

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 Hitler'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 Bundeslä-

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 Schutzhaltung des Staates wurde auch damit begründet, dass Frauen »gewissenlosen Männern« ausgeliefert waren, nämlich denjenigen, die Abtreibungen durchführten. Durch den Verweis auf das Schutzbedürfnis gefährdet 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 zufolge 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 wiegt 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 Wohnungsfundung oder im Lichte noch nicht gefestigter Partnerschaft und der Einengung 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 berücksichtige 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.).

Helfferich, die eine eingehende Analyse der Forschungen zum Schwangerschaftsabbruch vornahm, teilt die Forschungstradition in drei Phasen. In der ersten, die bis in die 1970er Jahren 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. Helfferich, 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 Abbruches 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 abbrachen, 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 so genannten 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 Forschungstand 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 Zu- schreibungen 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 Zu- schreibungen 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 erstarkenden 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 rechtskonervative 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. & 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).
- 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.gutmacher.org/gpr/2018/01/unbiased-information-and-referral-all-pregnancy-options-are-essential-informed-consent#> (28.02.2024).
- Helfferich, C. (2015). Schwangerschaftsabbruch und empirisch Forschung. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen* (S. 61–81). Bielefeld: transcript.
- Helfferich, C. (2017). *Familie und Geschlecht: Eine neue Grundlegung der Familiensozio- logie*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Włosnewski, I. (Hrsg.). (2016). *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwanger- schaften*. [Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38]. Köln: BzgA.
- Herzog, D. (2015). Schwangerschaftsabbruch, Behinderung, Christentum: Die Ambi- valenzen 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.contra-ception.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 implica- tions 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. & Gerdts, 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.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.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.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.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, southwest Ethiopia. *BMC Women's Health*, 12(1), 1–6. <https://doi.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.