Geschlecht mittels Sternchen oder Doppelpunkt

hinausgehen, indem geschlechtliche Vielfalt als Thema wirklich angesprochen wird. Wenn beispielsweise auf der eigenen Webpräsenz mit Sternchen Geschlecht sichtbar gemacht wird, Schwangerschaftskonfliktberatung aber weiterhin als Angebot (nur) für Frauen bezeichnet wird, ist die sprachliche Repräsentation von trans* Menschen nicht gelungen. Andersherum sind trans* Menschen oft bereit, weite Wege auf sich zu nehmen, wenn sie das Gefühl haben, gut und sicher aufgehoben zu sein.

EML: Was braucht es für die Ausbildung von *Fachkräften* angesichts der von Ihnen skizzierten Zukunftsperspektiven?

RIO: Für zentral halte ich hier, dass in den Ausbildungen und Studiengängen der Sozialen Arbeit, aber auch im Medizinstudium geschlechtliche Vielfalt thematisiert wird. Und das sollte meiner Meinung nach nicht nur in Form einer theoretischen Unterrichtseinheit passieren, die womöglich überwiegend auf aktuellen oder älteren Publikationen von cis Personen basiert. Wünschenswert ist hier, dass zukünftig noch stärker das Wissen und die Expertise aus den Communities in Aus- und Weiterbildungen einbezogen wird. Hochschulen, Universitäten und Berufsschulen, aber auch Fort- und Weiterbildungsträger sollten trans*, inter* und nicht-binäre Menschen in Ausbildungen mit einbeziehen, um direkte Berührungspunkte zu schaffen. Dieses Wissen aus den Communities bezieht sich dann auch meistens auf die Lebensrealitäten von trans* und nicht-binären Personen und kann Beratungsfachkräften einen anderen Einblick geben, als es Daten und Zahlen aus Studien können. Es ermöglicht ihnen ein tieferes Verständnis und einen besseren Zugang zu dieser Zielgruppe.

Das Thema muss aber trotzdem auch im Querschnitt gedacht und nicht nur einmal thematisiert werden, sondern auch in andere Lehrinhalte einfließen. Nur wenn geschlechtliche Vielfalt konsequent mitbehandelt wird, kann sich im medizinischen und beraterischen System eine Selbstverständlichkeit entwickeln. Und mit dieser Selbstverständlichkeit wird es dann auch einfacher, zwischen den Bedürfnissen von cis Frauen und trans* Personen zu navigieren, ohne das Gefühl zu haben, sie gegeneinander ausspielen zu müssen, wie es der mediale und gesellschaftliche Diskurs derzeit häufig suggeriert. Denn im Endeffekt haben Schwangerschaftskonfliktberatungen und trans* Communities alle das gleiche Ziel und das ist die (reproduktive) Selbstbestimmung über unsere Körper.

Literatur

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. & Anafi, M. (2016). *Executive summary of the report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. Washington, DC: National Center for Transgender Equality.

Biografische Notiz

Robin Ivy Osterkamp (kein Pronomen), M. A. Geschlechterforschung, ist Referent*in für trans* und nicht-binäre Themen in der Landesfachstelle Trans* des Queeren Netzwerk Niedersachsen e.V. Ehrenamtlich ist Robin Ivy Osterkamp im Vorstand des Bundesverband Trans* tätig.

Teil IV

Zukunftsperspektiven auf die Beratung und Versorgung ungewollt Schwangerer

Zwischen Autonomie und Institutionalisierung

Beratung von ungewollt Schwangeren unter der Perspektive von Digitalisierung und Digitalität

Marc Weinhardt

1 Einleitung

Fragen der Nutzung digitaler Technologien stellen ein Dauerthema mit hoher Relevanz für Beratung dar. Dies gilt für die Beratungspraxis und die Beratungsforschung gleichermaßen. Beide werden durch das hohe Innovationstempo digitaler Technologien und den dadurch forcierten sozialen Wandel permanent im Spannungsfeld zwischen »Euphorie und Skepsis« (Rietmann et al., 2019) herausgefordert. Für Beratung im Speziellen und Soziale Arbeit im Allgemeinen lässt sich hierbei beobachten, dass neben generalisierten und breit akzeptierten Denkfiguren wie zum Beispiel der Annahme einer zunehmend mediatisierten Welt (Krotz, 2020) große Unterschiede hinsichtlich der Nutzung digitaler Technologien in den verschiedenen Arbeitsfeldern auffindbar sind (Graßhoff & Weinhardt, 2023). Eine meist nicht explizierte Grundannahme in der Beobachtung dieser Unterschiede ist, bisherige Prämissen von Beratung und Sozialer Arbeit unangetastet zu lassen – beispielsweise im Ansatz von Kutscher, die das Digitalisierungsgeschehen so fasst, dass in der klassischen Dienstleistungstriade aus Adressat:innen, Professionellen und Organisationen zunehmend digitale Medien hinzutreten (Kutscher, 2019, S. 43). Eine in dieser Weise vorstrukturierte AnalyseEinstellung kann das Neue in den hinzukommenden digitalen Technologien deutlich sichtbar machen, führt aber andererseits eine Perspektivierung mit sich, in der digitale Technologien und ihre Verwendung gegenüber dem traditionellen Vorgehen in Anschlag gebracht werden, zum Beispiel in der Formel des Suchens nach Unterschieden zwischen »digitalisierten und nicht digitalisierten Tätigkeiten« (ebd., S. 44). Weiterführende Konsequenzen einer so vorgenommenen Essenzialisierung traditioneller Sozialer Arbeit einerseits und digitaler Technologien andererseits sind ein bis heute anhaltendes Primat von Kopräsenz und

physischem Raum sowie die daraus folgende, oft nur implizit angedeutete Nachrangigkeit digitaler Handlungspraktiken. Auch nach zahlreichen Digitalisierungsschüben, die Beratung seit der Einführung von E-Mail-Beratung als »virtuelle Couch« (Stump & Oltmann, 1999) bis hin zum pandemischen Durchbruch der Videoberatung im deutschsprachigen Raum durchlaufen hat (Weinhardt, 2022), sind die schräg gegenübergestellten Korbsessel der Archetyp der Beratungssituation: Hier, an konkreten Orten, treffen sich der reflexions- und beratungsbereite Homo Consultabilis (Thiersch, 2009, S. 132) und die Beratungsfachkraft und gestalten in der Unmittelbarkeit der Begegnung von Menschen, Dingen und Symbolen Beratungsräume (Löw, 2019). Wenig hinterfragt wird dabei angenommen, dass solche Begegnungen das Maximum an Beziehungsintensität ermöglichen, mit Abstand gefolgt von digitalen Optionen, die sich so gelesen wieder in die altbekannte Reihenfolge der vermeintlichen Unmittelbarkeit bringen lassen: Video, Mail, Chat, Messenger, automatisierte Systeme. Die so entstehende Nachrangigkeit digitaler Beratung ist dabei gut getarnt, denn die Digitalisierungsbranche ist ein prosperierender Zweig der Wohlfahrtsindustrie. Alle Träger sind, ablesbar an zahlreichen Stabsstellen Digitalisierung, mit der Entwicklung digitaler Beratungsoptionen bis hin zu eigenständigen Apps beschäftigt. Und in der Tat bekommen auch ungewollt Schwangere von allen größeren Anbieter:innen digitale Beratungsangebote zur Verfügung gestellt. Der Beratungsschein nach § 7 SchKG kann jedoch trotz aller Rede um Digitalisierung nur in persönlichen Beratungen erlangt werden – obwohl der anonymisierende Schutz ungewollt Schwangerer gesetzlich vorgesehen ist, ungewollt Schwangere aus vielen Gründen als besonders vulnerable Zielgruppe eingeschätzt werden (Bradl & Lehmann, 2021) und die Nachbarprofession Medizin in einem ersten Modellprojekt die Beratung und den eigentlichen Schwangerschaftsabbruch zwar als ärztliche Videoberatung gestalten kann, deren Durchführung aber immer noch eine Präsenzberatung zur Erlangung des Beratungsscheines erfordert. Am Beispiel der Beratung ungewollt Schwangerer zeigen sich damit die von Anfang an eingelagerten zentralen Widersprüche in der Gestaltung digitaler Beratungsangebote (Traschütz-Hartmann & Schyma, 2013), die zwar aufgrund der Eigenschaften digitaler Technologien entzeitlichte und entörtlichte Begegnungen ermöglichen können und damit Autonomie versprechen, letztendlich aber im bisherigen Stand der Entwicklung vorhandene Grenzen in institutionalisierten Beratungen ungewollt Schwangerer auch in der Sphäre digitaler Beratung festigen.

Der vorliegende Beitrag, eingeladen als versuchsweiser Blick in die ungewisse Zukunft der Beratung ungewollt Schwangerer, ist zur Erhellung solcher und weiterer Widersprüche und Herausforderungen aus einer bestimmten Perspektive auf digitale Beratung geschrieben: Im Zentrum stehen die beraterischen Handlungspraktiken selbst, die mit und durch digitale Technologien ermöglicht werden, und gerade nicht ihre vermeintlich selbstläufige Gebundenheit an institutionelle Gegebenheiten der Beratungslandschaft. Dies öffnet gerade in normativ aufgeladenen Beratungsfeldern wie der Beratung ungewollt Schwangerer den Blick auf widerständige, illegitime und stellenweise auch illegale Praktiken digitaler Beratung, die genutzt werden, um jenseits institutioneller Einschränkungen Autonomie im Umgang mit existenziellen Fragen zu finden und die möglicherweise jenseits der sozialmanageriellen Digitalisierungsnarrative Ausblicke auf mögliche Zukünfte dieses Beratungsfeldes geben können.

Hierzu wird zunächst eine Heuristik von *Doing Digitality* entfaltet, die sich im Kontext der neueren sozialpädagogischen Digitalitätsforschung als produktives Werkzeug zur Änderung des Blickwinkels auf digitale Handlungspraktiken erwiesen hat (Schmitz et al., 2022; Weinhardt, 2021a; Weinhardt et al., 2022). Auf Basis dieser Perspektivierung wird in einem offenen Fazit sichtbar gemacht, dass das autonomiefördernde und empowernde Potenzial digitaler Technologien nicht automatisch als Folge der Institutionalisierung digitaler Beratung zutage tritt, sondern auch durch diese eingeschränkt und unsichtbar gemacht werden kann.

2 ***Doing Digitality*: Beraterische Handlungspraktiken mit digitalen Dingen**

Abbildung 1 stellt die Heuristik von *Doing Digitality* vor, die zunächst in sehr allgemeiner praxistheoretischer Lesart (Reckwitz, 2003; Schäfer, 2016) digitale Beratungen als Praktiken versteht, in denen Adressat:innen und Fachkräfte digitale Technologien im weitesten Sinne nutzen.¹ Digitale Technologien werden in dieser Perspektive zunächst als relativ unspezifische digitale Dinge aufgefasst, die neben dem Gebrauch von Körpern und

1 Dieses Kapitel stellt aus Überblicksgründen eine gestraffte und angepasste Zusammenfassung bereits publizierter Texte zu *Doing Digitality* in der Beratung (Weinhardt, 2020; 2021a; 2022; 2023a) dar.

Symbolen digitale Beratungspraktiken als *Doing Digitality* in der Beratung konstituieren. Digitale Beratung erscheint also hier nicht als zweckrationaler Einsatz digitaler Technologien mit vermeintlich objektiv zugeschriebenen Medieneigenschaften, vielmehr soll dieses zunächst abstrakte Konzept digitaler Beratungspraktiken eine analytische Engführung auf bestimmte Formen, Dienste und Angebote (z. B. als Mailberatung, Chatberatung, Videoberatung oder Messengerberatung etc.) im Kontext institutioneller Verzweckung verhindern.

Ein Smartphone (in seiner je spezifischen Bauart aus Hardware und Betriebssystem), eine Beratungssoftware, die auf einem bestimmten Computer aufgerufen wird, eine Spezialapp eines Trägers mit Installationszwang, ein im ruhigen Homeoffice befindlicher, hochwertig ausgerüsteter Computer mit Videokonferenzsoftware und ausgeklügelter Beleuchtung sind digitale Dinge, die ganz unterschiedliche digitale Beratungspraktiken hervorbringen können.

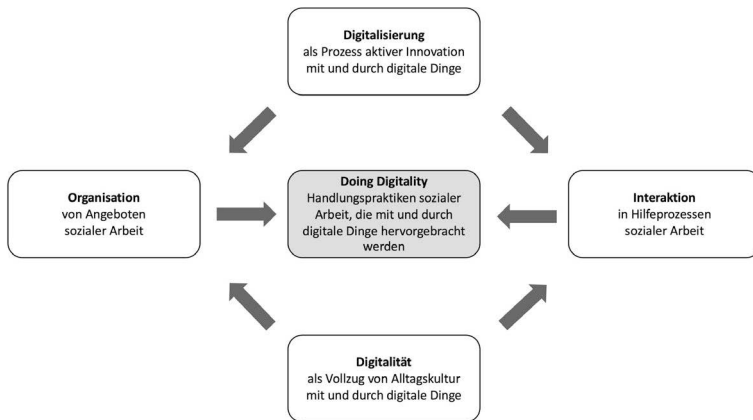


Abb. 1: *Doing Digitality* (Weinhardt, 2021b, S. 7)

Nimmt man diese Perspektive ein, wird die große Vielfalt alltäglicher, kreativer, widerständiger und bisweilen illegaler (z. B. datenschutzunkonformer) digitaler Beratungspraktiken als Koproduktion zwischen Adressat:innen, Fachkräften und digitalen Dingen sichtbar. Die digitale Beratung einer obdachlosen, ungewollt Schwangeren, die sich durch wackeliges Video, in Sorge vor leerem Akku und aufgebrauchtem Datenguthaben in der nur notdürftig abgeschirmten Öffentlichkeit vollzieht, wird dann bei-

spielsweise als vollkommen andere Art digitaler Beratung sichtbar als ein Beratungsgespräch aus dem bestens präparierten Homeoffice heraus, das unter Nutzung aller technischen Feinessen und nach geplantem Vorlauf absolviert wird – obwohl unter der derzeit vorherrschenden Perspektive der Sortierung nach Medientypen und Medieneigenschaften beide als Videoberatung rubriziert werden. Es ließen sich, ausgehend von solchen maximal kontrastierenden Beispielen, viele weitere heterogene Praktiken aus einer solchen ethnografischen Perspektive der beraterischen Nutzung digitaler Dinge anführen.

Da die Heuristik von *Doing Digitality* im Kontext einer zunächst pragmatisch angelegten Theoriesuchbewegung im Rahmen der neueren sozialpädagogischen Digitalitätsforschung entstanden ist, enthält sie eine weitere Annahme, nämlich die Unterscheidung zwischen Digitalisierung und Digitalität.² Digitalisierung meint dabei diejenigen zielgerichteten, intendiert hergestellten Innovationsprozesse, die über veränderte Organisations- und Interaktionsweisen des Sozialmanagements (Schröer, 2017) digitale Dinge in Handlungspraktiken der Sozialen Arbeit einführen. Ein Beispiel sind die Beratungssapps, die durch große Wohlfahrtsverbände entwickelt und eingeführt wurden und textbasierte Beratung in einer ganz bestimmten Weise stark institutionalisiert haben (Download und Installation, standardisierte Datenschutzerklärungen, Registrierung, Vorgabe bestimmter Formate etc.). Digitalität (Negroponte, 1997; Stalder, 2017) meint hingegen den Vollzug von Alltagskultur mit und durch digitale Dinge und bezogen auf digitale Beratung, das Hineintragen dieser Dinge in Hilfeprozesse durch Adressat:innen und Fachkräfte. Solche Graswurzelprozesse sind Sozialer Arbeit gerade nicht fremd, sie werden aber immer wieder vom geschäftigen Betrieb des Innovierens entlang sozialmanagerieller Vorgaben überdeckt. Bereits Bolay und Kuhn haben diese informellen Praktiken (Mishna et

2 Eine so angelegte Hinzunahme eines manageriell geprägten (Digitalisierung) sowie eines lebensweltlich-alltagskulturell (Digitalität) gebundenen Weges, des Einzuges digitaler Praktiken in Hilfeprozesse Sozialer Arbeit ist unter einigen praxistheoretischen Theorieperspektiven kritisierbar. Im Zuge der Verhandlung »flacher Ontologien« (Schatzki, 2016) ist beispielsweise strittig, ob neben der Ebene der thematisierten Praktiken weitere Ebenen wie Kontexte oder Meso/Makro-Unterscheidungen aufgenommen werden sollen. Die Arbeit an der Heuristik hat jedoch erst begonnen und wirft noch zahlreiche weitere Fragen in der Präzisierung künftiger Theorieanlagen auf, zum Beispiel hinsichtlich des Ausmaßes einer eigenständigen Akteurschaft digitaler Dinge mit hoher interaktiver Komplexität, wie sie in der avatarisierten Beratung (Weinhardt, 2023b) bereits auffindbar sind.

al., 2017; 2021) als »Wilde PC am Arbeitsplatz« (Bolay & Kuhn, 1993) von Sozialpädagog:innen rekonstruiert, und schon in der zeitgeschichtlich frühen E-Mail-Beratung lässt sich das Entstehen einiger Dienste durch Umnutzung von nur zur Kontaktaufnahme gedachten E-Mail-Adressen durch Adressat:innen nachweisen (Weinhardt, 2009).

3 Fazit: Digitale Beratung als Befreiungsmaschine und Zurichtungsapparat

Welche Reflexions- und Entwicklungsperspektiven bietet die so entfaltete Heuristik für die digitale Beratung von ungewollt Schwangeren? Unmittelbar einleuchtend dürften die schon in der Einleitung erwähnten Beobachtungen sein, dass digitale Beratung entlang des institutionalisierten Pfades längst Eingang in die Beratungslandschaft gefunden hat (im Überblick Weinhardt, 2022) und jenseits thematischer Spezifika ein entfalteter Diskurs mit zugehörigem kanonisiertem Lehrbuchwissen (z. B. Engelhardt, 2021; Hörmann et al., 2023) existiert. Routinemäßig verhandelt werden hier Fragen der methodischen Gestaltung digitaler Beratungsangebote, technische und datenschutzbezogene Aspekte sowie Fragen der Hybridität und die verschiedenen Kombinationsmöglichkeiten digitaler und ko-präsenter Beratungsformate – zusammengekommen sicher eine Erfolgsgeschichte digitaler Beratung, die im Beitrag von Nitzsche, Wienholz & Böhm in diesem Band gewürdigt wird und sich in der Heuristik entlang der Pfade zu Digitalisierung nachvollziehen lässt. So gesehen hat sich in Deutschland die traditionelle, in Kopräsenz erbrachte Beratung von ungewollt Schwangeren digital erweitert, wobei diese Angebote gerade in der oft zeitkritischen und existenziellen Kernfrage des Erlangens eines Beratungsscheines nach § 219 StGB online stark eingeschränkt sind. Diese Einschränkung zeigt sich zum Beispiel über den notwendigen Bezug zu einer örtlichen Beratungsstelle, an der Schwangere dann doch vorstellig werden müssen (zu den rechtlichen Bewertungen unterschiedlicher digitaler Beratungsformate in der Beratung von ungewollt Schwangeren siehe Kubiciel, 2020), um zumindest eine Videoberatung als digitales Format in Anspruch nehmen zu können. Darin zeigt sich, dass Videoberatung gerade nicht als eigenständiges digitales Format gezählt wird, sondern die Präsenzform strukturanalog abbildet, was konsequenterweise in allen Onlineberatungsportalen für ungewollt Schwangere entsprechend ausgewiesen wird.

Folgt man in der Heuristik hingegen dem Pfad der Digitalität, so lässt sich am Beispiel der Beratungsinitiativen wie Women on Web (Gomperts et al., 2008) zeigen, dass digitale Optionen weitaus radikaler gedacht werden können als sie in staatlich anerkannten, institutionalisierten Formen angeboten werden. Sie erfüllen dabei eine bedeutsame Funktion, und zwar gerade nicht nur in Staaten mit restriktiver Politik gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen (Aiken, 2018). Ungewollt Schwangere erhalten so bei Women on Web eine vollständig digitale, mailbasierte Beratung, an deren Ende das Zugänglichmachen von Medikamenten zum eigenständigen Schwangerschaftsabbruch stehen kann.

»Eine Beratung durch das Internet ist einer persönlichen Beratung sehr ähnlich. Während der Online-Beratung werden Fragen gestellt, die von einem Arzt erstellt wurden, um alle wichtigen Informationen zu erhalten, die nötig sind, um festzustellen, ob du eine medikamentöse Abtreibung durchführen kannst. Die Entscheidung wird schlussendlich von einem Arzt getroffen und hängt von den Informationen ab, die du in der Online-Beratung angibst, genau wie in einer persönlichen Beratung« (Women on Web, 2023).

In einer Interviewstudie aus dem US-amerikanischen Raum (Aiken et al., 2018) zeigt sich in der Adressat:innenperspektive, dass solche vollständig aus einer Hand digital erreichbaren Beratungen eine Alternative zur Umgehung institutioneller Hürden darstellen und gleichzeitig verhindern können, dass falsche oder gesundheits- und lebenslagenthätigende Informationen das krisenhafte Geschehen im Rahmen des existenziellen Beratungsanlasses noch forcieren.

Damit zeigt sich auch in der digitalen Beratung ungewollt Schwangerer ein zentrales Dilemma aller sozialpädagogischen Maßnahmen: Sie hat sich einerseits institutionalisiert und dabei professionalisiert, vor allem, was ihre organisatorischen und methodischen Standards angeht. Gleichzeitig bringt diese Institutionalisierung mit sich, dass es zu neuen Ausschlüssen und Erreichbarkeithürden kommt, die verhindern, dass alle Möglichkeiten digitaler Technologien vollständig und nicht nur als Vorstufe zur Präsenzberatung genutzt werden. Im Fall der Beratung ungewollt Schwangerer verschränken sich dabei existenzielle Grundsatzfragen in interessanter und bisher wenig theoretisierter Weise. So wird in der digitalen Beratung (im Gegensatz zum Diskurs um digitale Selbstvermessung; vgl. etwa Hörtnagl, 2023) noch wenig diskutiert, wie Aspekte von Körperlichkeit und Leib-

lichkeit das Geschehen beeinflussen, wenn Adressat:innen und Fachkräfte die Beratungssituation medial vermittelt wahrnehmen. Gleichzeitig sind diese Fragen, zum Beispiel in der Konkretisierung des Erscheinen-Müssens in der Beratungsstelle und der Thematisierungsnotwendigkeit des eigenen Körpers im Kontext einer (ungewollten) Schwangerschaft in den Beratungsanlass unmittelbar eingelagert. Die Erarbeitung theoretischer Perspektiven und empirischer Erkenntnisse zu Be- und Entgrenzung, Empowerment und Autonomiewahrung in digitalen Beratungsformen sind damit zentrale, auf Dauer gestellte Professionalisierungsaufgaben für Wissenschaft und Praxis, die verhindern, dass digitale Beratung als utopische Befreiungsmaschine oder überinstitutionalisierter Zurichtungsapparat vereinseitigt wird.

Literatur

- Aiken, A.R.A. (2018). Self-sourced online and self-directed at home: A new frontier for abortion in the United States. *Contraception*, 97(4), 285–286. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2017.09.015>
- Aiken, A.R.A., Broussard, K., Johnson, D.M. & Padron, E. (2018). Motivations and experiences of people seeking medication abortion online in the United States. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 50(4), 157–163. <https://doi.org/10.1363/psrh.12073>
- Bolay, E. & Kuhn, A. (1993). »Wilde PC« am Arbeitsplatz: Implementation von EDV in Institutionen sozialer Arbeit durch Mitarbeiter. Eine arbeits- und kultursoziologische Untersuchung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Bradl, M. & Lehmann, R. (2021). *Evaluationsbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung Evaluationsbericht zum Modellprojekt HeLB – Helfen. Lotsen. Beraten. des donum vitae-Bundesverbands*. TH Nürnberg.
- Engelhardt, E.M. (2021). *Lehrbuch Onlineberatung*. 2., erw. Aufl. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Gomperts, R.J., Jelinska, K., Davies, S., Gemzell-Danielsson, K. & Kleiverda, G. (2008). Using telemedicine for termination of pregnancy with mifepristone and misoprostol in settings where there is no access to safe services. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 115(9), 1171–1175. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2008.01787.x>
- Graßhoff, G. & Weinhardt, M. (2023). Kinder- und Jugendhilfe on remote. *Zeitschrift für Sozialisation und Erziehung*, 43(2), 171–186.
- Hörmann, M., Tschopp, D. & Wenzel, J. (2023). *Digitale Beratung in der Sozialen Arbeit*. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Hörtnagl, J. (2023). *Self-Tracking im Alltag: Qualitative Aneignungsstudie zur Wechselwirkung zwischen Praktiken der digitalen Selbstvermessung und Körperselbstbild*. 1. Aufl. Wiesbaden: Springer.

- Krotz, F. (2020). Mediatisierung als Konzept für eine Analyse von Sozialer Arbeit im Wandel der Medien. In N. Kutscher, T. Ley, U. Seelmeyer, F. Siller, A. Tillmann & I. Zorn (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit und Digitalisierung* (S. 30–41). Weinheim: Beltz.
- Kubicieł, M. (2020). Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 5, 6 SchKG und allgemeine Schwangerschaftsberatung nach § 2 SchKG in digitalen Beratungsformen. Rechtsgutachten im Auftrag von donum vitae e.V. https://donumvitae.org/fileadmin/REDAKTION/Bundesverband/Service/Downloads/Kubicieł_Rechtsgutachten_Schwangerschaftskonfliktberatung_u_digitale_Formaten_Endfassung.pdf (23.05.2024).
- Kutscher, N. (2019). Digitalisierung in der Sozialen Arbeit. In S. Rietmann, M. Sawatzki & M. Berg (Hrsg.), *Soziale Arbeit als Wohlfahrtsproduktion: Band 15. Beratung und Digitalisierung: Zwischen Euphorie und Skepsis* (S. 41–56). Frankfurt a. M.: Springer VS.
- Löw, M. (2019). *Raumsoziologie*. 10. Aufl. Berlin: Suhrkamp.
- Mishna, F., Fantus, S. & McInroy, L.B. (2017). Informal use of information and communication technology: Adjunct to traditional face-to-face social work practice. *Clinical Social Work Journal*, 45(1), 49–55. <https://doi.org/10.1007/s10615-016-0576-3>
- Mishna, F., Sanders, J., Fantus, S., Fang, L., Greenblatt, A., Bogo, M. & Milne, B. (2021). #socialwork: Informal use of information and communication technology in social work. *Clinical Social Work Journal*, 49(1), 85–99. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00729-9>
- Negroponte, N. (1997). *Total digital: Die Welt zwischen 0 und 1 oder die Zukunft der Kommunikation*. München: Goldmann.
- Reckwitz, A. (2003). Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken. Eine sozialtheoretische Perspektive. *Zeitschrift für Soziologie*, 32(4), 282–301.
- Rietmann, S., Sawatzki, M. & Berg, M. (Hrsg.). (2019). *Beratung und Digitalisierung. Zwischen Euphorie und Skepsis*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schäfer, H. (Hrsg.). (2016). *Sozialtheorie. Praxistheorie: Ein soziologisches Forschungsprogramm*. 1. Aufl. Bielefeld: transcript.
- Schatzki, T. (2016). Praxistheorie als flache Ontologie. In H. Schäfer (Hrsg.), *Sozialtheorie. Praxistheorie: Ein soziologisches Forschungsprogramm* (S. 29–44). 1. Aufl. Bielefeld: transcript.
- Schmitz, A.K., Weinhardt, M., Becking, D., Laak, M., Seelmeyer, U. & Waag, P. (2022). Digitalisierung und Digitalität in der Schuldnerberatung. Was wir aus dem Projekt STellaR lernen können. *BAG SB Informationen. Die Fachzeitschrift für Schuldnerberatung*, 37(2), 174–179.
- Schröer, A. (2017). Sozialmanagement als Gegenstand der Organisationspädagogik. In M. Göhlich, A. Schröer & S.M. Weber (Hrsg.), *Handbuch Organisationspädagogik* (S. 1–12). Wiesbaden: Springer VS.
- Stalder, F. (2017). *Kultur der Digitalität*. 3. Aufl. Berlin: Suhrkamp.
- Stumpp, G. & Oltmann, I. (1999). Die virtuelle Couch. Lösungsorientierte Krisenberatung im Internet. Erste Ergebnisse eines Pilotprojekts. *Sozialmagazin*, 247(7–8), 40–45.
- Thiersch, H. (2009). *Lebensweltorientierte soziale Arbeit: Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel*. 7. Aufl. Weinheim: Juventa.
- Traschütz-Hartmann, M. & Schyma, P. (2013). »Ich hab' da mal ne Frage« – Schwangerenberatung im Netz. *Zeitschrift für systemische Therapie und Beratung*, 31(3), 121–125.

- Weinhardt, M. (2009). Konzeption, Implementierung und institutionelle Hintergründe von E-Mail-Beratung. *e-beratungsjournal*, 5(2).
- Weinhardt, M. (2020). Sozialpädagogische Digitalität: Warum wir auf gute Beratung aufpassen müssen. <https://marcweinhardt.de/sozialpaedagogische-digitalitaet-warum-wir-auf-gute-beratung-aufpassen-muessen/> (08.07.2024).
- Weinhardt, M. (2021a). Digitalität und Digitalisierung in der psychosozialen Beratung: Überlegungen zum digitalen Wandel der Beratungskultur. *Sozialmagazin. Sonderband Zukunft der Beratung*, 5, 76–86.
- Weinhardt, M. (2021b). Professionelles Handeln zwischen Digitalisierung und Digitalität: Überlegungen zum Kulturwandel digitaler Beratung. *Zeitschrift für klinische Sozialarbeit*, 17(4), 7–9.
- Weinhardt, M. (2022). Offene Fragen an die Hilfeform Beratung im Spannungsfeld zwischen Digitalität und Digitalisierung. *EthikJournal*, 8(1), 1–15.
- Weinhardt, M. (2023a). Adressat/innen in der digitalen Beratung. Fragen an die Konstitution beraterischer Hilfe unter den Bedingungen von Digitalisierung und Digitalität. *Kontext*, 54(1), 24–35.
- Weinhardt, M. (2023b). Persönliche Beziehungen und digitale Dinge. Das Beispiel Beratung. *Österreichisches Jahrbuch für Soziale Arbeit ÖJS*, 5, 35–53.
- Weinhardt, M., Bauer, P., Lohner, E.-M., Schmitz, A.-K., Christiani, L. & Eder-Currelli, C. (2022). Beratungslernen im Studium: Ergebnisse einer Pilotstudie zur Umsetzung eines videogestützten Beratungslabors im Horizont pandemiebedingter Digitalität. *e-beratungsjournal*, 18(2), 38–50.
- Women on Web (2023). Ist es sicher, eine medizinische Abtreibungsberatung über das Internet durchzuführen? <https://www.womenonweb.org/de/page/570/ist-es-sicher-eine-medizinische-abtreibungsberatung-%C3%BCber-das-internet> (23.05.2024).

Biografische Notiz

Marc Weinhardt, Dr. rer. soc., ist Professor für Sozialpädagogik an der Universität Trier mit den Schwerpunkten Professionalität, Digitalität/Digitalisierung und Beratung sowie systemischer Einzel-, Paar- und Familientherapeut.

Angebote und Entwicklungslinien der Schwangerschafts(konflikt)beratung in Deutschland¹

Sarah Clasen & Nicola Völckel

»Jede Frau und jeder Mann hat das Recht, sich [...] 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«

Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG § 2 Abs. 1).

Seit fast 30 Jahren ist die Schwangerschafts(konflikt)beratung in Deutschland fest verankert. Über 1.350 Beratungsstellen in pluraler Trägerschaft unterstützen Menschen wohnortnah und niedrigschwellig zu allen Fragen rund um Sexualität, Familienplanung und (ungewollter) Schwangerschaft (vgl. BZgA, 2022a).² Beratung zu allen unmittelbaren und mittelbaren Fragen rund um Schwangerschaft ist kostenfrei, anonym und qualitätsgesichert bundesweit zugänglich. Eine besondere Stellung hat seit 1992 die Schwangerschaftskonfliktberatung mit der Vergabe der für den straffreien Abbruch notwendigen Beratungsbescheinigung inne (vgl. Berghahn, 2015).

Im Zuge der aktuellen Diskussionen in der Zivilgesellschaft und der Beratungslandschaft, wie eine alternative Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen jenseits des Strafgesetzbuches den verfassungsrechtlich ver-

1 Dieser Beitrag ist eine gekürzte Fassung des erstmals 2022 erschienenen Textes »Schwangerschafts(konflikt)beratung ohne Zwang?! Angebote und Entwicklungslinien der Schwangerenberatung in Deutschland«, *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 3, 230–237.

2 Wienholz, Krolzik-Matthei & Böhm (in diesem Band) erläutern, dass sich die Angaben zur Anzahl der staatlich anerkannten Beratungsstellen je nach Quelle und Erfassungsart unterscheiden und sprechen in ihrem Beitrag (ebd.) von etwa 1.375 Beratungsstellen. Die BZgA (2024) listet über 1.500 anerkannte Beratungsstellen. Den für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch erforderlichen Beratungsschein stellen jedoch nur staatlich anerkannte Beratungsstellen aus, die nach §§ 5 und 6 SchKG beraten.

ankerten Schutz des ungeborenen Lebens gewährleisten kann und ohne Pflichtberatung zukünftig aussehen könnte, stellt sich auch die Frage nach der konzeptionellen Weiterentwicklung der strukturell unverzichtbaren Schwangerschafts(konflikt)beratung.³ Der vorliegende Beitrag geht nach einer Skizzierung des Angebotsspektrums der Beratungsstellen sowie den Bedarfen der Klient*innen der Frage nach der Zukunft dieses Beratungsangebots in einer sich verändernden Gesellschaft und unter möglichen zukünftigen rechtlichen Reformen nach. Mit Blick auf das sehr breite und vielfältige Aufgabenspektrum wird gezeigt, dass die Einrichtungen und Dienste der Schwangerschaftsberatung einen unverzichtbaren Platz im System der sozialen Hilfen haben.

1 Schwangerschafts(konflikt)beratung – ein besonderes Arbeitsfeld

Anders als in der Erziehungs-, Familien- oder Trennungsberatung ist die Schwangerschafts(konflikt)beratung in ihrer Entstehungsgeschichte (siehe den Beitrag von Busch in diesem Band) keine Antwort auf die Bedarfe von Klient*innen, sondern beruht auf einer Entscheidung des Gesetzgebers (vgl. Koschorke, 2019, S. 147). Die gesetzliche Verankerung der Schwangerschaftsberatung als staatliche Pflichtaufgabe führte aber zu einem bundesweiten, flächendeckenden Netz dieses Angebotes und zur dauerhaften Finanzierung der Beratungsstellen. Diese Voraussetzungen befördern auch die kontinuierliche fachliche Weiterentwicklung und Qualitätssicherung.

Die gesetzliche Beratungspflicht vor einem Schwangerschaftsabbruch unterscheidet die Schwangerschaftskonfliktberatung von allen anderen psychosozialen Beratungsangeboten in Deutschland. In keiner anderen Lebenslage gibt es eine Verpflichtung zu einer Beratung, bevor ein Straftatbestand eintritt. Die Bezeichnung Schwangerschaftskonfliktberatung verbindet außerdem eine ungewollte Schwangerschaft regelhaft mit einem angenommenen Konflikt in der schwangeren Person selbst. Diese Kategorisierung ordnet alle

3 Der Artikel ist vor dem Hintergrund der Vorhaben des Koalitionsvertrages der Ampel-Koalition entstanden. Dort heißt es: »Wir setzen eine Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin ein, die Regulierungen für den Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuches [...] prüfen wird« (Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP, S. 92).

ungewollt Schwangeren einer Gruppe zu, ungeachtet der individuellen Lebenslagen und eigenen Gefühle bezüglich der Schwangerschaft (vgl. Franz, 2015, S. 260). Dahinter verbirgt sich die zweite Besonderheit der Schwangerschaftskonfliktberatung: die seit Einführung des § 218 ins Strafgesetzbuch im Jahr 1871 andauernde gesellschaftliche Auseinandersetzung über das Recht auf Abtreibung. Jede*r Berater*in muss sich im Kontext dieser Debatte mit den eigenen Wertvorstellungen über Selbstbestimmung, Pflichtberatung und Abtreibung auseinandersetzen, eine professionelle Haltung entwickeln und diese immer wieder überprüfen (vgl. EZI, 2015). Hinzu kommt der unauflösbare Widerspruch von § 5 (1) SchKG, der sowohl ausführt, dass die Beratung ergebnisoffen zu führen sei und sie von der Verantwortung der Frau ausgehe. Gleichzeitig legt der Gesetzestext fest, dass die Schwangerschaftskonfliktberatung dem Schutz des ungeborenen Lebens dient. Aufgrund der Historie, der gesetzlichen Grundlagen und der Anbindung zu gesellschaftlich kontrovers diskutierten Themen wie etwa Sexualität, Verhütung und Abtreibung hat Schwangerschafts(konflikt)beratung eine besondere Bedeutung im Feld der psychosozialen Beratungsdienste. Sie hat einen eigenständigen gesetzlichen Auftrag und ist eine wichtige Säule der sozialen, psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung. Sie nimmt eine Lotsenfunktion in das Gesundheitssystem und das System der sozialen Hilfen ein, da in der Beratung vielfältigste Themen und Bedarfe zur Sprache kommen können. Berater*innen müssen fachlich kompetent in allen Themen rund um Sexualität, Verhütung, (ungewollte) Schwangerschaften, Geburten, Frühe Hilfen und staatliche Transferleistungen sein. Das Erleben von Sexualität und Schwangerschaft ist abhängig von der persönlichen Sozialisation und den eigenen Wertvorstellungen der einzelnen Klient*innen. Wichtige weitere Einflussfaktoren sind die persönliche soziale Lage sowie die psychische und physische Gesundheit. Berater*innen führen die Beratung daher klient*innenorientiert durch und fokussieren die Stärkung der vorhandenen Ressourcen bei diesen. Sie müssen sehr gut strukturell im Sozialraum vernetzt sein und unterstützen Klient*innen durch ihre Kenntnisse weiterer regionaler Hilfsangebote und bei der Geltendmachung von finanziellen Ansprüchen (vgl. Franz, 2015, S. 267).

2 Inhalte und Angebote der Schwangerschaftsberatung

»Schwangerschaftskonfliktberatung ist mehr als Regional- und Bundesliga – sie stellt die Champions League der Beratung dar« (Koschorke, 2019,

S. 109). Diese Einschätzung der vielfältigen psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsangebote im Bereich reproduktiver und sexueller Gesundheit gilt für das gesamte Aufgabenspektrum der Schwangerschaftsberatung in Deutschland. Der Öffentlichkeit bekannt sind vor allem die Schwangerschaftskonfliktberatung und die Möglichkeit, aus Mitteln der »Bundesstiftung Mutter und Kind« finanzielle Unterstützung für die Erstausrüstung des zu erwartenden Kindes zu bekommen. Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen halten viele weitere Angebote vor, die sich ebenfalls aus dem Schwangerschaftskonfliktgesetz ableiten lassen. Mit der Nennung im Kinderschutzgesetz von 2012 als verpflichtendem Akteur im Netzwerk der Frühen Hilfen kam ein neuer Arbeitsschwerpunkt hinzu. 2014 wurde die vertrauliche Geburt gesetzlich verankert⁴ (Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt). Durch die Pflicht, Schwangerschaftskonfliktberatung zeitnah anzubieten und jeder*m Klient*in zu ermöglichen, haben die Beratungsstellen ihre Angebote so organisiert, dass sie Beratungstermine innerhalb weniger Tage vergeben können, dass es ihnen möglich ist, kurzfristig Dolmetscher*innen zu organisieren und Informationen (vom persönlichen Gespräch bis hin zum ausliegenden Info-Flyer) sprach- und kultursensibel zu vermitteln. Die Möglichkeit der vertraulichen und anonymen Beratung trägt ebenfalls zu einem niedrigschwelligen Zugang bei. Viele Beratungsstellen vergeben Mittel der »Bundesstiftung Mutter und Kind« an schwangere Personen. Diese Beratungen werden von den Berater*innen unter anderem als Türöffner dafür beschrieben, mit den Antragsstellenden auch weiterführende Themen besprechen zu können. Falls die Beratungsstelle in einer Kommune liegt, die einen Verhütungsmittelfonds vorhält, bietet Beratung zur Kostenübernahme auch die Möglichkeit für die Klient*innen, weitergehende Beratungsbedarfe einzubringen. In den Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen gibt es somit über Beratung bei ungewollter Schwangerschaft und Unterstützung in der Beantragung von finanziellen Hilfen hinaus viele weitere Beratungsfelder (vgl. MKJFGFI NRW, 2022; NZFH, 2010). Dazu gehören:

4 Das Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt ermöglicht schwangeren Personen, die aufgrund einer besonderen Notlage ihre Schwangerschaft nicht preisgeben möchten, ihr Kind anonym und medizinisch sicher – in einer Klinik oder bei einer Hebamme – auf die Welt zu bringen. Während der Schwangerschaft und danach werden die betreffenden schwangeren Personen von den Schwangerschaftsberatungsstellen beraten, betreut und begleitet.

- Beratung rund um Pränataldiagnostik, insbesondere auch bei auffälligen Befunden (§ 2a SchKG)
- Schwangerschaftsberatung, Geburtsvorbereitung
- Information rund um den Wunsch der Kindsabgabe/Adoption
- Beratung nach traumatisierenden Geburtserfahrungen und bei postpartaler Depression
- Beratung im Kontext von FGM/C (female genital mutilation/cutting)
- Beratung zu finanziellen Hilfen und gesetzlichen sozialen Leistungen auch nach der Geburt, zum Beispiel Elterngeld
- Angebote der Frühen Hilfen (Kinderschutzgesetz)
- unerfüllter Kinderwunsch
- Verhütungsmittelberatung/Familienplanungsberatung
- Beratung bei Tod- oder Fehlgeburt
- Paar- und Sexualberatung
- Erstberatung bei Gewalterfahrungen in der Partnerschaft/in der Familie⁵
- Beratung zu geschlechtlicher und sexueller Vielfalt und Identität, auch als Querschnittsthema aller Angebote, insbesondere Kinderwunsch- und Elternberatung in diversen familiären Konstellationen und für LSBTIQ*-Ratsuchende
- Angebote der Sexuellen Bildung (auch mit interkulturellem Schwerpunkt oder für Menschen, die lieber langsam lernen), hierzu gehört auch die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten
- Schulungen von Fachkräften/Multiplikator*innen

Diese Angebote werden teilweise nicht nur als Einzel- oder Paarberatungen durchgeführt, sondern auch als Gruppenangebote, insbesondere Angebote rund um die Geburt und in den Frühen Hilfen. Sexuelle Bildung findet überwiegend in Schulklassen statt und bedeutet für viele Jugendliche nicht nur eine hochwertige »Sexualaufklärung« durch geschulte Personen, sondern einen ersten Kontakt mit einer Schwangerschafts(konflikt)beratungsstelle (vgl. BZgA, 2022b). Auch mit Teilnahme an (Groß-)Veranstaltungen und durch Präsenz in Social-Media-Kanälen machen Schwangerschaftsberatungsstellen auf sich aufmerksam und transportieren ihre

⁵ Es ist wissenschaftlich belegt, dass Partnerschaftsgewalt häufig im Kontext von Schwangerschaft und Geburt (erstmalig) auftritt (vgl. Müller & Schöttle, 2004, S. 262).

Angebotspalette und ihre Präventionsbotschaften. So vielfältig wie die Angebote der Schwangerschaftsberatung sind auch die Klient*innen und ihre Bedarfe und individuellen Lebenslagen. Beratung ist möglich vor Beginn einer Schwangerschaft, während und nach einer Schwangerschaft, nach Abbruch oder Geburt und bis zum dritten Lebensjahr eines Kindes. Die Beratungsstellen werden häufig von Menschen in sozial benachteiligenden Lebenslagen aufgesucht. Ungewollte, aber auch gewollte Schwangerschaften können bereits vorhandene prekäre Lebensbedingungen verschärfen und existenzielle Nöte verursachen. Ungesichertes Einkommen, schwierige Wohnsituationen, befristete Arbeitsverhältnisse oder Arbeitslosigkeit sowie eigene fehlende Ressourcen lassen Unsicherheiten anwachsen (vgl. NZFH, 2017). Klient*innen benötigen sozialrechtliche Informationen und Unterstützung bei der Beantragung von Hilfen. Sie brauchen Beratung zur Bewältigung von eigenen Konflikten oder Konflikten in der Paarbeziehung, der Familie und im weiteren Umfeld. Die Begleitung muss dabei selbstermächtigend und sensibel sein, damit Ressourcen zur Entscheidungsfindung und Lebensgestaltung eigenständig erkannt und eingesetzt werden können. Sie kann parallel zur Einzelberatung auch präventiv in Form von Gruppenangeboten im Kontext Früher Hilfen oder Sexueller Bildung und Sexualpädagogik angeboten werden. Vulnerable Zielgruppen wie geflüchtete Menschen oder Menschen mit Beeinträchtigung sind auf passgenaue Hilfen angewiesen, die sie leicht ansteuern können. Hier haben die Schwangerschafts(konflikt)beratungsstellen beim starken Zuzug von geflüchteten Menschen 2015/2016 und 2022 gezeigt, dass sie schnell und kreativ auf akut auftretende Bedarfe reagieren. Es entstanden vielfältige Angebote für Geflüchtete etwa aus Syrien, Afghanistan, Irak, der Ukraine oder aus afrikanischen Ländern. Diese reichten vom Nachbarschaftscafé mit Kinderbetreuung über Mitwirkung in Integrationskursen bis hin zu sexualpädagogischen Angeboten für unbegleitete minderjährige Kinder und Jugendliche.

3 Zukunft der Beratung – flexibel und krisensicher?!

Die multiplen Krisen der Gegenwart (Klimakrise, Energiekrise, Verkehrskrise, Haushaltskrise etc.) verstärken sich gegenseitig und haben große Auswirkungen auf die individuellen Lebenslagen von Menschen. Die Schwangerschaftsberatung hat im Umgang mit diesen Ereignissen ihre

Transformationskompetenz (vgl. Gusko, 2023, S. 16) bewiesen und gezeigt, dass sie nicht nur auf individuelle, sondern auch auf gesellschaftliche Krisen flexibel und angemessen reagiert. Die Schwangerschafts(konflikt)beratung wurde beispielsweise in allen Phasen der Coronapandemie aufrechterhalten und es wurden neue Beratungsformate vom »Beratungsspaziergang« bis hin zur Videoberatung eingeführt (Krolzik-Matthei et al., 2021). Da Beratung oftmals als Instrument der Sozialpolitik dient, trägt die konkrete Beratungsarbeit einen Doppelakzent: Beratung versucht sowohl Auswirkungen struktureller Probleme in ihrem individuellen Verlauf zu begegnen als auch für individuelle Probleme, Störungen und ungünstige Entwicklungen mit den Klient*innen gemeinsam Lösungen zu erarbeiten. Insofern akzentuiert Beratung den lebensweltlichen Kontext sehr spezifisch. Gesellschaftliche Krisen beeinflussen nicht nur die Praxis der Schwangerschaftsberatung, sondern ebenso die Lebenslagen und Unterstützungsbedarfe (ungewollt wie gewollt) Schwangerer und ihrer Partner*innen (vgl. Großmaß & Püschel, 2006). Dies gilt auch vor dem Hintergrund der Krisen, die sich momentan zuspitzen, zum Beispiel die zunehmende Wohnungsnot und steigende Lebensmittel- und Energiekosten, die finanzielle Sorgen verstärken, aber auch die sich verschärfenden Probleme durch den Fachkräftemangel in den Bereichen Hebammenversorgung/Geburtshilfe und Kinderbetreuung. Auch die sich verstärkende Unterversorgung in weiteren relevanten Arbeitsfeldern – wie Frauenberatung, Migrationsberatung, psychologische Unterstützungssysteme, Angebote der Wohnungslosenhilfe, Hilfen zur Erziehung – trägt dazu bei, dass Klient*innen mit Multiproblemlagen in die Schwangerschaftsberatungsstellen kommen. Es ist bislang nicht systematisch erfasst worden, welche sozialen bzw. finanziellen Problemlagen und spezifischen Hilfebedarfe im Bereich der sozialen und gesundheitlichen Absicherung und psychosozialen Unterstützungsbedarfe sich in der allgemeinen Schwangerschaftsberatung und in der Schwangerschaftskonfliktberatung seit 2020 ergeben haben.

Die erstarkende gesellschaftspolitische Debatte um die adäquate Versorgung ungewollt Schwangerer, der sich weiter entwickelnde menschenrechtliche Diskurs um staatliche Verpflichtungen zur Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit (vgl. GWI, 2023) und die komplexen Bedarfe aus der Praxis erfordern Konzepte der Schwangerschaftsberatung jenseits der durch § 218 StGB vorgesehenen Aufgaben. Die psychosoziale Beratung von Menschen mit diversen sexuellen Orientierungen und geschlechtlichen Identitäten innerhalb der Schwangerschaftsberatung (siehe hierzu

auch das Interview mit Osterkamp in diesem Band) ist beispielsweise ein Bedarf, der in der institutionalisierten Beratungslandschaft konzeptionell und im Rahmen der Angebote zukünftig eine immer stärkere Rolle spielen wird (vgl. Bauer, 2022). Schwangerschaftsberatungsstellen könnten durch einen zukünftigen Wegfall der Pflichtberatung ein Ort werden, an dem die Begegnung zwischen Berater*in und beratener Person ausschließlich auf Freiwilligkeit beruht und somit das Machtgefälle (Wohlverhalten beratener Person vs. Macht des/der Berater*in, den Beratungsschein auszustellen), das oft auch auf die anderen Beratungsbereiche »ausstrahlt«, abgemildert wird (vgl. Helfferich et al., 2016). Beratung kann dann vollumfänglich wahrgenommen werden »als offenes Orientierungsangebot zur Klärung individueller Probleme oder Entwicklungswünsche, die aus sozialen Anforderungen entstehen und den persönlichen, intimen Bereich der Personen betreffen bzw. irritieren« (Großmaß, 2009, S. 2). Die Klient*innen stellen in den Beratungssituationen somit individuelle Orientierungsprobleme bzw. Krisen und deren Bewältigung ins Zentrum ihrer Anliegen und finden dafür in den Beratungsstellen professionelle Unterstützung. Schwangerschaftsberatungsstellen könnten ihre Ressourcen, die sie momentan in die Unterstützung von Klient*innen bei der durch die Regelungen des § 218ff. StGB erschwerten Abwicklung eines Schwangerschaftsabbruchs investieren müssen (z. B. hinsichtlich der Kosten, die unter bestimmten Bedingungen durch das Land, aber eben nicht als Krankenkassenleistung, übernommen werden oder die Hilfe bei der Suche nach Abbrucheinrichtungen) umwandeln in Angebotsstrukturen, die es Klient*innen noch mehr erleichtern, sich auf die Beratungsprozesse einzulassen. Dafür ist es etwa möglich, noch stärker als bisher auf »Geh-Strukturen« zu setzen. Einige Ideen könnten sein: offene Sprechstunden in Kindertageseinrichtungen, bei Gynäkolog*innen oder Kinderärzt*innen, Arbeit im Tandem mit Sprach- und Kulturmittler*innen, gemeinsame Beratungsangebote mit (Familien-)Hebammen, Ausbau wohnortnaher, niedrigschwelliger, mehrsprachiger Gruppenangebote, Ausbau von digitalen Gruppenangeboten, Erstellung von ansprechenden, mehrsprachigen Broschüren, die auf den Sozialraum zugeschnitten sind, Angebote in leichter und einfacher Sprache, regelmäßige Sprechstunden in Jugendzentren und Schulen. Kurz: Die Berater*innen wären noch stärker dort, wo ihre Präventionsangebote geschätzt werden bzw. wo schwangere Personen und Menschen nach der Geburt sind – im sozialen Nahraum. Und sie sind erreichbar, weil sie niedrigschwellig, kultursensibel und in den bevorzugten Sprachen der

Menschen beraten. Dieser Bezug zum lebensweltlichen Hintergrund des Klientels, die »kulturelle Ortskenntnis«, ist eine Besonderheit von guter Beratungskommunikation, die in den Schwangerschaftsberatungsstellen bereits heute umfassend vorhanden ist. Das bundesweit vorhandene Beratungsangebot in pluraler Trägerschaft ist seit Langem eine unverzichtbare Säule der Versorgung im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit. Auch nach einem möglichen Wegfall der Pflichtberatung werden die vielfältigen Angebote der Schwangerschaftsberatung dringend gebraucht. Ideen für den weiteren bedarfsgerechten qualitativen und quantitativen Ausbau sind zahlreich vorhanden.

Literatur

- Bauer, T. (2022). Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt im Kontext psychosozialer Beratung zu Familienplanung und Kinderwunsch – Eine Analyse ausgewählter Informationsmaterialien aus der Schwangerschaftsberatung. https://www.opendata.uni-halle.de/bitstream/1981185920/84483/1/BauerTina_Sexuelle%20und%20geschlechtliche%20Vielfalt%20im%20Kontext.pdf (22.02.2024).
- Berghahn, S. (2015). Weichenstellung in Karlsruhe – Die deutsche Reform des Abtreibungsrechts. In U. Busch & D. Hahn (2014), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 163–192). Bielefeld: transcript.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2022a). Familienplanung. <https://www.familienplanung.de/beratung> (22.02.2024).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitlichen Aufklärung (2022b). Was wir tun. <https://www.bzga.de/was-wir-tun/sexualaufklaerung-und-familienplanung/> (22.02.2024).
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2024). Beratungsstellen in Ihrer Nähe finden. <https://www.familienplanung.de/beratung/beratungsstelle-finden/> (13.08.2024).
- EZI – Evangelisches Zentralinstitut für Familienberatung (2015). Fortbildung in Schwangerschaftskonfliktberatung – SKB – Ausbildungskonzept. https://www.ezi-berlin.de/fileadmin/assets/Downloads/FB_SKB_Hu_April_2015_Juli_2016_download.pdf (22.02.2024).
- Fährdrich, S. & Hölscher-Mulzer, R. (2010). Auch ohne Schein gut beraten. <https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2010/artikel/auch-ohne-schein-gut-beraten> (17.02.2024).
- Franz, J. (2015). Beratung nach § 219 StGB – Hintergründe, Herausforderungen und Anregungen. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 257–278). Bielefeld: transcript.
- Großmaß, R. (2009). Beratung als Querschnittsaufgabe in der Sozialen Arbeit – Folgen für das Setting. https://www.ash-berlin.eu/fileadmin/Daten/_userHome/69_grossmassr/ASH_Berlin_Gro%C3%9Fma%C3%9F_Beratung_als_Querschnittsaufgabe_in_der_Sozialen_Arbeit.pdf (22.02.2024).

- Großmaß, R. & Püschel, E. (2006). Hochschulberatung als eigenständiges Praxisfeld. *Zeitschrift für Beratung und Studium*, 4, 114–118.
- Gusko, J. (2023). *Aufbrechen: Warum wir jetzt Menschen brauchen, die große Umbrüche bewältigt haben*. Zürich: Atrium.
- GWl – Gunda-Werner-Institut der Heinrich Böll-Stiftung (2023). Reproduktive Gerechtigkeit. Eine Einführung. https://www.gwi-boell.de/sites/default/files/2023-08/endf_reproduktiverechte_web_doppelseiten_1.pdf (17.02.2024).
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewsky, I. (2016). *Frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BZgA.
- Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP (2021). Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf (22.02.2024).
- Koschorke, M. (2019). *Schwangerschaftskonflikte – Beratung in der Praxis*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Krolzik-Matthei, K., Wienholz, S., Licht, J. & Böhm, M. (2021). Chancen und Herausforderungen von Schwangerschaftsberatung und Sexueller Bildung unter Pandemiebedingungen. *Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit*, 3, 211–219.
- MKJFGFI NRW – Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration NRW (2022). Schwangerschaftsberatung. <https://www.mkffi.nrw/schwangerschaftsberatung-und-schwangerschaftskonfliktberatung> (22.02.2024).
- Müller, U. & Schöttle, M. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*. Berlin: BMFSFJ.
- NZFH – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2010). Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen. <https://www.fruehehilfen.de/service/publikationen/einzelsicht-publikationen/titel/die-bedeutung-der-schwangerschaftsberatung-im-kontext-frueher-hilfen/> (22.02.2024).
- NZFH – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (2017). Schwangerschaftsberatung: Vielseitig und besonders früh. <https://shop.bzga.de/pdf/16000362.pdf> (22.02.2024).

Biografische Notizen

Sarah Clasen ist Politikwissenschaftlerin und zertifizierte systemische und feministische Coachin. Sie betreute zehn Jahre beim AWO Bundesverband e.V. als Referentin für Frauen und Gleichstellung unter anderem das Arbeitsfeld sexuelle und reproduktive Rechte/Schwangerschaftskonfliktberatung. Sie hat zu Fragen von Frauen*gesundheit, Geschlechtergerechtigkeit und Gleichstellung publiziert und engagiert sich für sexuelle und reproduktive Rechte und Aufklärung bei familiärem Brustkrebs.

Nicola Völckel ist Diplom-Psychologin und leitet seit 2013 das AWO Lore-Agnes-Haus in Essen, Beratungszentrum für Familienplanung, Schwangerschaftskonflikte und Fragen der Sexualität. Sie ist zudem Abteilungsleitung Beratung beim AWO Bezirksverband Niederrhein e.V. und vertritt in dieser Position die Frauenberatungsinfrastruktur und die Familien- und Erziehungsberatungsstellen der AWO am Niederrhein.

»Es braucht einen Mentalitätswechsel weg von dieser Angst vor dem Zwang.«

Ein Gründungsmitglied von Doctors for Choice Germany e. V. über notwendige medizinische Veränderungen im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen

Ein Gespräch mit Alicia Baier

Dr. Alicia Baier ist Ärztin in Weiterbildung (Gynäkologie/Allgemeinmedizin). Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich reproduktiver Gesundheit und Familienplanung. Sie forscht und hält Vorträge zum Thema Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer und gesellschaftlicher Perspektive. Alicia Baier ist unter anderem Mitgründerin und Vorsitzende von Doctors for Choice Germany e. V. (www.doctorsforchoice.de).

Das Gespräch führte Christiane Bomert (Transkription: Sara Schmalzried).

Sie machen seit Jahren öffentlich auf die mangelnde medizinische Versorgung von ungewollt Schwangeren in Deutschland aufmerksam. Welche Veränderungen sind ihrer Meinung nach nötig, um die medizinische Versorgung an den Bedürfnissen von ungewollt Schwangeren zu orientieren?

Nach unseren Erfahrungen wünschen sich ungewollt Schwangere organisatorische Entlastung und eine professionelle Behandlung nach modernen Standards. Die Behandlung sollte dafür *kostenfrei* sein, weil die Kosten für den Abbruch und weitere bürokratische Schritte zur Organisation der Kostenübernahme sonst eine unfaire Mehrbelastung für Niedrigverdienerinnen bedeuten, die Geld, Zeit und Ressourcen frisst und den Abbruch nach hinten verschiebt. Abbrüche sind aber am sichersten, je früher sie stattfinden. Eine freie Methodenwahl ist ebenfalls nur möglich, wenn der Abbruch vor der neunten Woche stattfindet, weil medikamentöse Abbrüche in Deutschland nur bis zur neunten Woche möglich sind. Nicht zuletzt ist es unsere Erfahrung, dass die psychische Belastung sehr groß ist, wenn die Entscheidung getroffen wurde und noch unnötig Zeit bis zum Abbruch verstreicht, da die Schwangerschaft derweil weiterwächst und Beschwerden wie Übelkeit und Brustspannen aktiv wahrgenommen werden. Zudem ist

die Versorgung von Abbrüchen vor der zehnten Schwangerschaftswoche in vielen Regionen deutlich einfacher als ab der zehnten Woche nach Menstruation, denn obwohl ja eigentlich bis zur 14. Woche die Beratungsindikation greift, setzen sich viele Ärzt*innen ihre eigenen Fristen.

Wohnortnähe ist wichtig, weil die meisten Schwangeren bereits Kinder haben und die ärztlichen Besuche organisieren müssen. Dies ist dann erschwert, wenn die Ärzt*in weiter weg ist, eine Begleitung notwendig ist (z. B. bei einem chirurgischen Eingriff) oder höhere Transportkosten anfallen. Vor allem beim medikamentösen Abbruch fallen in manchen Praxen leider noch bis zu vier Besuche an: Voruntersuchung, Einnahme des ersten Medikaments, Einnahme des zweiten Medikaments und eine Nachuntersuchung. Wenn die Praxis weit entfernt liegt, ist dies teurer und schwieriger zu organisieren.

Die nötigen Veränderungen wären eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse und eine Finanzierung über die Sozialtöpfe der Länder für Unversicherte. Was die Versorgungssituation betrifft, brauchen wir mehr Fachpersonal, das Abbrüche durchführt. Denkbar wäre eine Art Verteilungsschlüssel, ähnlich wie bei den Beratungsstellen, wo das Bundesgesetz vorschreibt, dass es pro 40.000 Einwohnerinnen eine*n Berater*in geben muss. Da nur circa eine*r von drei Gynäkolog*innen Abbrüche durchführt, braucht es innerhalb der Gynäkologie Maßnahmen zur Erhöhung dieser Bereitschaft: erstens eine bundesweit gleiche und bessere Vergütung, da sich Abbrüche für viele Praxen nicht rechnen; zweitens ein Abbau von Bürokratie, etwa in Bezug auf die vorhandenen sperrigen Sonderregelungen für die Medikamente, die zum Teil direkt vom Hersteller bezogen werden müssen. Die Ausstellung der Abtreibungsmedikamente auf Rezept oder sogar der rezeptfreie Bezug wären denkbare Lösungen. Und drittens sollten die von der Praxis zu erfüllenden Voraussetzungen, um überhaupt medikamentöse Abbrüche durchführen zu können, vereinheitlicht und vereinfacht werden. Es braucht zudem eine Entkriminalisierung und Entstigmatisierung. Die Strafgesetze schrecken viele Ärzt*innen ab und vermitteln das Gefühl, schon mit einem Bein im Gefängnis zu stehen.

In Bezug auf das Verweigerungsrecht zur Durchführung von Abbrüchen in Deutschland braucht es eine Meldepflicht, damit wir wissen, wie groß der Anteil derjenigen ist, die tatsächlich aufgrund moralischer Bedenken verweigern. Eine derart wichtige medizinische Behandlung trotz entsprechender Qualifizierung aus Gewissensgründen vorzuenthalten, sollte nicht unhinterfragt bleiben. Häufig informieren verweigernde Ärzt*innen nicht

neutral und vollständig über die Methoden und die anstehenden nächsten Schritte. Bisweilen verzögern sie die Behandlung durch zusätzliche Kontrolltermine, die medizinisch nicht notwendig sind, und verhindern damit die freie Methodenwahl bzw. riskieren, dass der Abbruch nicht mehr innerhalb der gesetzlichen Frist stattfinden kann. Oft wollen Ärzt*innen nicht einmal die Schwangerschaft im Ultraschall feststellen, sobald eine Patientin sagt, dass sie einen Abbruch plant, oder sich verweigernde Krankenhäuser lehnen die Nachsorge bei Komplikationen eines ambulant durchgeführten Abbruchs ab. Wir müssen daher dringend zumindest ein eingeschränktes Verweigerungsrecht einführen, wie es in vielen anderen Ländern bereits gilt: Diejenigen Ärzt*innen, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ablehnen, müssen die Schwangere 1) wertfrei über alle Behandlungsoptionen informieren, 2) unverzüglich an eine*n Kolleg*in oder andere Anlaufstelle, wo die Behandlung stattfinden kann, weiterverweisen und 3) die Vor- und Nachsorge gewährleisten. Die institutionelle Weigerung, die es ganzen Krankenhäusern ermöglicht zu verweigern, sollte sowieso grundsätzlich verboten werden. Hier braucht es eine Verpflichtung für ein entsprechendes Angebot, zumindest für Lehrkrankenhäuser und mit öffentlichen Geldern finanzierte Kliniken mit gynäkologischer Abteilung, auch um Patient*innen (etwa bei Komplikationen) dorthin überweisen zu können oder um Lehre und Weiterbildung zu ermöglichen.

Um mehr Fachpersonal zu haben, könnte man auch – was die WHO empfiehlt – einen sogenannten *Task-Shift* durchführen. Damit ließe sich der Personenkreis, der Abbrüche durchführt, auf andere Fachbereiche ausweiten, wie zum Beispiel die Allgemeinmedizin. Denn Hausarztpraxen erfüllen grundsätzlich alle Voraussetzungen, um medikamentöse Abbrüche durchzuführen – sogar unabhängig davon, ob sie ein Ultraschallgerät besitzen oder nicht. Ein vaginaler Ultraschall ist nicht notwendig, und in vielen Fällen bräuchte es nicht einmal ein Gerät für einen abdominalen Ultraschall, weil die Dauer der Schwangerschaft auch anhand der letzten Regelblutung berechnet werden kann, oder ein Ultraschall extern durchgeführt werden könnte. In Deutschland gibt es bereits einige positive Beispiele und das Interesse unter den Hausärzt*innen ist groß. Insbesondere in stark unterversorgten Regionen wie zum Beispiel in Bayern können sie diejenigen sein, die die Versorgung auf dem Land sichern. Um dies schneller voranzutreiben, müsste das Thema auch in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung integriert sein und es müssten rechtliche Regelungen geschaffen werden, die die Praxen absichern. In anderen Ländern, wie etwa

Frankreich, führen auch Hebammen medikamentöse und chirurgische Abbrüche durch. Es liegen international genug Daten vor, die zeigen, dass dies sicher ist (vgl. WHO, 2016). Sogar das Pflegepersonal könnte – mit entsprechender Ausbildung – Abbrüche durchführen.

Es braucht ferner natürlich die Abschaffung der Beratungspflicht und der dreitägigen Wartezeit, weil diese unnötige zeitliche Verzögerungen mit sich bringen. Weil Abbrüche in Praxen zum Teil nur an bestimmten Wochentagen stattfinden und dann noch die Wartezeit und ein Wochenende oder Feiertage dazukommen, kann sich der Abbruch schnell um ein, zwei, drei Wochen verschieben. Statt einer Beratungspflicht sollte es ein gutes Beratungsangebot und das Recht auf eine Beratung geben.

Neben diesen organisatorischen Punkten ist eine professionelle Behandlung nach modernen Standards ein wichtiges Bedürfnis. In Bezug auf die Abbruchmethoden sollte sichergestellt werden, dass keine Abbrüche mehr mit der Ausschabung durchgeführt werden, da es eine seit Jahrzehnten veraltete Methode ist, die zu mehr Blutung und zu mehr Vernarbung führt. Sie wird aber in Deutschland immer noch in zehn Prozent der Fälle angewendet. Die Dunkelziffer ist wahrscheinlich deutlich höher, weil auch bei einer Vakuumaspiration (der modernen Absaugmethode) häufig trotzdem noch einmal nachgeschabt wird. Die Leitlinie, die wir mittlerweile haben, ist ein Schritt in die richtige Richtung – sie rät von der Verwendung der Ausschabung ab.

Können Sie das näher ausführen?

Es handelt sich hierbei um eine S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon. Wir haben seit Jahren immer wieder kritisiert, dass wir für Schwangerschaftsabbrüche keine Leitlinie haben, obwohl es sich dabei um einen der häufigsten gynäkologischen Eingriffe handelt. Das ist ein Ausdruck des Tabus in der Medizin. Im Zuge der § 219a-Reform hat das Bundesministerium die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) aufgefordert, eine Leitlinie zu erstellen. Das ist jetzt endlich passiert.

Bei den Methoden ist es wichtig, dass Schwangere die Wahlfreiheit haben. Häufig gibt es in ländlicheren Regionen nur chirurgische Angebote und keinen Zugang zu den medikamentösen Methoden bzw. wird diese Option in der ärztlichen Beratung überhaupt nicht dargelegt. Bis heute werden nur ungefähr ein Drittel der Abbrüche medikamentös durch-

geführt. Dieser Anteil könnte viel höher sein: Wenn sie die Wahlfreiheit haben, entscheidet sich ungefähr die Hälfte der Patientinnen für die medikamentöse Methode. Für manche sind telemedizinische Angebote, also die Möglichkeit den medikamentösen Abbruch zu Hause mit Videobegleitung durchzuführen, die angenehmere Variante. Dieses Angebot bieten wir jetzt mit ersten Modellprojekten an und es zeigt sich, dass es sehr viel mehr Anfragen als Versorgungsmöglichkeiten gibt.

Welche Rolle werden in Zukunft medikamentöse Abbrüche mit Videobegleitung spielen, was denken Sie?

Das Modellprojekt wurde als ein vorübergehendes Angebot zu Beginn der Coronapandemie gestartet, weil man dachte, dass die Versorgung noch schlechter wird, und um ein Angebot für von Corona betroffene Patientinnen zu schaffen. Es hat sich dann aber gezeigt, dass eigentlich die wenigsten Fälle pandemiebedingt sind und dass die meisten Anfragen einfach aus unterversorgten Regionen kamen. Ungefähr die Hälfte der Anfragen kam aus Bayern. Das heißt, es waren häufig Schwangere, die eigentlich gerne vor Ort eine Versorgung hätten, aber eben aus einer Not heraus, weil sie sonst niemanden gefunden haben, dieses telemedizinische Angebot wahrgenommen haben. Das war nicht das, wofür es ursprünglich da sein sollte. Denn es sollte nicht die Versorgung vor Ort ersetzen, sondern eine wirkliche selbstbestimmte Alternative sein. Es gab auch einige Anfragen von Frauen, die zwar vor Ort ein Angebot hatten, den Abbruch aber lieber zu Hause durchführen wollten. Dafür gab es vielfältige Gründe: wegen der Kinderversorgung, weil es einfacher war, dies zeitlich mit der Arbeit zu organisieren, oder weil es so stigmatisiert ist und sie niemandem bzw. auch keinen Abtreibungsgegner*innen vor den Praxen begegnen wollten. Der am häufigsten genannte Grund war aber der Wegfall der weiten Fahrtwege.

Unser Wunsch wäre, dass *home use* unter Videobegleitung eine selbstbestimmte Alternative für alle sein kann, neben dem instrumentellen Abbruch oder dem medikamentösen Abbruch in der Praxis – für diejenigen, die den Abbruch lieber in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung und fern der medizinischen Institutionen durchführen wollen. Falls wir in Deutschland zukünftig in die Situation kommen, dass unter einer rechten Regierung die Gesetze zum Abbruch verschärft werden, kann der telemedizinische Abbruch sogar eine lebensrettende Funktion erfüllen. Dies sehen wir

bereits in Ländern, in denen die Versorgung jetzt zunehmend erschwert ist, wie zum Beispiel in Polen oder in den USA.

Inwiefern erleben ungewollt Schwangere ihre Erfahrung nach Stigmatisierung im Rahmen der medizinischen Versorgung und wie kann eine auf allen Ebenen von Stigma und Scham befreite Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen aussehen?

Das Thema von Stigma und Scham in der medizinischen Versorgung geht in zwei Richtungen: Es betrifft einmal die Menschen, die Teil der medizinischen Versorgung von ungewollt Schwangeren und so zum Teil sehr starker Stigmatisierung ausgesetzt sind, also beispielsweise durch Gehsteigbelästigungen vor Praxen, durch Prangerlisten oder durch Hetze gegen einzelne Ärzt*innen im Internet. Innerhalb der Medizin macht man sich keinen guten Ruf, wenn man Schwangerschaftsabbrüche durchführt. Aus Sorge um den Ruf des Hauses hat beispielsweise eine neue Chefärztin in einem Krankenhaus in Süddeutschland verboten, dass dort Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Oder es gibt auch ein Beispiel von einem Arzt in Münster, der alle seine anderen Patient*innen verlor, als er angefangen hat, Abbrüche zu machen und er so zu diesem »schäbigen« Abtreibungsarzt degradiert wurde. In den Medien und der Gesellschaft wird es oft so dargestellt, dass Ärzt*innen, die Abtreibungen durchführen, »im schäbigen Kämmerlein« arbeiten und irgendwie unlautere Personen sind. Das führt dazu, dass Ärzt*innen nur ungern Abbrüche machen und sich zum Beispiel auch nicht für diese bundesweite Adressliste melden. Es braucht wirksame Gesetze, die vor Anfeindungen schützen, und einen Mentalitätswandel hin zu einer Wertschätzung und Anerkennung innerhalb der Medizin und in der Gesellschaft. Immerhin gibt es nun ein neues Gesetz, das vor Gehsteigbelästigung schützen soll. Inwieweit es diese Funktion tatsächlich erfüllt, muss sich erst noch zeigen.

Andererseits geht die Stigmatisierung häufig auch von medizinischem Personal aus. Eine von mir durchgeführte qualitative Studie mit Medizinstudierenden und Gynäkolog*innen zeigt, dass sogenannte Abtreibungsmythen relativ weitverbreitet sind und es Vorurteile gegenüber ungewollt Schwangeren gibt (vgl. Baier, 2022; 2024). Das kann sich in einer voreingenommenen ärztlichen Beratung äußern, die versucht, in eine Richtung auf die Patient*in einzuwirken. Viele Schwangere fühlen sich abgelehnt, wenn sie erfahren, dass ihr*e Gynäkolog*in gar keine Abbrüche durchführt

und sie wegschickt. Das passiert häufig, denn es ist bis heute viel normaler, keine Abbrüche durchzuführen, als andersherum. Es wird auch oft bei der Feststellung der Schwangerschaft direkt gratuliert und zum Teil wird schon ein Mutterpass ausgestellt. Es wird gar nicht die Option erwogen, dass diese Schwangerschaft vielleicht ungewünscht sein könnte, sodass mögliche Handlungsoptionen unerwähnt bleiben.

In der Medizin gibt es diese verbreitete Haltung, dass es natürlich und normal ist, eine Schwangerschaft fortzuführen, und der Abbruch etwas Unnormales, zu Verurteilendes. Es wäre wünschenswert, dass beide als zwei gleichwertige Optionen anerkannt werden.

Auch deswegen haben wir Doctors for Choice gegründet. Wir müssen den Schwangerschaftsabbruch in der Medizin stärker normalisieren, damit es zu einem Thema wird, der ganz klar zu Gynäkologie dazugehört. Es muss in der Weiterbildung, auf medizinischen Kongressen, in Fortbildungen und in der medizinischen Forschung präsenter werden.

Was würden Sie sagen, wie wird sich denn die medizinische Versorgung in Zukunft entwickeln?

Der Facharzt*innenmangel in der Medizin wird in nächsten Jahren zunehmen. Im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs ist das ein besonderes Problem. Es sind vor allem diejenigen, die Abbrüche durchführen, häufig bereits kurz vor dem bzw. im Rentenalter. Sie machen weiter Abbrüche, weil sie keine Nachfolgerin finden und – so unsere Hypothese – in ihrer Jugend noch miterlebt haben, wie die Versorgung unter noch restriktiveren Gesetzen aussieht. Sie haben die Debatten 1975 und 1993 miterlebt, als das Thema vor dem Bundesverfassungsgericht verhandelt wurde und es Gesetzesänderungen gab, sowie Zeiten, in denen unsichere Abbrüche durchgeführt wurden. Seit 2003 ist ein Rückgang von Einrichtungen zu verzeichnen, die Abbrüche durchführen – um 45 Prozent. Eine Recherche der *Correctiv*-Redaktion hat gezeigt hat, dass zum Beispiel in Bayern nur ein Zehntel der öffentlichen Krankenhäuser mit gynäkologischer Abteilung Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsindikation durchführt, welche circa 97 Prozent aller Abbrüche ausmachen (vgl. Groß et al., o.J.). Berichte aus der Praxis machen deutlich, dass die Fahrtwege zunehmen und dass die Versorgung schlechter wird. Ganz aktuell zeigt die ELSA-Studie, dass manche Regionen in Deutschland massiv unterversorgt sind.

Im Studium habe ich erlebt, dass viele Medizinstudierende davon aus-

gingen, dass doch alles gut geregelt ist, und ihnen nicht bewusst war, dass das ein Straftatbestand ist. Aber seitdem hat sich einiges getan: 2015 habe ich die erste deutsche Gruppe der Medical Students for Choice (MSfC) in Berlin gegründet und inzwischen gibt es mindestens 17 MSfC-Gruppen deutschlandweit. Das sind Studierende, die selbst Veranstaltungen zum Schwangerschaftsabbruch für ihre Kommiliton*innen organisieren, wie zum Beispiel Papaya-Workshops, und damit dieses Thema verbreiten. Viele der Gründer*innen dieser Gruppen in anderen Städten werden dann auch Mitglieder bei Doctors for Choice und begegnen uns als junge Assistenzärzt*innen. Daran merken wir schon, dass es mehr Interesse gibt, und haben die Hoffnung, dass sie aktiv an der Versorgung teilnehmen, wenn sie in fünf bis zehn Jahren mit ihrer Ausbildung fertig sind.

Was braucht es Ihrer Meinung nach für die Ausbildung von Fachkräften angesichts der von Ihnen skizzierten Zukunftsperspektiven?

Wir wissen, dass die Intensität, mit der Schwangerschaftsabbrüche in der Aus- und Weiterbildung thematisiert und durchgeführt werden, mit der Bereitschaft korreliert, später selbst Abbrüche durchzuführen. Schon ein Praktikum im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs kann die Beratungssicherheit und die Motivation von Medizinstudierenden erhöhen, später selbst Abbrüche durchzuführen (vgl. Pace, 2008; Farmer, 2022). Auch die Menge an praktischer Erfahrung während der fachärztlichen Weiterbildung korreliert positiv mit der Bereitschaft zur Vornahme von Abbrüchen (Steinauer et al., 2022). Eine bessere Verortung innerhalb der gynäkologischen Lehre könnte sich also positiv auf die Versorgungslage auswirken – quantitativ, aber auch qualitativ. Denn bis heute herrschen noch Abtreibungsmythen vor, aus denen stigmatisierende Behandlungen resultieren. Und auch hinsichtlich der Methoden scheint die Ausbildung zum Teil noch nicht auf dem neuesten Stand. Daraus ergeben sich drei Forderungen:

Erstens sollte im Medizinstudium, aber eben auch im Hebammenstudium oder in der Pflegeausbildung, fachkundiges Wissen über diesen häufigen Eingriff vermittelt werden. Es sollte gelehrt werden, dass es ein sehr sicherer Eingriff ist, und wie man Nebenwirkungen (wie beispielsweise Bauchkrämpfe bei der medikamentösen Methode) richtig behandelt. Es sollte auch die Bedeutung und Verantwortung des medizinischen Personals für eine flächendeckende Versorgung thematisiert werden und eine

Einführung in die rechtlichen Rahmenbedingungen erfolgen, damit man sich sicher fühlt mit diesem Thema.

Zweitens sollte eine wertfreie, ärztliche Beratung im Studium und auch in der Weiterbildung praktisch geübt werden. Das ist wichtig für alle Berufsgruppen, die potenziell mit ungewollt Schwangeren in Kontakt kommen (Ärzt*innen, Hebammen, Pflegepersonal). Es muss darum gehen, Einstellungen und Vorurteile gegenüber Abbrüchen und ungewollt Schwangeren zu reflektieren und in der Lage zu sein, die eigene Haltung von der professionellen Beratung zu trennen.

Die dritte Forderung betrifft die Praxis der Durchführung. Es sollte in der gynäkologischen Weiterbildungsordnung verpflichtend sein, die beiden gängigen Abbruchmethoden zu erlernen, also die Vakuumaspiration und die medikamentöse Methode. Das würde bedeuten, dass alle Lehrkrankenhäuser, die die volle Weiterbildung anbieten, diese Lehre sicherstellen müssten. Bislang ist es eine häufige Konstellation, dass ich als angehende Gynäkologin an ein Krankenhaus komme, wo keine Abbrüche gemacht werden, und ich damit gar nicht in Berührung komme. Im Falle einer Weigerung aus Gewissensgründen kann ja eine Ausnahme beantragt werden – aber auch in diesem Falle wäre es wichtig, zumindest einmal mit ungewollt Schwangeren zu sprechen, mit ihnen in Kontakt zu kommen und die Gelegenheit zu haben, bei dem Eingriff zuzuschauen. Lehrkrankenhäuser müssten dann Rotationen in andere Einrichtungen oder ins ambulante Setting anbieten, wo Abbrüche durchgeführt werden. Gerade die Rotation ins ambulante Setting wäre generell eine sehr gute Idee, denn Wissen um Verhütung, wie beispielsweise eine Spirale zu legen oder zur Verhütungspille zu beraten, lernt man ebenfalls nicht in der Weiterbildung in der Klinik.

*Was würde Ihrer Meinung nach helfen, die Widerstände unter Mediziner*innen zu verringern?*

Es braucht einen Mentalitätswechsel weg von dieser Angst vor dem Zwang. Ein Vorschlag vom baden-württembergischen Sozialministerium lautete, die Durchführung von Abbrüchen zum Einstellungskriterium an Universitätskliniken zu machen, um die Versorgung zu verbessern. Kritische Stimmen entgegneten gleich, dass niemand gezwungen werden dürfe. Es sollte aber eher so verstanden werden, dass man sich freiwillig für seinen Beruf und die Fachrichtung entschieden hat, und dies ein legitimer Anreiz-

mechanismus ist, um Versorgungslücken zu schließen. In Schweden gibt es dieses Verweigerungsrecht gar nicht und so ist für Gynäkolog*innen völlig klar, dass Abbrüche dazugehören. Wenn man das nicht machen will, dann muss man dort ein anderes Fach wählen. Davon sind wir in Deutschland noch meilenweit entfernt.

Wir erleben zudem, dass viele Medizinstudierende Probleme haben, Veränderungen in ihrem Studium zu erreichen, weil die gynäkologischen Lehrverantwortlichen dagegen sind, dieses Thema in die Ausbildung zu integrieren. Es hängt eben alles noch sehr stark von persönlichen Haltungen ab.

Hier sind die DGKG und der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) aufgerufen, zu handeln. Sie waren bisher nicht sehr unterstützend. Sie müssen den Schwangerschaftsabbruch als einen wichtigen Bestandteil ihres Faches anerkennen und sich dafür einsetzen, dass ihre Vertreter*innen und Mitglieder sich mit diesem Thema auf eine sachliche und wissenschaftsorientierte Weise auseinandersetzen. Sie sollten sich darum bemühen, dass die Standards der neuen Richtlinie der WHO in der deutschen Medizin ankommen (WHO, 2022).

Literatur

- Baier, A. (2022). »Weil das ist halt so ein heißer Brei, den will keiner anfassen.« Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch. In M. Fröhlich, R. Schütz & K. Wolf (Hrsg.), *Politiken der Reproduktion* (S. 215–228). Bielefeld: transcript.
- Baier, A. & Behnke, A. L. (2024). Barriers to abortion provision: A qualitative study among medical students and gynecologists in Berlin, Germany. *Contraception*. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110325>
- Farmer, L. E., Clare, C. A., Liberatos, P., Kim, H. Y. & Shi, Q. (2022). Exploring barriers to abortion access: Medical students' intentions, attitudes and exposure to abortion. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100790>
- Groß, A., Sachse, J., Donheiser, M., Lenz, M. & Stahl, S. (o. J.). Welche öffentlichen Kliniken keine Abbrüche durchführen. <https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/2022/03/03/keine-abtreibungen-in-vielen-oeffentlichen-kliniken/> (30.05.2023).
- Pace, L., Sandahl, Y., Backus, L., Silveira, M. & Steinauer, J. (2008). Medical Students for Choice's reproductive health externships: Impact on medical students' knowledge, attitudes and intention to provide abortions. *Contraception*, 78(1), 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.02.008>
- Steinauer, J & Turk, J. (2021). Abortion training in the USA. Prevalence, outcomes and challenges. In U. Landy, P. D. Darney & J. Steinauer (Hrsg.), *Advancing women's health through medical education* (S. 101–109). Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO – World Health Organization (2016). Expanding health worker roles for safe

abortion in the first trimester of pregnancy. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206191/WHO_RHR_16.02_eng.pdf?sequence=1 (30.05.2023).
WHO – World Health Organization (2022). Abortion care guideline. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Biografische Notiz

Alicia Baier, Dr.in med., arbeitet als Ärztin im Bereich reproduktiver Gesundheit und Gynäkologie. Sie beschäftigt sich praktizierend, forschend und fachpolitisch seit vielen Jahren mit der Ausbildung und dem Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen. 2015 gründete sie die erste deutsche Hochschulgruppe der Medical Students for Choice in Berlin. Seit 2019 ist sie Gründungsvorsitzende von Doctors for Choice Germany und seit 2022 im deutschen Vorstand von FIAPAC (Internationale Vereinigung von Fachkräften zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption). Von 2021 bis 2023 war sie Vorstandsmitglied des »Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesundheit« (AKF).

Zur besonderen Bedeutung demokratischer Diskussionsprozesse für die Rechtsprechung zu Schwangerschaftsabbrüchen

Ein Gespräch mit Maria Wersig

Maria Wersig, ehemalige Präsidentin des Deutschen Juristinnenbundes, ist Professorin für Rechtliche Grundlagen der Sozialen Arbeit an der Fakultät Diakonie, Gesundheit und Soziales an der Hochschule Hannover. Schwerpunktmäßig beschäftigt sie sich mit Geschlechterverhältnissen im Zusammenspiel von Recht und Gesellschaft. Von 2017 bis 2023 war sie Präsidentin des Deutschen Juristinnenbundes, einem unabhängigen frauenpolitischen Verband, in dem sich Juristinnen, Volks- und Betriebswirtinnen zusammengeschlossen haben. Maria Wersig war Mitglied der von März 2023 bis April 2024 bestehenden Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin.

Das schriftliche Interview führten Christiane Bomert und Katja Krolzik-Matthei.

Wie würden Sie den Status quo in Bezug auf die juristischen Entwicklungen von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland bewerten? Und wie würden Sie diese Bedingungen in einem internationalen Vergleich beurteilen?

Der Status quo in Deutschland ist aus meiner Perspektive auf unterschiedlichen Ebenen als problematisch einzuordnen. Auf der rechtstatsächlichen Ebene bestehen Zweifel daran, ob in allen Regionen Deutschlands der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch bei freier Wahl der medizinischen Methode noch angemessen gewährleistet ist. Medizinstudierende und Ärzt*innen in Ausbildung beklagen, dass das Thema in der Ausbildung zu wenig beachtet wird (siehe dazu auch das Interview mit Baier in diesem Band). Die Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs als grundsätzlich strafbewehrtes Unrecht hat Folgen für den Umgang mit dem Thema in verschiedenen Bereichen, in der Versorgung, der Ausbildung, der Kostenübernahmeregelung. Gleichzeitig sind Verhütungsmittel nur eingeschränkt Gegenstand der gesetz-

lichen Krankenversicherung, was für mich die Frage aufwirft, ob hier nicht eine recht wirksame Möglichkeit bestünde, ungewollte Schwangerschaften zu verhindern, die der Staat bislang nicht angemessen ausschöpft.

Im internationalen Vergleich gibt es gegenläufige Entwicklungen. Es gibt Beispiele für Liberalisierung wie in Irland, Argentinien oder Frankreich. Der französische Präsident hat angekündigt, das Recht auf Schwangerschaftsabbruch in die Verfassung zu integrieren. In Polen haben die Wahlen im Herbst 2023 sehr deutlich gezeigt, wie illiberale Regelungen gegen eine starke Bewegung in der Zivilgesellschaft die Stimmung politisch kippen können. In den USA wurde das bundesweite Recht auf den Schwangerschaftsabbruch, das seit den 1970er Jahren vom Supreme Court anerkannt wurde, viel kritisiert und nun verneint und die Regelungsverantwortung auf die Ebene der Bundesstaaten verwiesen. Das hat teilweise erschreckenden Auswirkungen – bis hin zu einem faktischen Totalverbot des Abbruchs und Bestrebungen, die Reise in andere Bundesstaaten zu kriminalisieren. Es gibt auch andere Länder, die ein Totalverbot durchsetzen, El Salvador ist so ein Beispiel.

Wo steht Deutschland juristisch derzeit? Der deutsche Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch ist geprägt durch die spezifische deutsche Geschichte. Die Verbrechen des Nationalsozialismus und die beiden Entwicklungslinien in Ost und West dürfen beim Blick auf das Thema nicht ausgeblendet werden. Die Rolle des Bundesverfassungsgerichts gilt es zu erwähnen, das in zwei Entscheidungen Reformen des demokratischen Gesetzgebers für verfassungswidrig befunden und Regelungsvorgaben gemacht hat (siehe dazu auch die Beiträge von Busch sowie von Chiofalo & Schmid in diesem Band). Die derzeitige Rechtslage ist inzwischen 30 Jahre alt und es gibt eine Debatte in der Gesellschaft und in der Politik, ob das, was in Deutschland als Kompromiss bezeichnet wird, tatsächlich noch trägt. Die Entwicklung, dass es diese Diskussion gibt, beurteile ich als außerordentlich positiv. Zugleich hat das Thema nicht nur eine juristische Ebene, es gibt soziale, medizinische, gesellschaftspolitische und ethische Aspekte zu bedenken. Ich halte es für richtig, auch mit Blick auf internationale Entwicklungen wie die reproduktiven Rechte im Menschenrechtsdiskurs und zum Beispiel die neuen Leitlinien der WHO zu dem Thema, dass auch in Deutschland das Thema sachlich, umfassend und evidenzbasiert diskutiert wird.

Viele der im Sammelband zu Wort gekommenen Fachkräfte und Forschenden haben die vielfältigen Hürden in Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen beschrieben, insbesondere auch in Bezug auf die bestehenden juristischen Re-

gelingen. Welche Veränderungen sind Ihrer Meinung nach nötig, um die juristischen Entwicklungen stärker an den Bedürfnissen und der Selbstbestimmung von ungewollt Schwangeren zu orientieren?

Die aktuelle Rechtslage nimmt die Perspektive der ungewollt Schwangeren aus meiner Sicht leider nicht ausreichend in den Blick. Ich möchte zunächst etwas zu den Rahmenbedingungen sagen: Das Thema Verhütung habe ich bereits erwähnt. Ich halte es für essenziell, dass Diskussionen über reproduktive Rechte es nicht ausblenden, dass wir über Jahrzehnte im Lebensverlauf reden, in denen Reproduktion ein Thema ist. Der Zugang zu dem Verhütungsmittel der eigenen Wahl, unabhängig von Einkommen oder sozialem Status, ist deshalb wesentlich. Auch was die Unterstützung von Familien und von Menschen mit Sorgeverantwortung betrifft, könnte in Deutschland mehr geschehen. Trotzdem wird es immer auch weiterhin zu ungewollten Schwangerschaften kommen, auch wenn sich die sozialen Rahmenbedingungen enorm verbessern würden. Wenn man dann zur Frage des Schwangerschaftsabbruchs selbst kommt, dreht sich in Deutschland viel um das Strafrecht. Das Strafrecht nimmt aber ebenfalls nicht die Perspektive der schwangeren Person ein. Es bestraft nur bzw. erläutert im Rahmen von §§ 218ff. StGB (Strafgesetzbuch) die Rahmenbedingungen, unter denen von Strafe abgesehen wird.

Ich bin der Meinung, dass Lebensschutz und Selbstbestimmung auch durch eine Regelung außerhalb des Strafgesetzbuchs in einen angemessenen Ausgleich gebracht werden können. Ich bin außerdem der Überzeugung, dass zu Gesundheitsversorgung in einem umfassend verstandenen Sinne die soziale Beratung der Menschen gehört, die zu allen Facetten der Themen Sexualität und Fortpflanzung angeboten werden und freiwillig sein sollte.

Im März 2023 hat sich die von der aktuellen Ampel-Regierung auf Grundlage des Koalitionsvertrages berufene Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin konstituiert. Können Sie bereits eine Prognose zur Arbeit in der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin abgeben?

Die Vereinbarung im Koalitionsvertrag hat dazu geführt, dass eine Debatte über das Thema Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs stattfindet. Die berufene Kommission arbeitet vertraulich und legt ihre Ergebnisse vo-

raussichtlich im April 2024 der Bundesregierung vor. Insofern kann ich aktuell (November 2023) keine Prognose über die voraussichtlichen Ergebnisse abgeben und auch nicht aus unseren Diskussionen berichten. In der interdisziplinären Kommission haben wir große Einigkeit, dass wir dem Prüfauftrag der Bundesregierung ernsthaft, interdisziplinär und evidenzbasiert nachgehen. Es wird einen schriftlichen Bericht geben. Aufgrund der Bedeutung des Themas haben wir uns für die Durchführung einer Anhörung entschlossen, in der wir mit einem breiten Spektrum gesellschaftlich relevanter Gruppen in einen Dialog treten. Die schriftlichen Stellungnahmen, die diesem Dialog vorausgehen, sind öffentlich zugänglich. Hierin sehe ich auch einen Beitrag der Kommission zur Sichtbarmachung der gesellschaftlichen Diskussionsprozesse über das Thema. Diese Perspektive ist mir persönlich sehr wichtig, denn es gibt viel Expertise aus der Praxis und eine rege Diskussion in der Zivilgesellschaft. Inwieweit sich politische Mehrheiten für eine Reform finden, wird die Zukunft zeigen.

Können Sie die Bedeutung dieser Sichtbarmachung und Einbeziehung der Zivilgesellschaft noch etwas ausführlicher erläutern? Warum ist das wichtig?

Es werden viele unterschiedliche Positionen zum Schwangerschaftsabbruch vertreten. Es gibt natürlich individuelle Haltungen, aber darüber hinaus demokratische Diskussionsprozesse in zivilgesellschaftlichen Organisationen, Parteien, Religionsgemeinschaften, Fachgesellschaften, Sozialverbänden, Frauenrechtsorganisationen usw. Hier findet politische Willensbildung im Vorfeld des Parlaments statt und es werden fachliche Argumente aus Sicht der mit dem Thema befassten Professionen gebündelt. Eine Gesellschaft muss einen Umgang mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch finden. Die Diskussion darüber findet also an vielen Orten statt. Ich halte es für zentral, diese Perspektiven auf das Thema zu hören und in die Überlegungen von uns als Kommission einzubeziehen. Wir alle haben die im November durchgeführte Anhörung als fachlich sehr bereichernd empfunden und als respektvoll und von offenem Austausch geprägt erlebt. Für das demokratische Gemeinwesen und spätere politische Diskussionen in den Bundestagsfraktionen oder auch der Bundesregierung, ob eine Neuregelung erforderlich ist, halte ich es auch für wichtig, sich mit dem Diskurs zu befassen, der in der Zivilgesellschaft zu dem Thema stattgefunden hat. Bei allen unterschiedlichen Auffassungen zum Schwangerschaftsabbruch ist die Möglichkeit, die Diskussion sachlich und respektvoll zu führen, aus

meiner Perspektive auch ein Beitrag zu einer demokratischen Diskussionskultur im besten Sinne.

Welche Rolle würde bei einer Änderung der gesetzlichen Grundlage das Bundesverfassungsgericht einnehmen?

Es darf davon ausgegangen werden, dass auch ein erneuter Versuch der Reformierung, wie in den 1970er und in den 1990er Jahren auch, vom Bundesverfassungsgericht überprüft werden wird. Das halte ich deshalb für sicher, weil es politisch bereits angekündigt wurde, diesen Weg zu gehen, und die Möglichkeiten dafür rechtlich natürlich bestehen. Insofern spielt das Bundesverfassungsgericht eine wichtige Rolle. Für die Frage, ob die Politik die Notwendigkeit einer Reform sieht und es Mehrheiten für eine Neuregelung gibt, sind aus meiner Sicht aber viele weitere Fragen als das Verfassungsrecht relevant. Dies ist eine politische Einschätzung, ob Lebensschutz und Selbstbestimmung in der derzeitigen Regelung in angemessenem Ausgleich stehen, ob die Menschenrechte ungewollt Schwangerer vollumfänglich gewährleistet sind, ob die Regelung aus den 1990er Jahren die gewünschten Effekte in Hinblick auf Lebensschutz und Unterstützung der Betroffenen tatsächlich aufweist. Viele weitere als diese von mir genannten Aspekte können in eine solche politische Entscheidung einbezogen werden. Wie das Bundesverfassungsgericht das Ergebnis solcher Überlegungen der Politik bewertet, welche konkreten Maßstäbe es in Zukunft anlegt und wie es den Einschätzungsspielraum der Gesetzgebung würdigt, kann niemand prognostizieren. Eine Wirkung der erwähnten bisherigen Rechtsprechung in dem Sinne, dass es dem demokratischen Gesetzgeber verwehrt wäre, einen erneuten Reformversuch unter Berücksichtigung der Entwicklungen der letzten 30 Jahre und auch der empirischen Forschung zum Thema auf den Weg zu bringen, sehe ich nicht.

Sie sprechen die gesellschaftlichen Debatten bei der Berücksichtigung zukünftiger Rechtsprechung an. Nun zeigen aber diskursanalytische Forschungen zur öffentlichen Auseinandersetzung neben historischen Veränderungen der gesellschaftlichen Vorstellungen eine große thematische Überrepräsentanz des Prinzips des Rechts des Fötus oder Fötus als Leben – bei gleichzeitiger Unterrepräsentanz des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren. Inwiefern sehen Sie hier Handlungsbedarf, insbesondere mit Blick auf die juristischen Entwicklungen?

Das ist eine interessante Analyse, die für mich erst einmal keine Frage nach Handlungsbedarf auslöst. Es ist spannend, dass man ein solches Ergebnis wissenschaftlich fundiert formulieren kann. Die öffentliche Auseinandersetzung, die untersucht wurde, zeigt gesellschaftliche Entwicklungen auf und spiegelt sie vielleicht auch. Welche Wirkungen diese formulierte Beobachtung auf Rechtsprechung hat, ist eine andere Frage. Auch in einem verfassungsrechtlichen Diskurs gibt es genau zu der Frage, wie sich diese genannten Rechtspositionen im Kontext Schwangerschaftsabbruch zueinander verhalten, eine kontroverse Debatte und sehr viele Auffassungen. Die Arbeit von Gerichten kann man insofern auch als Diskursanalyse interpretieren.

Was braucht es für die Ausbildung von Fachkräften angesichts der von Ihnen skizzierten Zukunftsperspektiven?

Ich halte es für wichtig, dass das Thema in seinen interdisziplinären Facetten Gegenstand der Ausbildung der verschiedenen Fachkräfte ist, die damit in Kontakt kommen – also von Sozialer Arbeit über Jura und Psychologie bis hin zur Medizin. Es ist auch für diejenigen, die vielleicht nur am Rande beruflich damit zu tun haben, wichtig, ihre eigene Haltung zu dem Thema reflektieren zu können.

Wir sind jetzt am Ende unserer Fragen. Gibt es noch etwas, was Sie sagen möchten?

Änderungen des Rechts und auch die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, auf die viele Hoffnungen gerichtet werden, lösen nicht alle Probleme. Gesetzesänderungen sind ohnehin nur möglich, wenn in einem demokratischen Diskurs Mehrheiten (und dementsprechend häufig auch Kompromisse) gefunden bzw. errungen werden. Insofern ist das Recht Ergebnis gesellschaftlicher Entwicklungen. Andererseits prägt das Recht auch diese Entwicklungen und kann gesellschaftliche Veränderungen voranbringen. Aus meinen Kontakten mit Kolleginnen und Kollegen aus anderen Ländern habe ich gelernt, dass auch nach erreichten Rechtsänderungen die Arbeit nicht endet, sondern in vielen Bereichen erst beginnt. In Irland beispielsweise gibt es fünf Jahre nach der Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs Implementationsprobleme bei der Sicherstellung der Versorgung, Reformdebatten über Interpretationen und Anwen-

dung des neuen Rechts und vieles mehr. In Kanada, wo die Entkriminalisierung viele Jahre her ist, besteht faktisch ein Problem des Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch, gerade in ländlichen Gebieten und für vulnerable Gruppen. Die Entkriminalisierung erscheint hier gerade als Hindernis, diese Probleme zu adressieren, weil durch die rechtliche Möglichkeit, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, die Mobilisierung für Veränderungen des Status quo erschwert scheint.

Wer sich für die Entkriminalisierung einsetzt, sollte also auf dem Schirm haben, dass es viele weitere Möglichkeiten gibt, den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch faktisch zu erschweren.

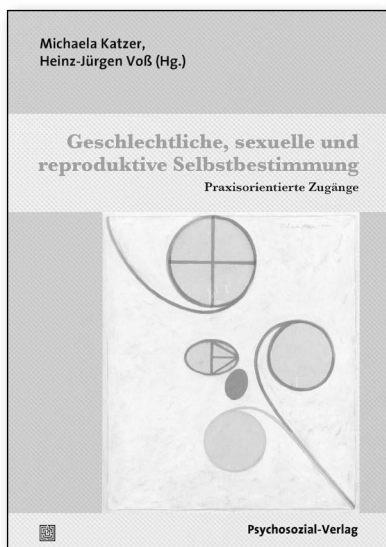
Biografische Notiz

Maria Wersig, Dr. phil., ist Hochschullehrerin an der Hochschule Hannover, Fakultät Diakonie, Gesundheit und Soziales, Professur für rechtliche Grundlagen der Sozialen Arbeit. Ihre Arbeitsschwerpunkte sind Sozialrecht, Familienrecht, Recht der Geschlechterverhältnisse und die interdisziplinäre Analyse von Rechtsinstitutionen. Von 2023 bis 2024 war sie Mitglied der Kommission der Bundesregierung zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, Arbeitsgruppe 1 Schwangerschaftsabbruch.

Michaela Katzer, Heinz-Jürgen Voß (Hg.)

Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung

Praxisorientierte Zugänge



2016 · 358 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2546-3

Aktivist_innen und Akademiker_innen kommen hier gleichermaßen zu Wort!

Selbstbestimmung geht über die Überwindung bzw. Abwesenheit von äußerem Zwang hinaus. Sie erfordert positives Bewusstsein über Möglichkeiten eigenen

Handelns mit einem Spektrum von Anpassung bis Ausbruch. Geschlechtliche Selbstbestimmung schließt Abweichung, Veränderung und Deutungshoheit über körperliche Geschlechtsmerkmale ein.

Im vorliegenden Buch wird »Selbstbestimmung« im sexualwissenschaftlichen Diskurs aus akademischer und aktivistischer Perspektive betrachtet. Die Beiträge beleuchten Aspekte von Inter- und Transsexualität, Asexualität, Sexualität unter Haftbedingungen, im Kontext von Behinderung sowie außerhalb heterosexueller Partnerschaften. In ihrer Vielfalt sind die Beiträge Zeitzeugnis, geben zugleich einen Ausblick auf die Zukunft und tragen dazu bei, gängige Denkschablonen zu überwinden.

Mit Beiträgen von Anne Alex, Markus Bauer, Heike Bödeker, Jens Borchert, Diana Demiel, Andreas Hechler, Michaela Katzer, Torsten Klemm, Katja Krolzik-Matthei, Anja Kruber, Alina Mertens, Andrzej Profus, Nadine Schlag, Heino Stöver, Manuela Tillmanns, Daniela Truffer, Heinz-Jürgen Voß und Marlen Weller-Menzel



Psychosozial-Verlag

Ralf Pampel

Wir reden zu wenig!

Angebote zur sexuellen Bildung Erwachsener



2019 · 121 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-2860-0

Die Sexualität erwachsener Menschen ist geprägt von Herausforderungen und Möglichkeiten. Auf der einen Seite schafft die mediale Darstellung und Dauerpräsenz von Sexualität Zwänge und Anforderungen, wie der ideale Sex und der ideale Körper aussehen sollen. Auf der anderen Seite herrschen nach wie vor eine kulturell geformte Scham und persönliche Sprachlosigkeit im Umgang mit sexuellen Themen.

Im Lauf des Lebens ändern sich sexuelle Erfahrungen und Wünsche. Dies birgt Chancen und Unsicherheiten. Ralf Pampel stellt verschiedene wissenschaftliche Zugänge und Bildungsmöglichkeiten vor. Interviews mit den Autorinnen von *Make Love* und *Frauen.Körper.Kultur* und den Workshopleiterinnen von *Other Nature* geben einen lebendigen Einblick, wie vielfältig Sexualität für Erwachsene sein kann.

Walltorstr. 10 · 35390 Gießen · Tel. 0641-969978-18 · Fax 0641-969978-19
bestellung@psychosozial-verlag.de · www.psychosozial-verlag.de



Eva Kubitzka

Warum sexualisierte Gewalt nicht angezeigt wird Eine kognitionspsychologische Untersuchung



2023 · 114 Seiten · Broschur
ISBN 978-3-8379-3252-2

- **Analyse kognitionspsychologischer Hintergründe für die geringe Anzeigequote bei sexuellen Übergriffen**
- **Anregungen für die sexualwissenschaftliche und -pädagogische Praxis**

Nach sexuellen Übergriffen wird eine sehr viel niedrigere Anzeigenquote verzeichnet als in anderen Deliktbereichen. Eva Kubitzka untersucht die Motive für den Verzicht auf polizeiliche Anzeigen und zeigt, dass den Begründungen häufig subjektive Theorien über sexualisierte Gewalt zugrunde liegen. Diese von Vergewaltigungsmythen geprägten Theorien beinhalten hauptsächlich Botschaften, in denen sich die Betroffenen selbst eine Mitverantwortung für die sexuellen Übergriffe geben oder die jeweiligen Taten bagatellisieren. Kubitzka reflektiert diese Begründungszusammenhänge kognitionspsychologisch und stellt dar, wie in der sexualberaterischen und sexualpädagogischen Praxis damit umgegangen werden kann.

- **Ergebnisse der Studie »PARTNER 5 Erwachsene« zu Motiven für den Verzicht auf polizeiliche Anzeigen bei sexualisierter Gewalt**

Die Beratung ungewollt Schwangerer ist in eine gesellschaftspolitisch, juristisch und ethisch kontroverse Debatte eingebettet. Obwohl dieses Beratungsfeld vielschichtige und anspruchsvolle Anforderungen mit sich bringt, mangelt es an Fachliteratur und Forschung. Die Autor*innen zielen darauf, diese Lücke zu schließen und verschiedenste Dimensionen der Beratung ungewollt Schwangerer zu beleuchten.

Neben gesellschaftspolitischen wie rechtlichen Rahmenbedingungen von Schwangerschaftsabbrüchen werden aktuelle empirische Ergebnisse zur psychosozialen Versorgung thematisiert. Darüber hinaus geben die Autor*innen konkrete Einblicke in das methodische Handeln in der Beratung ungewollt Schwangerer und die Heterogenität der Adressat*innen. Der Band schließt mit einem Ausblick auf Zukunftsperspektiven in der Beratung und Versorgung ungewollt Schwangerer.

Eva Maria Lohner, Dr. rer. soc., ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Abteilung Sozialpädagogik und an der Arbeitsstelle für Beratungsforschung am Institut für Erziehungswissenschaft der Universität Tübingen.

Maika Böhm, Prof. Dr. phil., Dipl.-Soz. päd., M. A., hat die Professur für Sexualwissenschaft und Familienplanung an der Hochschule Merseburg inne.

Christiane Bomert, Dr. phil., ist Akademische Rätin in der Abteilung Sozialpädagogik der Universität Tübingen.

Katja Krolzik-Matthei, Dipl.-Soz.päd., M. A., war von 2014 bis 2023 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Hochschule Merseburg in Forschungsprojekten u. a. zur Arbeit der Schwangerschaftsberatungsstellen in Deutschland.