

Best Practice? Einblicke in Versorgungszusammenhänge und Professionen

»Weil das ist halt so ein heißer Brei, den will keiner anfassen.«

Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch

Alicia Baier

Der Schwangerschaftsabbruch ist einer der häufigsten gynäkologischen Eingriffe und betrifft unzählige Menschen im Laufe ihres Lebens. Mit einer sehr niedrigen Komplikationsrate wird er jährlich rund 100.000 Mal in Deutschland durchgeführt (vgl. Statistisches Bundesamt 2020). Und doch wird er so kontrovers diskutiert wie kaum ein anderer medizinischer Eingriff. Er konstituiert ein reproduktionspolitisches Spannungsfeld, das seit Jahrhunderten von religiösen, bevölkerungspolitischen, strafrechtlichen und patriarchalen Argumentationslinien bestimmt wird.

Kontroverse Inhalte, die uns als Gesellschaft beschäftigen, beeinflussen auch persönliche Überzeugungen von Ärzt*innen und damit ärztliches Handeln (vgl. Czygan/Thonke 2014: 279). Die jeweils individuelle ärztliche Haltung kann sich zum einen auf die Professionalität und Qualität der Behandlung auswirken, zum anderen auf die Bereitschaft, überhaupt Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen. Denn nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz haben Ärzt*innen die Möglichkeit, die Durchführung dieser Behandlung aus persönlichen Gründen zu verweigern.

In Deutschland hat sich die Zahl der Einrichtungen, die Abbrüche anbieten, in den letzten beiden Jahrzehnten fast halbiert.¹ Dies führt in einigen Regionen bereits zu erheblichen Versorgungslücken (vgl. Landesverbände pro familia 2019). Vermutlich werden diese in den kommenden Jahren noch zunehmen, da vielerorts Ärzt*innen im Rentenalter die Versorgung aufrechterhalten. Für ungewollt Schwangere bedeutet dies eine zusätzliche finanzielle, organisatorische und psychische Belastung sowie eine unnötige Verzögerung des Eingriffs u.a. durch weitere Fahrtwege und längere Wartezeiten.

Ärztliche Haltungen zum Schwangerschaftsabbruch wurden zuletzt zur Zeit der deutschen Wiedervereinigung beforscht, als die liberale Fristenlösung der DDR auf das deutlich restriktivere Notlagenindikationsmodell der BRD prallte (vgl. Busch 1992). Der damals gefundene Kompromiss einer Indikationslösung mit Pflichtberatung und

1 Wie das Statistische Bundesamt der Beitragsverfasserin auf Nachfrage mitteilte, sank die Zahl der Einrichtungen von rund 2050 im Jahr 2003 auf zuletzt 1100 Einrichtungen im Jahr 2021 (2. Quartal).

anschließender dreitägiger Pflichtwartezeit für Abbrüche bis zur zwölften Schwangerschaftswoche befriedete die gesellschaftliche Debatte vorerst – und auch in der wissenschaftlichen Welt kam es zu einem langjährigen Forschungsstillstand.

Seit dem Jahr 2017 beschäftigt das Thema erneut unsere Gesellschaft, Politik und Gesetzgebung: Der Fall der Allgemeinärztin Kristina Hänel brachte die Diskussion um geeignete Abtreibungsgesetze zurück in eine breite Öffentlichkeit. Hänel war 2017 nach § 219a StGB (die sogenannte »Werbeverbotsregelung«) zu einer Geldstrafe von 6000 Euro verurteilt worden, da sie auf ihrer Praxisseite sachliche Informationen zum Schwangerschaftsabbruch für ihre Patient*innen bereitgestellt hatte. Da § 219a StGB zwischen Werbung und Information nicht unterscheidet, machte sie sich damit strafbar.

Um im Licht der neu entbrannten gesellschaftlichen Debatte und der aktuellen Versorgungsengpässe mehr über die Einschätzungen von Mediziner*innen zu erfahren, gründete sich 2017 am *Institut für Medizinische Soziologie der Charité* das Forschungsprojekt »Medizinstudierende und Gynäkolog*innen zum Schwangerschaftsabbruch« (MeGySa), dessen empirisches Material in diesem Beitrag verwendet wird.² In der Studie wurde auf Schwangerschaftsabbrüche bis zur zwölften Schwangerschaftswoche fokussiert, da diese über 96 Prozent aller Abbrüche ausmachen (Statistisches Bundesamt 2020). An den semistrukturierten, 45- bis 60-minütigen Interviews nahmen 14 Medizinstudierende verschiedener Semester der *Charité Berlin* sowie vier Berliner Ärztinnen teil, von denen zwei Abbrüche durchführen und zwei nicht.³ Medizinstudierende wurden in die Studie aufgenommen, da die Ansichten jüngerer Mediziner*innen angesichts der mittelfristig zunehmenden Versorgungslücken interessant sind. Auch kann so besser untersucht werden, welche Rolle die Universitäten in der Informationsvermittlung an Studierende spielen.

Im folgenden Abschnitt wird anhand der Aussagen der befragten Mediziner*innen diskutiert, welche Barrieren Ärzt*innen von der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen abhalten könnten. Dabei liegt der Fokus auf den Fragen, inwiefern Tabuisierung, Stigmatisierung und die gesetzliche Regulierung eine Rolle spielen, wie die Befragten zu ihrem Wissen gelangen, welche Vorstellungen sie von dem Eingriff haben und welchen Stellenwert die medizinische Ausbildung dabei spielt. Auf Grundlage der Erfahrungen der Beitragsverfasserin als Vorsitzende des Vereins *Doctors for Choice Germany* und Gründerin der Hochschulgruppe *Medical Students for Choice Berlin* illustrieren im Anschluss einige Beispiele aus der Praxis, inwiefern fachpolitisches Engagement Veränderungen erreichen kann.⁴

2 Die Interviews wurden 2017 von Alicia Baier, Anna-Lisa Behnke und Philip Schäfer geführt und mit qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2015) ausgewertet.

3 Die Interviewteilnehmer*innen wurden durch gezieltes und zufälliges Sampling rekrutiert (E-Mail-Kontaktierung von 52 in Berlin niedergelassenen Gynäkolog*innen, E-Mail-Verteiler einzelner Hochschulgruppen und allgemeiner Studierendenverteiler der *Charité Berlin*). Da der Rücklauf bei den Gynäkolog*innen sehr niedrig war, erfolgte ein Teil der Rekrutierung über das Schneeballprinzip.

4 Um eine Beeinflussung der Interviewpartner*innen zu vermeiden, erwähnte die Beitragsverfasserin ihr fachpolitisches Engagement in den Interviews nicht.

»Anfeindungen« und »Kopierraumthema« – Stigma und Tabu im professionellen und sozialen Umfeld

Viele Befragte geben an, mit den Menschen im beruflichen oder persönlichen Umfeld aus Furcht vor Ablehnung oder Anfeindungen nicht offen über das Thema Schwangerschaftsabbruch sprechen zu können. So äußert sich Mahtab,⁵ Studentin im *Praktischen Jahr* (elftes Semester), zum Umgang unter Studierenden wie folgt:

»Weil das ist halt so ein heißer Brei, sage ich mal, den will keiner anfassen. [...] Ich erfahre es selber, wenn ich dann sage, dass ich keine Abtreibungsgegnerin bin, dass ich für das Recht der Frauen auf eine freie Entscheidung bin, dass ich da halt auch manchmal komische Blicke ernte. Oder tatsächlich Anfeindungen erfahre. Also da ist vielleicht Diskutieren in einer großen Gruppe mit den Kommilitonen, vielleicht nicht unbedingt ... da trauen sich vielleicht viele auch gar nicht, sich zu Wort zu melden.«

Nicht ganz so feindselig, aber ähnlich tabuisiert, nimmt die Gynäkologin Angelika den Austausch im Krankenhaus zu der Frage wahr, wer von den Kolleg*innen Abbrüche durchführt und wer nicht: »Ja, das war schon immer so ein bisschen Thema unter dem Tisch. Ja, also das war jetzt nichts ... das war meistens dann irgendwann geklärt, aber es war mehr so ein Kopierraumthema.« Die ärztliche Leitung der Klinik scheint die berufliche Positionierung ihrer Mitarbeiter*innen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht offen zu thematisieren. Die Tabuisierung wird dadurch fortgesetzt und der kollegiale Austausch erschwert.

Doch auch im privaten Umfeld sind nicht immer Bedingungen gegeben, die eine Auseinandersetzung mit oder eine Entscheidung für die Durchführung von Abbrüchen fördern. So beschreibt Muriel (zehntes Semester) den Umgang in ihrem Umfeld wie folgt: »Also ich traue mich nicht immer so richtig offen mit Freunden darüber zu reden, weil man nicht weiß, wie die Haltung von Freunden eben zu dem Thema ist.« Zoé, Studentin im vierten Semester, antwortet auf die Frage, ob sie etwas daran hindern könnte, selbst Abbrüche durchzuführen: »Hindern? Auf jeden Fall muss ich zugeben: das Umfeld. Ich glaube, meine weitere Familie ist durchaus noch kirchlich ein bisschen geprägt. Und ich glaube, dass es da schon Vorurteile gäbe.«

Die Studentin Manon (viertes Semester) sieht Ärzt*innen in Deutschland, die Abbrüche durchführen, in besonderem Maße von solch stigmatisierenden Vorurteilen betroffen: »Also ich komm« ursprünglich aus Frankreich, [...] da ist das alles sehr viel offener und sehr viel umgänglicher. Und in Deutschland ist es halt, [...] als wäre man ein Mörder. Also so wird man auch behandelt.«

Der Schwangerschaftsabbruch erfährt somit sowohl im beruflichen als auch im privaten Umfeld von Mediziner*innen eine Stigmatisierung, die einer professionellen Auseinandersetzung mit dem Thema im Wege steht.

5 Alle Namen in diesem Beitrag sind Pseudonyme.

»Schon 50 Mal durchgelesen...« – Gesetzliche Regelungen als Hürde

Die strafrechtlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch werden von vielen Mediziner*innen als verwirrend und kompliziert wahrgenommen. Die Gynäkologin Angelika berichtet: »Ich habe das schon fünfzigmal durchgelesen, aber ich kann das auch tatsächlich nicht rekapitulieren.« Andere verstehen die Gesetzeslage falsch oder nehmen sie restriktiver wahr, als sie es ist. Ruth (achtes Semester) erzählt beispielsweise: »Ich habe grad vor kurzem diesen Paragraphen gelesen. Dass im Grundgesetz steht, dass Abtreibung Mord ist.«⁶ Auch aus Manons Äußerungen wird deutlich, dass für sie die gesetzlichen Regelungen unklar sind: »Also ich weiß zum Beispiel, dass man eigentlich nur abtreiben darf, wenn das Kind schwer behindert ist, oder es gibt Komplikationen bei der Schwangerschaft«.

Viele Befragte haben von der Diskussion um § 219a StGB gehört, der es Abtreibungsgegner*innen seit Jahren ermöglicht, Strafanzeigen gegen Ärzt*innen zu führen, die sachlich über Schwangerschaftsabbrüche informieren. Manche erinnern nur Schlagworte davon, die vor allem mit »Werbung«, »Bestrafung« und »Verbot« zu tun haben: »Jetzt war es ja [...] in den Zeitungen zu lesen, dass [...] diese Ärztin, die für Abtreibung wirbt, dass man da ja auch gerne ein Verbot hätte, dass dafür nicht geworben werden darf«, erinnert sich Muriel, Studentin im zehnten Semester. Die Erwähnung des Schwangerschaftsabbruchs im deutschen Strafrecht unter Androhung von Geld- und Gefängnisstrafen scheint einschüchternd auf Medizinstudierende zu wirken und ermutigt nicht dazu, sich mit dem Thema beruflich auseinanderzusetzen. Diejenigen wiederum, die die Debatte genauer verfolgt haben, halten § 219a StGB für nicht mehr zeitgemäß, bemängeln die fehlende Unterscheidung zwischen Information und Werbung und treten für eine Abschaffung des Paragraphen ein.

Religionsunterricht und Medien – was Mediziner*innen prägt

Der Schwangerschaftsabbruch stellt in den Interviews für viele Mediziner*innen ein tabuisiertes, stigmatisiertes und juristisch abschreckendes Thema dar. Doch woher beziehen sie ihr Wissen und welche Elemente prägen ihre Sozialisierung zu Schwangerschaftsabbrüchen? Viele Befragte erwähnen Medien als Bezugsquelle: Dokumentarfilme, Satiresendungen, Zeitungartikel. Insbesondere viele weibliche Medizinstudierende beziehen ihr Wissen aus Internetrecherchen, die sie zu Zeitpunkten durchführten, als bei ihnen selbst oder bei Freund*innen die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruchs im Raum stand: »Wenn man mit Freundinnen drüber redet und dann mal wieder was passiert ist und ich dann eben nochmal genauer nachlese« (Andrea, sechstes Semester).

6 Im Grundgesetz wird der Schwangerschaftsabbruch nicht erwähnt. Da juristisch zwischen Embryo und Mensch unterschieden wird, ist der Terminus »Mord« zudem nicht angezeigt. Im Strafgesetzbuch (§§ 218, 219) wird der Abbruch vielmehr als eine eigenständige Straftat aufgeführt, die unter bestimmten Bedingungen straffrei bleibt – anders als bspw. ein Mord.

Obwohl schon länger zurückliegend, ist überraschenderweise für einige der Religions- oder Philosophieunterricht in der Schule prägend. So erinnert sich Lea, Studentin im zweiten Semester:

»Weitere Bilder, die mir in den Kopf kommen, sind Bilder, die mein Religionslehrer mal mitgebracht hat tatsächlich. Der hat uns Bilder von Fetten mitgebracht, die nach dieser Abtreibung [...] fotografiert wurden, was ganz schön erschreckend aussah.«

Die Gynäkologin Angelika arbeitet zum Zeitpunkt des Interviews in einer Praxis und nimmt selbst keine Abbrüche vor. Die Schule, berichtet sie, sei die einzige Institution gewesen, in der jemals über das Thema gesprochen wurde:

»Ich komme von einer katholischen Schule, und das einzige, eigentlich vom Studium bis zur Facharzt Ausbildung, war mein Religionsunterricht [...], was eben auf dieser katholischen Schule auch in einer Form transportiert wurde, die grausam, erschreckend und so weiter war, und [...] uns sehr geprägt hat.«

Für ihre Familie biete bereits ihre ärztliche Beratungstätigkeit im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen »Anlass für viel Diskussion«:

»Deswegen ist es für mich ein schwieriges Thema immer wieder. (...) In dieser katholischen Sozialisierung, aus der ich komme, ist das [die Durchführung von Abbrüchen] im Grunde genommen ein Verbrechen. Das kommt einem Mord gleich.«

Dieser Konflikt wirke sich indirekt auch auf ihre ärztliche Tätigkeit aus: »Ich versuche die Dinge, mit denen ich groß geworden bin, meistens vor der Tür zu lassen. Aber ich glaube, das kann man nie ganz. Das wäre eine Überschätzung.«

Ob über die Schule, die Familie oder andere Impulsgeber vermittelt – christlich(-fundamentalistische) und antifeministische Einflüsse auf die befragten Mediziner*innen zeigen sich sowohl an sprachlichen als auch inhaltlichen Merkmalen. So verwenden viele Interviewpartner*innen Begriffe, die typischerweise von sog. Anti-Choicern⁷ in den Diskurs eingebracht werden (z.B. »Spritze«, »Kind«) und die darauf abzielen, einen Schwangerschaftsabbruch mit der Tötung oder sogar dem Mord eines Kindes gleichzusetzen. Robert, Student im fünften Semester, beschreibt diesen Einfluss anschaulich: »Das Wissen hab ich, glaub ich, eher von so gewissen Abtreibungsgegnern, die einem irgendeinen Zettel in die Hand drücken, dass man [...] irgendwie noch 'ne Spritze reingibt oder sowas.« Solch drastische Vorstellungen, die mitnichten einem Schwangerschaftsabbruch vor der zwölften Woche entsprechen, können in der Konsequenz eine mögliche Barriere sein, selbst Abbrüche durchzuführen: »Also wenn ich das jetzt entscheiden müsste, würde ich's nicht machen, von dem, was ich weiß und so weiter. Weil ich halt allein die Spritze in das Herz von so einem Kind einfach nicht setzen könnte« (Andrea, sechstes Semester).

So prägen die Vorstellungen, die Abtreibungsgegner*innen im familiären und gesellschaftlichen Umfeld von Mediziner*innen reproduzieren, die ärztliche Bereitschaft zur Vornahme von Abbrüchen und sogar die reine Beratungstätigkeit. Das wirft die

7 Anti-Choicer (»Personen gegen die Wahlfreiheit«) bekämpfen das Recht von ungewollt Schwangeren auf einen Schwangerschaftsabbruch.

Frage auf, inwieweit die medizinische Lehre solchen Prägungen eine patient*innenorientierte Perspektive entgegensetzt.

Und die Uni? Versäumnisse in der Ausbildung

Das Curriculum der Universität wird auffällig selten als Informationsquelle erwähnt. Mahtab, im *Praktischen Jahr*, antwortet auf die Frage, wie sie in ihrem Medizinstudium an der Berliner *Charité* mit dem Thema in Kontakt gekommen sei:

»Ganz wenig. Also fast gar nicht. Wir hatten im zehnten oder neunten Semester [...] eine Veranstaltung, wo der Schwangerschaftsabbruch erwähnt wurde. Und da musste man halt die Indikationen aufzählen können, unter denen ein Abbruch [...] straffrei bleibt. Aber mehr auch nicht. [...] Was gibt's da für Methoden? So das erfährt man alles nicht als Medizinstudent, wenn man sich nicht selber dafür interessiert und sich nicht selber informiert.«

Der Schwangerschaftsabbruch wird an vielen deutschen Universitäten tatsächlich kaum oder gar nicht im Lehrplan thematisiert (vgl. Baier 2019a: 20f.). Wird er thematisiert, dann meist nicht im Fach Gynäkologie, sondern als ethischer und rechtlicher Problemfall in den Fächern Medizinethik, Medizingeschichte oder Medizinrecht – häufig im Zusammenhang mit den seltenen Spätabbrüchen.⁸ Diese Lücken im Curriculum können dazu führen, dass sich Mediziner*innen den Eingriff nicht zutrauen. So antwortet Linda (erstes Semester) auf die Frage, was sie daran hindern könnte, als Ärztin Abbrüche durchzuführen: »Dass es mir nicht beigebracht wird, könnte mich daran hindern. Dass ich mir dann nicht sicher genug darin bin und dass ich nicht weiß, wie man es macht.« Studierende, die sich für die Thematik interessieren, äußern in den Interviews den Wunsch nach mehr sachlichen Informationen zu rechtlichen und medizinischen Aspekten, aber auch die Möglichkeit, in kleinen Gruppen zu diskutieren und eigene Gefühle zu reflektieren (vgl. Baier et al. 2019).

Häufiger als die universitäre Ausbildung wird in den Interviews dagegen die studentische Arbeitsgruppe *Medical Students for Choice Berlin* (MSFC)⁹ erwähnt, die seit 2015 an der Berliner *Charité* außercurriculare Lehrveranstaltungen zum Schwangerschaftsabbruch anbietet:

»Also kommt drauf an, ob die AG halt dazu zählt, wir haben ja eine Medizin-AG, die da ja viel Info macht und viel Werbung, sich damit zu beschäftigen und die ist sehr stark. Also aber im Curriculum an sich noch gar nicht. [...] Die [= AG] schreiben immer auf Facebook, teilen immer, was sie so machen, haben Vorträge und Kurse.« (Sophie, neuntes Semester)

8 Zu diesem Ergebnis kommt eine bislang unveröffentlichte schriftliche Umfrage der *Medical Students for Choice Berlin* von Oktober 2020 mit Antworten von Medizinstudierenden von 23 deutschen Universitäten.

9 Weitere Informationen und Hintergründe zu der Initiative (der auch die Beitragsverfasserin angehörte) finden sich hier: <https://msfcberlin.com> (letzter Zugriff: 08.11.2021).

Dass sich Medizinstudierende ehrenamtlich um ihre Ausbildung kümmern müssen, um überhaupt Einblick in die medizinische Praxis des Eingriffs zu erlangen, zeigt einmal mehr die deutliche Tabuisierung des Themas im medizinischen Feld auf.

Das Problem setzt sich während der fachärztlichen Weiterbildung fort: Viele Lehrkliniken führen keine Abbrüche durch. Da die frauenärztliche Weiterbildungsordnung die Durchführung von Abbrüchen nicht voraussetzt und Fortbildungsangebote rar sind, kommt der ärztliche Nachwuchs in den Krankenhäusern mit diesem wichtigen Thema oft gar nicht in Berührung. Auch auf gynäkologischen Fachkongressen wird es meist ausgespart – unter anderem, da medizinische Forschung zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland kaum existiert. Eine Leitlinie, die eine einheitliche Behandlung erleichtern würde, fehlt bislang ebenfalls.¹⁰ Eine Folge davon ist, dass zwölf Prozent der Schwangerschaftsabbrüche mit einer seit Jahrzehnten veralteten, weniger sicheren chirurgischen Methode durchgeführt werden, der Ausschabung – anstelle der schonenden Vakuumaspiration, die bereits seit den frühen 70er Jahren die dominante chirurgische Methode in Europa und den USA ist (Statistisches Bundesamt 2020; vgl. Paul et al. 2009: 5f.).

Das Fehlen einer wissenschaftlich fundierten Lehre bereitet zudem unter Mediziner*innen einen fruchtbaren Boden für in der Gesellschaft vorherrschende »Abtreibungsmythen«, wie der folgende Abschnitt zeigt.

Mythen um den Abbruch: Depression, Reue, Unfruchtbarkeit

Viele Studierende gehen davon aus, dass Schwangerschaftsabbrüche schwerwiegende psychische (Reue, Traumatisierung oder Depression) oder physische Folgen (Unfruchtbarkeit, spätere Fehl- oder Frühgeburten) hätten. So antwortete Samuel, der im siebten Semester studiert, auf die Frage, was er über die Pflichtberatung denke:

»Und ich glaube schon, [...] dass vielen dann vielleicht auch nochmal andere Gedanken dazu kommen, wenn sie das halt hören. Beispielsweise, dass [...] man dann im schlimmsten Fall nicht nochmal ein Kind bekommen könnte. Weil [...] so ein Schwangerschaftsabbruch halt Risiken birgt. Oder halt, dass [es] nachher in vielen Fällen halt Depressionen gibt bei Frauen sozusagen. Und dass es viele auch bereuen im Nachhinein. Von daher finde ich das schon gut, dass es diese Verpflichtung gibt.«

Diese Befürchtungen greifen einen typischen »Abtreibungsmythos« auf, der die Funktion erfüllt, den Kampf gegen das Recht auf Schwangerschaftsabbrüche mit dem vermeintlichen Schutz der Betroffenen zu legitimieren. Die Evidenz weist jedoch in eine andere Richtung: Abbrüche werden im Allgemeinen gut verarbeitet und psychische Langzeitfolgen sind sehr selten (vgl. Kero et al. 2004). Das Austragen einer ungewollten Schwangerschaft hingegen führt zu einer größeren emotionalen Belastung als ein

10 Immerhin hat das Bundesgesundheitsministerium mittlerweile die Erstellung einer Leitlinie »Sicherer Schwangerschaftsabbruch« initiiert, die bis zum 01.04.2023 fertig gestellt werden soll (vgl. AWMF 2021). Leider handelt es sich hierbei jedoch nur um eine konsensbasierte S2k-Leitlinie und keine evidenzbasierte S3-Leitlinie.

Schwangerschaftsabbruch (vgl. Biggs et al. 2017). Das vorwiegende – und auch langfristige – Gefühl nach einem Abbruch ist bei den meisten Patient*innen Erleichterung (vgl. Rocca et al. 2020). 99 Prozent der Betroffenen bereuen den Abbruch auch fünf Jahre später nicht (ebd.).¹¹ Auch die Annahme, dass Abbrüche ein hohes Risiko für spätere Fehl- oder Frühgeburten oder Unfruchtbarkeit hätten, ist falsch (Atrash/Hogue 1990; Oliver-Williams et al. 2013). Der unter legalen Bedingungen, ohne gesetzbedingte Verzögerungen und unter Anwendung moderner Methoden durchgeführte Schwangerschaftsabbruch ist ein sehr sicherer Eingriff.

Klassismus und Sexismus – Vorurteile unter Mediziner*innen

Interessant ist, dass unter den Mediziner*innen nicht nur Mythen um den Schwangerschaftsabbruch selbst kursieren, sondern auch Vorurteile gegenüber den Personen geäußert werden, die sich für einen Abbruch ihrer Schwangerschaft entscheiden. In ihren Äußerungen teilen die Befragten diese wiederholt in zwei Gruppen ein: eine Gruppe aus älteren, gebildeten, finanziell unabhängigen Frauen, die meist schon Kinder haben, denen eine zweite Gruppe aus jungen, naiven, bildungsfernen und sozial schwachen Frauen gegenübergestellt wird (vgl. Baier 2019b: 126). So illustriert folgende Passage aus dem Interview mit der Gynäkologin Petra, die selbst Schwangerschaftsabbrüche in einer Klinik durchführt, inwiefern sexistische und klassistische Vorurteile in der medizinischen Welt kursieren:

Gynäkologin Petra: »Es gibt auch Witze unter uns Kollegen über die typische Frau, die zum Schwangerschaftsabbruch kommt.«

Interviewerin: »Wie ist der Witz?«

Gynäkologin Petra: »Naja, das sind halt häufig so Schnittchen, so solariumgebräunt, Fingernägel gemacht, keinen richtigen Job, oder keine... schwierig, ne. [...] Ja, ist schon mit ner gewissen Naivität verbunden. Häufig, aber nicht immer, und das wechselt auch, wir haben auch viele Frauen, die halt schon zwei Kinder haben, und denen das halt nochmal passiert ist.«

Der ersten Gruppe der wohlhabenden Akademiker*innen, die bereits Kinder geboren haben, wird häufig ein größeres Verantwortungsbewusstsein, eine bessere Reflexionsfähigkeit und eine größere Autonomie bei Reproduktionsentscheidungen zugeschrieben. In der Gruppe finanzschwacher und bildungsferner Patient*innen wird der Abbruch hingegen als Ergebnis von Verantwortungslosigkeit und Unbedarftheit gewertet. Dies zeigt eindrücklich, wie sich klassistische und sexistische Klischees vonseiten des medizinischen Personals auf die Qualität der Behandlung gegenüber manchen Bevölkerungsgruppen auswirken können.

11 Die Publikationen von Biggs und Rocca gehen aus der *Turnaway Study* hervor, einer prospektiven Längsschnittstudie, die 1000 Menschen mit ungewollten Schwangerschaften zehn Jahre lang nachverfolgte. Verglichen wurde u.a. die psychische Verfassung von Personen, die einen Abbruch durchführen ließen, mit der von Personen, denen einen Abbruch verweigert wurde: <https://turnawaystudy.com> (letzter Zugriff: 11.11.2021).

Allerdings gibt es auch das Beispiel der Gynäkologin Angelika, die gerade bei einer finanziell wohlhabenden, verheirateten Frau den Abbruch weniger gut nachvollziehen kann und daher meint, bei dieser mit ihrer ergebnisoffenen Beratung versagt zu haben: Die Patientin sei nie wieder zu ihr gekommen. Weitere Faktoren, die die Professionalität von Ärzt*innen beeinflussen, sind demnach die individuelle Nachvollziehbarkeit der Gründe für den Abbruch sowie eigene Vorstellungen von Familie. Dies deckt sich mit Ergebnissen aus Untersuchungen der 80er und 90er Jahre in Deutschland (vgl. Czygan/Thonke 2014: 288). In all diesen Beispielen zeigt sich, dass die medizinische Unterstützung, die ungewollt Schwangere von ihren behandelnden Ärzt*innen erwarten können, stark von deren individueller Einstellung abhängt.¹² Dies ist problematisch, da stigmatisierendes oder bevormundendes Verhalten durch Gesundheitspersonal ein Risikofaktor für die psychische Gesundheit nach dem Abbruch ist (Steinberg 2011).

Ausblick: Kämpfe und Errungenschaften

Das Sampling der MeGySa-Studie ist selbstverständlich nicht repräsentativ für alle Mediziner*innen. Dennoch ergeben sich aus den Aussagen Hinweise auf verschiedene Schiefen rund um Schwangerschaftsabbrüche in der Medizin: Der Einfluss von Abtreibungsgegner*innen sowie Mythen und Vorurteile gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch und ungewollt Schwangeren sind in der medizinischen Ausbildung und Praxis verbreitet. Mediziner*innen befürchten, für die Vornahme von Abbrüchen stigmatisiert zu werden und erleben das Thema als tabuisiert und juristisch einschüchternd. Sie generieren ihr Wissen zum Schwangerschaftsabbruch unter anderem über den Religions- oder Ethikunterricht der Schule oder die Beschäftigung mit dem Schwangerschaftsabbruch aus eigener Betroffenheit heraus. Auffällig ist die weitgehende Nichtthematisierung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung.

Dabei könnte eine bessere Verortung innerhalb der gynäkologischen Lehre der Verbreitung von »Abtreibungsmythen« und Vorurteilen entgegenwirken. Sie könnte Mediziner*innen dabei helfen, diesen medizinischen Eingriff als Teil ihres Fachgebietes zu begreifen, eine professionelle Haltung zu diesem zu entwickeln und damit die Qualität der Behandlungen verbessern.

Sie könnte sich damit auch positiv auf die Versorgungslage auswirken. Bereits ein Praktikum im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs kann die Beratungssicherheit und die Motivation von Medizinstudierenden erhöhen, später selbst Abbrüche durchzuführen (vgl. Pace 2008). Auch die Menge an Erfahrung, die während der fachärztlichen Weiterbildung mit dem Thema gesammelt werden kann, korreliert positiv mit der Bereitschaft zur Vornahme von Abbrüchen (Steinauer et al. 2008).

Es ergeben sich hieraus konkrete Forderungen: Erstens stehen Universitäten in der Pflicht, fachkundiges Wissen über Epidemiologie, Ablauf, Sicherheit und Nebenwirkungen eines derart häufigen Eingriffs zu vermitteln. Die Bedeutung und Verantwortung des medizinischen Personals für eine flächendeckende Versorgung sollten thema-

12 Vgl. hierzu auch den Beitrag von Franka Stroh in diesem Band, welcher den Einfluss persönlicher Haltungen der Berater*innen auf die Schwangerschaftskonfliktberatung untersucht.

tisiert werden. Dazu gehört auch eine fundierte Einführung in die rechtlichen Rahmenbedingungen, damit Mediziner*innen sich mit Sicherheit in diesem Berufsbereich zu bewegen wissen.

Zweitens sollten in einem Seminar- oder Workshopformat die wertfreie und respektvolle Beratung und Betreuung von ungewollt Schwangeren praktisch geübt werden. Hierzu gehört eine professionell moderierte Auseinandersetzung mit den eigenen Einstellungen und Vorannahmen gegenüber Abbrüchen und ungewollt Schwangeren.

Die dritte Forderung betrifft die Weiterbildung zur Fachärzt*in. Die beiden gängigen Abbruchmethoden – Vakuumaspiration sowie medikamentöse Methode – müssen in die gynäkologische Weiterbildungsordnung aufgenommen werden.¹³ Wenn Lehrkrankenhäuser, die die volle Weiterbildung zur Gynäkologie anbieten, den Schwangerschaftsabbruch selbst nicht lehren, sollten Rotationen in entsprechende Kliniken oder in den ambulanten Sektor eingeführt werden (vgl. Arbeitskreis Frauengesundheit/Doctors for Choice Germany 2020). Diese Rotationen sollten in Einklang mit den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation Ärzt*innen anderer Fachrichtungen und perspektivisch auch Hebammen offenstehen (WHO 2015: 33-45).

Wenngleich viele Forderungen noch offen sind, sollen an dieser Stelle aber auch einige Errungenschaften der vergangenen Jahre genannt werden. Sie zeigen: Eine Veränderung der Lehr- und Versorgungssituation kann durch fachpolitisches Engagement erreicht werden. Die *Charité Berlin* etwa, die größte Universitätsklinik Europas, lehrte Medizinstudierende vor 2019 nur die Rechtslage zu Schwangerschaftsabbrüchen am Rande eines Pränataldiagnostik-Seminars. Die bereits erwähnte Hochschulgruppe MSFC bietet ihren Kommiliton*innen seit 2015 mit den sogenannten »Papaya-Workshops« die Möglichkeit, an Papayas als Uterus-Modell die Vakuumaspiration praktisch zu üben und sich zum Schwangerschaftsabbruch zu informieren. Das Konzept wurde 2003 von der University of California entwickelt und ist an US-amerikanischen Universitäten zur Übung intrauteriner¹⁴ Eingriffe verbreitet. Auch in Berlin fanden die Workshops großen Anklang bei den Studierenden. Viele Zeitungen berichteten darüber (vgl. bspw. Lenz im Tagesspiegel vom 19.09.2018). Die Hochschulleitung erklärte sich im Verlauf – mutmaßlich aufgrund des öffentlichen Drucks, der durch die Berichterstattung erzeugt wurde – zu Gesprächen mit der Studierendengruppe bereit. Das Curriculum wurde 2019 schließlich um ein Seminar zum Schwangerschaftsabbruch ergänzt. Für ihr Engagement wurden die Studierenden mit dem Margherita-von-Brentano-Preis der Freien Universität Berlin ausgezeichnet. In vielen weiteren Städten gibt es mittlerweile Studierendengruppen, die sich um eine Erweiterung ihres Curriculums, die Organisation von »Papaya-Workshops« und eine bessere medizinische Aufklärung zum Schwangerschaftsabbruch bemühen.¹⁵

13 Dies würde umfassende Umstrukturierungen der gynäkologischen Weiterbildung erfordern und wird von dem Vorsitzenden der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) bislang zurückgewiesen (vgl. Scharl 2021: 347).

14 »Intrauterin«: innerhalb des Uterus liegend

15 Eine Auflistung findet sich unter <https://msfcberlin.com/msfc-deutschlandweit/> (zuletzt aufgerufen am 08.11.2021).

Auch aus der ärztlichen Community heraus können Veränderungen auf den Weg gebracht werden: So setzt sich der 2019 gegründete gemeinnützige Verein *Doctors for Choice Germany* (DFC) für eine bessere Lehre und Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch ein.¹⁶ Als großer Erfolg kann hier das von DFC mitentwickelte Modellprojekt »Schwangerschaftsabbruch zuhause« genannt werden, in dessen Rahmen nun erstmals in Deutschland der telemedizinisch begleitete medikamentöse Schwangerschaftsabbruch angeboten wird.¹⁷ Dieser eröffnet ungewollt Schwangeren in unterversorgten Regionen die Möglichkeit, ihre Abhängigkeit von der Bereitschaft des medizinischen Personals zu verringern. Dabei erhalten sie die Medikamente für einen Schwangerschaftsabbruch postalisch und werden vor, während und nach dem Abbruch telemedizinisch von Ärzt*innen betreut. Die Sicherheit des Vorgehens und die Akzeptanz der Patient*innen sind hoch, wie Erfahrungen aus England zeigen, wo seit April 2020 schon viele tausende telemedizinische Abbrüche durchgeführt wurden (vgl. Aiken et al. 2021).

Initiativen von medizinischer Seite haben jedoch ihre Grenzen. Sie stoßen fachintern auf viele Widerstände und sind auf politische und gesellschaftliche Unterstützung angewiesen. Schwangerschaftsabbrüche als Teil der normalen Gesundheitsversorgung zu behandeln und entsprechend in die Medizin zu integrieren, sind keine isolierten und fachspezifischen Anliegen. Es sind Bestrebungen hin zu einer geschlechtergerechteren Gesellschaft, die von vielen menschenrechtsorientierten Initiativen und Verbänden mit unterschiedlichen Mitteln und Möglichkeiten vorangebracht werden. Nicht zuletzt können diese Aushandlungsprozesse zu einem Sinneswandel in der Gesellschaft führen, der sich auch auf die Haltung und das Handeln von Ärzt*innen auswirken wird.

Literatur

- Aiken, Abigail/Lohr, Patricia/Lord, Jonathan/Ghosh, Nabanita/Starling, Jennifer (2021): »Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study«, in: *BJOG* 128 (9), S. 1464-1474.
- Atrash, Hani/Hogue, Carol (1990): »The effect of pregnancy termination on future reproduction«, in: *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 4 (2), S. 391-405.
- Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychologie und Gesellschaft e.V./Doctors for Choice Germany e.V. (2020): »Stellungnahme zur Weiterbildungsordnung für Ärzt*innen, speziell für Frauenärzt*innen«, verfügbar unter: <https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2020/12/Stellungnahme-zur-Weiterbildungsordnung.pdf> (letzter Zugriff: 02.11.2021).

16 Er regte beispielsweise umfassende Nachbesserungen der Lernkarte zum Schwangerschaftsabbruch der Online-Lernplattform »Amboss« an, die eine große Mehrheit der Medizinstudierenden und Ärzt*innen als medizinisches Nachschlagewerk nutzt. Zudem stellt DFC zertifizierte Online-Fortbildungen zum Schwangerschaftsabbruch zur Verfügung, die von Studierenden und Ärzt*innen kostenlos absolviert werden können.

17 Vgl. <https://schwangerschaftsabbruch-zuhause.de> (zuletzt abgerufen am 11.06.2021).

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2021): »Leitlinien«, verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/11/015-094.html> (letzter Zugriff: 02.11.2021).
- Baier, Alicia (2019a): »Schwangerschaftsabbruch – das Tabu in der medizinischen Ausbildung«, in: Pro Familia Magazin (02/2019), S. 20-21.
- (2019b): »Wo Medizin und Strafrecht sich berühren – Der ärztliche Blick auf die Beratungspflicht nach § 218 Strafgesetzbuch«, in: Forum Recht 37 (4), S. 124-128.
- Baier, Alicia/Behnke, Anna-Lisa/Schäfer, Philip (2019): »Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus: Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch«, verfügbar unter: <https://www.gwi-boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch> (letzter Zugriff: 02.11.2021).
- Biggs, Antonia/Upadhyay, Ushma/McCulloch, Charles/Foster, Diana (2017): »Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study«, in: JAMA Psychiatry 74 (2), S. 169-178.
- Busch, Ulrike (1992): »Arzt und Schwangerschaftsabbruch – Ergebnisse einer Befragung«, in: Uwe Körner (Hg.), Ethik der menschlichen Fortpflanzung, Stuttgart: Enke, S. 155-166.
- Czygan, Christine/Thonke, Ines (2014): »Schwangerschaftsabbruch – Ärztliches Handeln in Forschung und Praxis«, in: Ulrike Busch/Daphne Hahn (Hg.), Abtreibung – Diskurse und Tendenzen, Bielefeld: transcript Verlag, S. 279-298.
- Kero, Anneli/Högberg, Ulf/Lalos, Ann (2004): »Wellbeing and mental growth: long-term effects of legal abortion«, in: Social Science and Medicine 58 (12), S. 2559-2569.
- Landesverbände pro familia (2019): »Versorgung mit Ärzt*innen – Rückmeldungen aus den Landesverbänden«, in: Pro Familia Magazin (02/2019), S. 5-10.
- Lenz, Miriam (2018): »Den Umgang mit Abtreibung lernen«, in: Der Tagesspiegel vom 19.09.2018, verfügbar unter <https://www.tagesspiegel.de/wissen/medizinstudium-den-umgang-mit-abtreibung-lernen/23082530.html> (letzter Zugriff: 02.11.2021).
- Mayring, Philipp (2015): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim: Beltz Verlag.
- Oliver-Williams, Clare/Fleming, Michael/Monteath, Kirsten/Wood, Angela/Smith, Gordon (2013): »Changes in Association between Previous Therapeutic Abortion and Preterm Birth in Scotland, 1980 to 2008: A Historical Cohort Study«, in: PLoS Med 10 (7), e1001481.
- Peace, Lydia (2008): »Medical students for Choice's Reproductive Health Externships: impact on medical students knowledge, attitudes and intention to provide abortions«, in: Contraception 78 (1), S. 31-35.
- Paul, Maureen/Lichtenberg, Steve/Borgatta, Lynn/Grimes, David/Stubblefield, Philip/Creinin, Mitchell (2009): Management of unintended and abnormal pregnancy, Hoboken: Wiley-Blackwell.
- Rocca, Corinne/Samari, Goleen/Foster, Diana/Gould, Heather/Kimpor, Katrina (2020): »Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma«, in: Social Science & Medicine 248, 112704.

- Scharl, Anton (2021): »Wenn du entdeckst, dass du ein totes Pferd reitest, steig ab!«, in: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 81 (4), S. 347-348.
- Statistisches Bundesamt (2019): »Schwangerschaftsabbrüche«, in: *Fachserie 12, Reihe 3* vom 03.03.2020, verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Publikationen/Downloads-Schwangerschaftsabbrueche/schwangerschaftsabbrueche-2120300197004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 02.11.2021).
- (2020): »Schwangerschaftsabbrüche«, in: *Fachserie 12, Reihe 3* vom 24.03.2021, verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Publikationen/Downloads-Schwangerschaftsabbrueche/schwangerschaftsabbrueche-2120300207004.pdf?__blob=publicationFile (letzter Zugriff: 02.11.2021).
- Steinauer, Jody/Landy, Uta/Filippone, Heidi/Laube, Douglas/Darney, Philip/Jackson, Rebecca (2008): »Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: a national survey«, in: *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 198 (1), S. 39.e1-39.e6.
- Steinberg, Julia (2011): »Later Abortions and Mental Health: Psychological Experiences of Women Having Later Abortions – A Critical Review of Research«, in: *Women's Health Issues* 21 (3), S. 44-48.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2015): *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*, Geneva: World Health Organization.

