

Schwangerschaftsberatung in Deutschland

Historische und aktuelle Perspektiven

Ulrike Busch

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

1 Historische Einordnung

1.1 Die erste Hälfte des 20. Jahrhunderts

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Die zweite Hälfte des 20. Jahrhundert

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Die Zäsur der 1970er Jahre

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

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

2 Die Bedeutung der Einführung der Pflichtberatung

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

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

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

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

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

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

2.2 Die Etablierung der zielorientierten Beratungspflicht nach § 219 StGB

Vom Einigungsvertrag bis zum Bundesverfassungsgerichtsurteil 1993

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Die Wirkungen auf die Beratungslandschaft

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

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

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

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

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

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

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

8 Beide gelten noch heute. Letztere sieht Exkommunikation vor.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3 Die Dilemmata der zielorientierten Pflichtberatung¹⁵

3.1 Begriffliche Ausgangspunkte

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

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

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

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

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

3.2 Wirkungen auf die Frauen

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

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

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

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

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

3.3 Wirkungen auf Berater:innen

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

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

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

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

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

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

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

4 Fazit und Ausblick¹⁸

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

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

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

Literatur

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

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

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

Biografische Notiz

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