

Barrieren für den legalen Schwangerschaftsabbruch

Perspektiven deutscher Frauen und GesundheitsexpertInnen zu grenzüberschreitenden Abtreibungsreisen

Laura Rahm, Silvia De Zordo & Joanna Mishtal

1 Einführung

»Wir setzen uns für den Schutz und die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte ein«, lautet einer der Slogans, mit denen deutsche PolitikerInnen im Ausland für ihre neu eingeführte feministische Außenpolitik werben (Auswärtiges Amt, 2023, S. 40).¹ Unterdessen reisen deutsche Frauen² seit Jahrzehnten ins Ausland, um grundlegende sexuelle und reproduktive Gesundheitsdienste zu erhalten, die ihnen zu Hause verwehrt werden.³ In den frühen 1980er Jahren wurden etwa 50 % der Schwangerschaftsabbrüche in den Niederlanden an deutschen Frauen durchgeführt (vgl. Lorenz, 2013). Auch wenn die Zahlen in den letzten Jahrzehnten zurückgegangen sind, reisten im Jahr 2020 immer noch 1.125 deutsche Frauen für Abtreibungen in die Niederlande und stellten damit die größte Gruppe von Nicht-NiederländerInnen dar, die in diesem Land einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließ (vgl. VWS, 2022).

In Deutschland wird der Schwangerschaftsabbruch gemäß § 218 StGB (Strafgesetzbuch) weiterhin für alle Beteiligten mit bis zu drei Jahren Gefängnis oder einer Geldstrafe bestraft. Unter bestimmten Voraussetzungen

- 1 Im Jahr 2023 kündigte das deutsche Auswärtige Amt eine feministische Außenpolitik an, zu der auch die Beseitigung von »Gesetzeslücken in Bezug auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte« gehört (Auswärtiges Amt, 2023, S. 16).
- 2 Bei dem Begriff »Frauen« verfolgen wir einen inklusiven Ansatz, der sich auf schwangere Menschen bezieht.
- 3 Im Jahr 1975 protestierten deutsche AktivistInnen gegen den § 218 des deutschen Strafgesetzbuches, indem sie Buskonvois und »Abtreibungsfahrten nach Holland« organisierten. Auch eine Broschüre von pro familia aus dem Jahr 1978 mit dem Titel »Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren« machte auf die grenzüberschreitenden Abtreibungsfahrten und die damit verbundenen Belastungen aufmerksam (vgl. pro familia, 1978).

ist der Abbruch nicht rechtswidrig, zum Beispiel bei medizinischer Indikation (schwerwiegende Folgen für die psychische und physische Gesundheit der Frau) oder bei strafrechtlicher Indikation (Schwangerschaft als Folge einer Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung). Im Weiteren bleibt der Abbruch straffrei, wenn er innerhalb von zwölf Wochen vorgenommen wird nach der obligatorischen Beratung bei einer staatlich anerkannten »Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle«. Die Beratung dient jedoch dem »Schutz des ungeborenen Lebens« (BMFSFJ, 2022, S. 5), obgleich sie auch über medizinische Angebote informieren soll.⁴ Nach einer Beratung und einer obligatorischen Wartezeit von drei Tagen kann eine Frau einen Schwangerschaftsabbruch auf eigene Kosten⁵ vornehmen lassen, wenn sie einen Arzt oder eine Ärztin findet und die zwölf Wochen p. c. noch nicht überschritten sind. Frauen, deren Schwangerschaften die zwölf Wochen überschritten haben (14 Wochen seit der letzten Menstruation), sind gezwungen, diese fortzusetzen oder nach Alternativen zu suchen. Zu Letzterem gehört die Reise in Länder, in denen Abtreibungen nach dem ersten Trimester verfügbar sind, wie zum Beispiel Spanien, das Vereinigte Königreich oder die Niederlande (vgl. De Zordo et al., 2020; Garnsey et al., 2021).

In den Niederlanden sind Schwangerschaftsabbrüche wie in Deutschland im Strafgesetzbuch verankert (vgl. Erasmus-Universität Rotterdam, 2022). Im Gegensatz zu Deutschland ist der Schwangerschaftsabbruch jedoch bis zur Lebensfähigkeit des Fötus erlaubt, die Beratung vor dem Abbruch ist nicht obligatorisch und die Frist für den Abbruch mit 24 Wochen deutlich länger (vgl. Ziegler, 2023). Deutsche Frauen können also in den Niederlanden eine Abtreibung über die in Deutschland geltenden Fristen hinaus vornehmen lassen oder sich in England bis zur 24. Schwangerschaftswoche behandeln lassen (vgl. De Zordo et al., 2020).

Abtreibung ist ein umstrittenes Recht, das in Deutschland und Europa anhaltende Debatten auslöst (vgl. Busch & Hahn, 2015; Krolzik-Matthei, 2019). Auch in europäischen Ländern mit relativ liberalen Abtreibungsgesetzen gibt es zahlreiche rechtliche, verfahrenstechnische und soziale

4 Bis 2022 verbot § 219a des Strafgesetzbuches die »Werbung für den Schwangerschaftsabbruch« und hinderte die ÄrztInnen daran, ihr Angebot offen darzulegen.

5 Frauen tragen die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch selbst, es sei denn, sie können ihre »soziale Bedürftigkeit« nachweisen. Zur Kostenübernahme muss der Antrag auf Kostenerstattung vor der Behandlung gestellt werden.

Barrieren, die Frauen dazu veranlassen, Dienstleistungen außerhalb ihres Wohnsitzlandes in Anspruch zu nehmen (vgl. De Zordo et al., 2020; 2023). Barrieren wie obligatorische Wartezeiten, verpflichtende Beratung, Verweigerung aus Gewissensgründen, unterversorgte Regionen, Stigma des Schwangerschaftsabbruchs und fehlende medizinische Ausbildung sind in der deutschsprachigen wissenschaftlichen Literatur dokumentiert (vgl. Böhm et al., 2022; Tennhardt & Kothé, 2017; Torenz, 2022; Widera et al., 2022). Allerdings ist wenig über die Gründe bekannt, warum deutsche Frauen Grenzen überschreiten, um einen Schwangerschaftsabbruch in Anspruch zu nehmen.

Der vorliegende Beitrag verweist auf die erste Forschungsarbeit mit gemischten Erhebungsmethoden, die die Erfahrungen und Beweggründe von in Deutschland lebenden Frauen dokumentiert, die im Ausland einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Die Studie untersucht aus unterschiedlichen Perspektiven die wichtigsten Hindernisse für einen legalen Schwangerschaftsabbruch, die Frauen dazu veranlassen, für eine Behandlung ins Ausland zu reisen. Die Daten zeigen, dass der Hauptgrund für solche Reisen die Fristenregelung des Schwangerschaftsabbruchs ist. Darüber hinaus sind Frauen mit erheblichen reisebedingten finanziellen Kosten und Belastungen konfrontiert, die den Zugang zur Behandlung weiter verzögern. Vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Debatte über die Reform des Abtreibungsrechts in Deutschland und der kürzlich erfolgten Abschaffung des Werbeverbots für Schwangerschaftsabbrüche (§ 219a) werden am Ende des Beitrags evidenzbasierte Empfehlungen zur Verbesserung des Zugangs zu einer schnelleren und sicheren Abtreibungsvorsorgung in Deutschland gegeben.

2 Methodisches Vorgehen der Studie

Die in diesem Beitrag vorgestellten Daten wurden im Rahmen eines sechsjährigen Forschungsprojekts über Hindernisse zu legalen Abtreibungen und Abtreibungsreisen in Westeuropa erhoben, das vom Europäischen Forschungsrat (ERC) finanziert wurde.⁶ Die quantitativen Daten wurden

⁶ Diese Arbeit wurde vom Europäischen Forschungsrat (ERC) (BAR2LEGAB, Förderungsnummer 68000) und dem spanischen Ministerio de Economía, Industria y Competitividad (Förderungsnummer RYC-2015-19206) unterstützt. Die Geldgeber hatten keinen

zwischen 2017 und 2019 erhoben, mit STATA deskriptiv analysiert und stammen aus 115 Umfragen mit in Deutschland lebenden Personen, die in den Niederlanden und England eine Abtreibungsbehandlung suchten.⁷ Die Teilnehmerinnen im Alter von 18 Jahren und älter wurden in den Kliniken befragt, während sie auf ihre ärztliche Konsultation warteten, nachdem sie schriftlich und mündlich ihre Einwilligung zur Befragung gegeben hatten. Neben soziodemografischen Daten wurden Informationen zur reproduktiven Vorgeschichte der Teilnehmerinnen erhoben, ihrer Suche nach einem Schwangerschaftsabbruch und dessen Durchführung, damit verbundene Kosten, Verzögerungen und deren Gründe, Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, selbst durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche und Meinungen zum Abtreibungsrecht.

Zur Ergänzung der quantitativen Daten wurden zwischen 2018 und 2021 15 ExpertInneninterviews in Deutschland und den Niederlanden zu Barrieren für legale Schwangerschaftsabbrüche und grenzüberschreitende Abtreibungsreisen durchgeführt. Befragt wurden ÄrztInnen, VertreterInnen von pro familia und Doctors for Choice, sowie AkademikerInnen, die zu Abtreibungsforschung. Die ExpertInnen wurden auf der Grundlage ihrer beruflichen Expertise und ihres Wissens über grenzüberschreitende Abtreibungsreisen ausgewählt. Wir konzentrierten uns nicht nur auf Gesundheitsfachkräfte im Zielland, sondern auch auf ExpertInnen in unterversorgten Regionen, in denen Frauen beim Zugang zur Abtreibungsversorgung größere Hindernisse begegnen. Bei der Erhebung, Verwaltung, Speicherung und Verbreitung der Daten wurde sorgfältig darauf geachtet, dass die Rechte der TeilnehmerInnen auf Privatsphäre und Vertraulichkeit in Übereinstimmung mit den EU- und nationalen Rechtsvorschriften geschützt wurden. Die Studie wurde vom ERC und den beteiligten Universitäten ethisch genehmigt.

Dieser Artikel bietet einen Überblick über die vorherrschenden Themen, die sich aus den erhobenen Daten zu den Hindernissen beim Zugang zu legalen Schwangerschaftsabbrüchen ergeben haben.⁸

Einfluss auf die Konzeption oder Durchführung der Studie, die Erhebung, Verwaltung, Analyse oder Interpretation der Daten, die Erstellung, Überprüfung oder Genehmigung des Manuskripts oder die Entscheidung, das Manuskript zur Veröffentlichung einzureichen (siehe auch Europe Abortion Access Project, o.J.).

7 Mit 113 von 115 Umfragen wurde der Großteil der Daten in den Niederlanden erhoben. Daher fokussiert der Artikel Abtreibungsreisen in die Niederlande.

8 Für eine ausführlichere Beschreibung der Forschungsmethodik mit gemischten Methoden siehe De Zordo et al. (2020). Wir danken den TeilnehmerInnen sowie den Organi-

3 Hintergründe grenzüberschreitender Abtreibungsreisen

3.1 Quantitative Ergebnisse aus der Befragung von ungewollt Schwangeren über ihre Abbruchsbehandlung in den Niederlanden

Zunächst stellen wir die Ergebnisse der quantitativen Erhebung vor, einschließlich der soziodemografischen Merkmale der Teilnehmerinnen, ihrer reproduktiven Vorgeschichte, der Reisegründe und der damit verbundenen Kosten und Verzögerungen sowie der bestehenden Unterstützungsstrukturen für reisende Frauen.

Soziodemografische Merkmale, reproduktive Vorgeschichte und Entscheidungsfindung

In Tabelle 1 ist das soziodemografische Profil der Teilnehmerinnen aufgeführt. Alle Befragten hatten ihren Wohnsitz in Deutschland. Die Mehrheit wurde in Deutschland geboren. Die außerhalb Deutschlands geborenen Befragten (10 %) stammten aus der Europäischen Union, Lateinamerika, Asien, dem Nahen Osten und Afrika. Das Durchschnittsalter der Befragten lag bei 25 Jahren. Die Hälfte hatte einen Universitätsabschluss. Jede vierte Befragte hatte die Sekundarschule abgeschlossen. Die Mehrheit war erwerbstätig (Vollzeit, Teilzeit oder selbstständig). Ein Drittel gab an, arbeitslos zu sein. Die Hälfte der Befragten war verheiratet oder lebte in einer Partnerschaft und über ein Drittel gab an, ledig, getrennt oder geschieden zu sein (siehe Tab. 1).

Zwei Drittel der Befragten gaben an, dass sie über ausreichende Mittel verfügten, um ihre Grundbedürfnisse immer oder meistens zu befriedigen, während 17 % Schwierigkeiten hatten, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen. Hinsichtlich des religiösen Hintergrunds gab jeweils ein Viertel der Befragten an, katholisch, protestantisch und agnostisch zu sein, wobei

sationen und Kliniken, die bei dieser Studie mitgewirkt haben. Wir danken dem Europäischen Forschungsrat und der Universität von Barcelona für ihre Unterstützung. Wir möchten uns für die Beiträge von Caitlin Gerds bei der Mitgestaltung des Forschungsprojekts, bei Ann-Kathrin Ziegler für die Primärdatenerhebung und bei Derek Clougher und David Palma für die statistische Datenanalyse bedanken.

Tab. 1: Soziodemografische Merkmale der Befragten

Soziodemografische Merkmale der Befragten (N = 115)	
Alter	
Mittelwert [IQR*]	25 [21–28]
Altersgruppen	
18–24	57 (49,6 %)
25–34	45 (39,1 %)
> 35	13 (11,3 %)
Geburtsland	
Deutschland	99 (86,1 %)
anderes Land	12 (10,4 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	4 (3,5 %)
Ausbildung	
Universität und Postgraduierte	58 (50,4 %)
Sekundarstufe	31 (27 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	26 (22,6 %)
Beschäftigungsstatus	
Vollzeit- oder Teilzeit	65 (56,5 %)
arbeitslos	37 (32,2 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	13 (11,3 %)
Familienstand	
verheiratet/in einer Beziehung	53 (46,1 %)
alleinstehend oder geschieden	41 (35,7 %)
Sonstiges	3 (2,6 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	18 (15,6 %)

* IQR steht für Interquartilsabstand.

68 % der Befragten erklärten, nie oder selten an Gottesdiensten teilzunehmen (Daten nicht in der Tabelle enthalten).

Tabelle 2 enthält Informationen über die reproduktive Vorgeschichte und die Entscheidungsfindung der Umfrageteilnehmerinnen. Die meisten Befragten hatten noch keine Kinder (67 %) und noch keinen Schwangerschaftsabbruch (77 %). Fast die Hälfte der Teilnehmerinnen gab an, dass

ihnen die Entscheidung für einen Abbruch leicht oder sehr leicht gefallen sei. Für jede Dritte sei die Entscheidung schwierig gewesen. Jede zweite Befragte entdeckte ihre Schwangerschaft erst nach der 14. Schwangerschaftswoche⁹ und hatte somit die gesetzlichen Regelungen und Fristen für einen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland bereits überschritten (siehe Tab. 2).

Tab. 2: Reproduktionsmedizinische Vorgeschichte und Entscheidungsfindung

Reproduktionsmedizinische Vorgeschichte und Entscheidungsfindung (N = 115)	
Bisherige Kinder	
0	77 (67 %)
1	20 (17,4 %)
≥ 2	16 (13,9)
Ich bevorzuge keine Antwort.	2 (1,7 %)
Frühere Schwangerschaftsabbrüche (vor der Indexabtreibung)	
0	89 (77,3 %)
1	20 (17,4 %)
≥ 2	6 (5,2 %)
Wie schwer ist die Entscheidung zu treffen?	
ziemlich oder sehr leicht	52 (45,2 %)
weder einfach noch schwierig	19 (16,5 %)
etwas oder sehr schwierig	41 (35,7 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	3 (2,6 %)
Schwangerschaftsalter bei Feststellung der Schwangerschaft, in Wochen	
≤ 6 Wochen	22 (19,1 %)
7–14 Wochen	33 (28,7 %)
15–20 Wochen	48 (41,7 %)
≥ 21 Wochen	7 (6,1 %)
Weiß nicht/Ich bevorzuge keine Antwort.	5 (4,4 %)

9 14 Wochen nach Beginn der letzten Periode (Selbsteinschätzung der Befragten) entspricht der gesetzlich festgelegten Frist von zwölf Wochen (die 14. Schwangerschaftswoche p.m. entspricht der zwölften Schwangerschaftswoche p.c.).

Drei Viertel der Befragten haben vor ihrer Reise versucht, in Deutschland einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Von diesen hatte knapp die Hälfte die 14. Schwangerschaftswoche bereits überschritten, als sie ärztliche Unterstützung suchten. Allerdings lagen 47 % noch innerhalb der gesetzlichen Fristenregelung (10 % waren $\leq$ sechs Wochen; 5 % zwischen sieben und zehn Wochen; 32 % zwischen elf und 14 Wochen) und hätten nach den gesetzlichen Richtlinien auch in Deutschland die Möglichkeit gehabt, einen Abbruch durchführen zu lassen. Dennoch entschieden sie sich für eine Reise ins Ausland. Sechs von 115 Befragten versuchten, die Abtreibung vor der Reise durch Schläge in den Unterleib oder Selbstmedikation selbst herbeizuführen (Daten nicht in der Tabelle enthalten).

Reisegründe, Informationssuche und Unterstützung

Tabelle 3 gibt Aufschluss über die Hauptgründe für die Reise. Die überwiegende Mehrheit der Befragten gab an, dass sie an ihrem Wohnsitz keinen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen konnten, weil sie (nach Entschlussfindung) die gesetzliche Abtreibungsfrist in Deutschland bereits überschritten hatten. Ebenso erklärte ein Drittel, dass ein Schwangerschaftsabbruch an ihrem Wohnsitz in ihrer Situation nicht legal (bzw. straffrei) sei. Weitere Gründe waren in absteigender Rangfolge: Schwierigkeiten bei der Suche nach Gesundheitsdienstleistern, Bedenken hinsichtlich der Privatsphäre, Ablehnung oder Verurteilung durch medizinisches Personal und das Fehlen von Abtreibungsdiensten oder bevorzugten Methoden in der Nähe (siehe Tab. 3).

Tab. 3: Reisegründe

Motivation für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland zu reisen (N = 115)*	
über das gesetzliche Regelfrist hinaus	97 (84,4 %)
Abtreibung in dem betreffenden Land nicht legal	38 (33 %)
schwierig, einen Arzt/eine Ärztin zu finden, der/die Abtreibung vornimmt	12 (10,4 %)
Befürchtung, dass jemand davon erfährt	11 (9,6 %)
Angst vor Ablehnung/Verurteilung durch einen Arzt/eine Ärztin	11 (9,6 %)
chirurgischer Abbruch nicht möglich	4 (3,5 %)
keine Abtreibungsdienste in der Nähe	3 (2,6 %)

Motivation für einen Schwangerschaftsabbruch ins Ausland zu reisen (N = 115)*	
wegen fötaler Missbildung kein Schwangerschaftsabbruch möglich	2 (1,7 %)
Besorgnis über die Sicherheit des Abbruchs	2 (1,7 %)
andere Beweggründe	2 (1,7 %)

* Mehrere Antworten möglich. Kann 100 % überschreiten.

Tabelle 4 zeigt, aus welchen Quellen die Befragten Informationen über den Schwangerschaftsabbruch bezogen und wer ihre Reisepläne unterstützte. Die Mehrheit der Befragten konsultierte Websites von nicht staatlichen Anbietern, um sich zu informieren. An zweiter Stelle, aber deutlich seltener, waren persönliche Netzwerke von Bedeutung. Nur 16 % gaben an, Informationen von ÄrztInnen und Beratungsstellen erhalten zu haben. Wenige Befragte erhielten Informationen von religiösen Organisationen und staatlichen Websites (unter 3 %) (siehe auch Kubitza et al. in diesen Band). Die Hauptgründe für die Wahl der Niederlande waren, dass es das geografisch nächstgelegene Land ist, das die Dienstleistung anbietet (69 %), die gute Erreichbarkeit (32 %) und die geringen Kosten (15 %). 10 % gaben an, dass die Klinik, die den chirurgischen Schwangerschaftsabbruch anbietet, sie in ihrer Entscheidung bestärkt hat, und nur 7 % hatten die Empfehlung eines Gesundheitsdienstleisters, für einen Schwangerschaftsabbruch in die Niederlande zu reisen. Die Hälfte der Befragten fühlte sich von ihrem engsten Freundeskreis, ihrer Familie und ihrem Partner unterstützt (siehe Tab. 4).

Tab. 4: Informationssuche und Unterstützung

Informationssuche und Unterstützung (N = 115)*	
Wie haben Sie von der Möglichkeit einer Abtreibung im Ausland erfahren?	
allgemeine Websites	69 (60 %)
Freunde, Familie oder Partner	39 (33,9 %)
ÄrztInnen, GesundheitspflegerInnen	18 (15,7 %)
religiöse Personen oder Organisationen	3 (2,6 %)
staatliche Websites	3 (2,6 %)
Schule	2 (1,7 %)
Soziale Medien	1 (0,9 %)
andere	3 (2,6 %)

Informationssuche und Unterstützung (N = 115)*	
Warum haben Sie sich für die Niederlande entschieden?	
das nächstgelegene Land, das es anbietet	79 (68,7 %)
am einfachsten zu erreichen	37 (32,2 %)
günstigstes Land für die Behandlung	17 (14,8 %)
Klinik bietet chirurgischen Eingriff an	12 (10,4 %)
Ein Gesundheitsdienstleister hat es mir empfohlen.	9 (7 %)
Ein Freund/eine Freundin hat es mir empfohlen.	7 (5,2 %)
Ich kenne jemanden in den Niederlanden.	3 (2,6 %)
Jemand anderes hat es mir empfohlen.	3 (2,6 %)
andere	2 (1,7 %)
Wer hat Ihre Entscheidung unterstützt?	
Partner	55 (47,8 %)
Familie	52 (45,2 %)
Freunde	48 (41,7 %)
klinisches Personal	12 (10,4 %)
Gesundheitsdienstleister	8 (7 %)
Online-Selbsthilfegruppe	2 (1,7 %)
eigene Entscheidung	1 (0,9 %)
Ich bevorzuge keine Antwort.	1 (0,9 %)

* Mehrere Antworten möglich. Kann 100 % überschreiten.

Verzögerungen, Reiseerfahrungen und Reisekosten

Zum Zeitpunkt der Befragung waren nur 10 % der Teilnehmerinnen unter 14 Wochen schwanger. Die Mehrheit befand sich zwischen der 15. und 20. Schwangerschaftswoche und 12 % waren über die 20. Schwangerschaftswoche hinaus. Fast alle Befragten gaben an, dass sie eine frühere Abtreibung bevorzugt hätten. Nur 5 % äußerten diese Präferenz nicht. Auf die Frage, warum sie nicht früher abgetrieben haben, gab über die Hälfte der Frauen an, dass sie nicht wussten, dass sie schwanger waren. Weitere Gründe waren Probleme bei der Beschaffung von Geld, der Terminplanung, der Entscheidungsfindung, das Fehlen von Abtreibungsdiensten in der Nähe und Reisevorbereitungen. 7 % der Befragten gaben an, dass die

gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit sie daran hinderte, früher abzutreiben (siehe Tab. 5).

Tab. 5: Gründe für Verzögerungen

Gründe gegen einen früheren Abbruch (N = 115)*	
Ich wusste nicht, dass ich schwanger war.	64 (55,7%)
Probleme bei der Beschaffung von Geld (Reisen/Behandlung)	15 (13%)
Probleme mit der Terminplanung	14 (12,2%)
Es war eine schwierige Entscheidung.	13 (11,30%)
keine Abtreibungsdienste in meiner Nähe	11 (9,6%)
Probleme bei der Reiseplanung	10 (8,7%)
In meiner Beziehung hat sich etwas geändert.	10 (8,7%)
gesetzlich vorgeschriebene Wartezeit	8 (7%)
Ich brauchte Zeit, um mit meinem Partner zu sprechen.	7 (6,1%)
Ich habe meine Meinung geändert.	7 (6,1%)
Schwierigkeiten bei der Terminvergabe	6 (5,2%)
religiöse oder moralische Bedenken	5 (4,4%)
Es wurde eine fötale Fehlbildung festgestellt.	4 (3,5%)
Meine finanzielle Situation hat sich geändert.	3 (2,6%)
Ich wusste nicht, wo ich eine Abtreibung bekomme.	2 (1,7%)
anderer Grund	6 (5,2%)

* Mehrere Antworten möglich. Kann 100 % überschreiten.

Dieser Abschnitt gibt einen Einblick in die Reiseerfahrungen und -kosten für länderübergreifende Abtreibungsreisen in die Niederlande. Die Karte zeigt die regionale Verteilung der deutschen Befragten, die alle 16 Bundesländer abdeckt. 20 % der Befragten stammen aus Nordrhein-Westfalen (dunkelgrau), das an die Niederlande grenzt. Über 10 % kamen aus Bayern und Niedersachsen (grau). Zwischen 5 % und 10 % stammten aus Hessen, Hamburg, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz (hellgrau), und weniger als 5 % aus den nördlichen und östlichen Bundesländern (weiß). Insgesamt gibt es einen höheren Anteil von Befragten aus dem Westen und Süden (siehe Abb. 1).

Die Frauen gaben im Durchschnitt 1.100 Euro für ihren grenzüber-



Abb. 1: Regionale Verteilung der Umfrageteilnehmerinnen nach Bundesland, in Prozent (N = 115); eigene Darstellung

schreitenden Schwangerschaftsabbruch aus, die sich aus den Kosten für den Eingriff, den Fahrtkosten und die Unterbringung zusammensetzten. Mit 875 Euro war die größte Ausgabe der Eingriff selbst. Mehr als die Hälfte der Befragten hatte Schwierigkeiten, diese Kosten zu decken. Die überwiegende Mehrheit gab an, dass die Kosten nicht von ihrer Versicherung erstattet würden. Die zweitgrößten Ausgaben betrafen die Reise. Die

meisten reisten mit dem Auto (69 %), gefolgt von Bus (8 %) und Flugzeug (6 %). Die durchschnittlichen Transportkosten betrugen 120 Euro und variierten je nach Reisedistanz, Wohnort bzw. Bundesland (siehe auch Abb. 1). Die drittgrößten Ausgaben fielen mit durchschnittlich 100 Euro für die Unterkunft an. Jede dritte Befragte gab an, in einem Hotel oder einer Herberge zu übernachten. In Anbetracht der erheblichen Kosten, die mit grenzüberschreitenden Abtreibungsreisen verbunden sind, brauchten die Frauen Zeit, um die erforderlichen Mittel aufzubringen. Insgesamt brauchten 44 % der Befragten bis zu einer Woche, um die Mittel aufzubringen. Eine von fünf Befragten benötigte bis zu vier Wochen, und 3 % sogar mehr als vier Wochen. Die Beschaffung des Geldes für den Schwangerschaftsabbruch verzögerte den Zugang zur medizinischen Versorgung also weiter. Die qualitativen Ergebnisse weisen auf ähnliche Barrieren hin.

3.2 Qualitative Ergebnisse aus der Befragung von ExpertInnen über Abtreibungsreisen ins Ausland

Die wichtigsten Themen, die sich aus den ergänzend geführten ExpertInneninterviews (mit ÄrztInnen, VertreterInnen von pro familia und Doctors for Choice sowie Forschenden) in der Reihenfolge ihrer Bedeutung ergaben, waren der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch, das Abtreibungsrecht, die Barrieren, die Informationssuche und die Reisen. Die wichtigste inhaltliche Überschneidung von Themen betraf den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch und die Zugangsbarrieren. Folgende miteinander verflochtene Barrieren zum Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland wurden von den ExpertInnen genannt:

1. rechtliche und informationelle Hindernisse
2. Fristenregelung, obligatorische Beratung und Verzögerungen
3. Kostenübernahme
4. mangelnde medizinische Ausbildung
5. Verweigerung aus Gewissensgründen, Stigmatisierung und unterversorgte Regionen
6. geringe wirtschaftliche Rentabilität für ÄrztInnenschaft

Nachfolgend sollen die einzelnen Hürden entlang der qualitativen Daten genauer beleuchtet werden, zugleich aber auch gemeinsame Abhängigkeiten und Verflechtungen herausgestellt werden.

Rechtliche und informationelle Hindernisse

Alle 15 befragten ExpertInnen verwiesen auf die rechtlichen und informationellen Barrieren, die mit § 218 und § 219a des deutschen Strafgesetzbuches verbunden sind und die Frauen daran hindern, Zugang zu verlässlichen und qualitativ hochwertigen Informationen über Abtreibungsverfahren zu erhalten. Wir befragten ein Vorstandsmitglied vom pro familia Bundesverband, das für die politische Arbeit und die Lobbyarbeit verantwortlich ist, um Deutschland in Einklang mit internationalen Menschenrechtsstandards zu bringen. Die Expertin erklärte:

»Die erste Barriere ist die Informationsbarriere. Grundsätzlich geht es darum, jemanden in der Nähe zu finden, der einen Schwangerschaftsabbruch anbietet, welche Methode, bis zu welcher Woche, nimmt dieser Arzt nur seine eigenen Patientinnen oder kann sie dorthin gehen [...] Das institutionelle Element ist die Kriminalisierung der Bereitstellung dieser Informationen durch die Ärzte selbst, was bedeutet, dass die Frauen das Internet durchforsten und möglicherweise zahlreiche Telefonate führen müssen« (Expertin 10, 20.11.2020).

Wie die Expertin betonte, erschwert die »Kriminalisierung der Bereitstellung von Informationen« den Frauen den Zugang zu verlässlichen Informationen, wobei sie sich auf § 219a des Strafgesetzbuches bezog. Eine andere Expertin, die Schwangerschaftsabbrüche in Hessen durchführt und sich auf solche nach der elften Woche spezialisiert hat, erwähnt denselben Paragraphen ausdrücklich:

»219a führt dazu, dass die Frauen ausgeliefert sind, dass sie einer Willkür ausgesetzt sind, wo sie an Informationen kommen, an welche Adressen und wie sie an die Adressen kommen. Viele Beratungsstellen geben keine Adressen an, viele Ärzte geben keine Adressen an, viele Adressen, die Frauen bekommen, sind veraltet oder falsch oder unmöglich. Diese ganze Adressvergabe ist für viele eine Katastrophe und die Frauen verlieren wahnsinnig viel Zeit« (Expertin 3, 4.10.2018).

Eine weitere Ärztin, die auch als ausgebildete Psychotherapeutin und Beraterin für Schwangerschaftsabbrüche tätig ist, kritisiert § 219a noch deutlicher:

»Wir sehen diesen blödsinnigen Paragraphen [§ 219a] zum Werbeverbot. Das ist keine Werbung, das ist Information, auf die eigentlich jede Frau ein Recht hat [...] Ich hoffe, dass sich etwas ändert und dass dieses Werbeverbot vom Tisch ist. Die Frau hat das Recht, sich zu informieren [...] so umfassend und so neutral wie möglich« (Expertin 6, 29.10.2018).

Das Interview wurden im Jahr 2018 durchgeführt. Unsere an anderer Stelle veröffentlichte Studie (vgl. Zanini et al., 2021), die sich auf Informationen zum Schwangerschaftsabbruch konzentriert, hat gezeigt, dass deutsche Frauen unzureichende, unklare oder fehlende Informationen erhielten. Frauen aus Deutschland, die in den Niederlanden einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollten, betonten in qualitativen Interviews, dass sie keine Abtreibungsangebote im Ausland erwähnen durften und sich unwohl fühlten, wenn sie ihre Absicht zum Schwangerschaftsabbruch dokumentierten. Im Jahr 2022, als die neue deutsche Regierung aus Sozialdemokraten, Freien Demokraten und Grünen an die Macht kam, wurde § 219a tatsächlich abgeschafft.

Doch trotz der Entkriminalisierung der Abtreibungsinformation besteht die schlechte Informationslandschaft und die allgemeine Kriminalisierung fort. ExpertInnen räumen zwar ein, dass eine gesetzliche Regelung notwendig ist, aber außerhalb des Strafrechts. »Ich denke, dass es ohne ein Regelwerk wahrscheinlich nicht funktionieren wird«, sagt hierzu ein Sozialarbeiter und Familientherapeut von pro familia in Niederbayern. Er betont weiter, »der Schwangerschaftsabbruch kann nicht im Strafgesetzbuch stehen, weil das an so vielen Stellen ein Hindernis ist« (Experte 15, 2.2.2021). Die ExpertInnen sprachen sich einstimmig für die Streichung von § 218 und für einen vereinfachten Zugang zu neutralen, umfassenden Informationen aus.

Fristenregelung, obligatorische Beratung und Verzögerungen

Die befragten ExpertInnen weisen darauf hin, dass die Fristenregelung für einen Schwangerschaftsabbruch das wichtigste Hindernis darstellt, das Frauen dazu veranlasst, Abbrüche im Ausland vorzunehmen. So berichtet eine Gynäkologin aus Berlin:

»Der Hauptgrund, warum Frauen für einen Schwangerschaftsabbruch weit weg von ihrem Wohnort reisen, ist, dass sie die Frist überschritten haben,

dass sie einfach [in ihrer Schwangerschaft] zu weit sind, um nach der Regelung in Deutschland abzutreiben« (Expertin 4, 18.10.2018).

Dieselbe Ärztin stellt klar, dass sich die Frauen in einem zeitlichen Engpass befinden: Sie haben die Frist von zwölf Wochen überschritten, aber sie haben auch keinen Anspruch auf einen Abbruch aus medizinischen Gründen, der es ihnen erlauben würde, auch nach der zwölften Woche straffrei abzutreiben. Die Gynäkologin erklärt: »Es handelt sich um eine Situation, in der einfach keine medizinische Indikation besteht oder [...] ausgestellt wird, oder sie finden keine Klinik, in der sie eine Abtreibung vornehmen lassen können« (Expertin 4, 18.10.2018).

Die Expertin unterstreicht die Schwierigkeiten, eine Klinik für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden. Bevor es so weit ist, müssen die Frauen einen Beratungsschein erhalten, was eine zusätzliche Hürde darstellt. Das Vorstandsmitglied des pro familia Bundesverbands erklärt:

»Eine Beratungsstelle zu finden, ist gar nicht so schwierig. Es kann aber passieren, dass man bei einer Beratungsstelle landet, die gar nicht bereit ist, die Bescheinigung auszustellen, die man braucht, um die Dienste in Anspruch nehmen zu können. Manche Beratungsstellen werben damit, dass sie Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sind, aber sie haben nicht die Erlaubnis, diese Bescheinigungen auszustellen, und das wissen die Frauen vielleicht nicht, bevor sie dort hingehen. Es kann sein, dass man sich beraten lässt, um dann festzustellen, dass man die Bescheinigung nicht erhält, und dann muss man eine andere Beratungsstelle aufsuchen, um die Bescheinigung zu bekommen. Es gibt also eine Verzögerung« (Expertin 10, 20.11.2020).

Ein weiterer Experte weist auf unnötige Verzögerungen hin, die durch die Pflichtberatung entstehen:

»Ich denke, Frauen müssen die *Möglichkeit* haben, zur Beratung zu gehen. Stattdessen *müssen* sie zu einer Beratung gehen. Ich weiß nicht, warum. Es ist ihr Recht, zu einer Beratung zu gehen und zu sagen: ›Ich weiß nicht, was ich tun soll.‹ Aber nicht auf diese Art und Weise. Und warum drei Tage nach der Beratung warten? Die meisten Frauen in der Beratung denken ein, zwei, drei Wochen lang darüber nach, was sie tun werden. Ich weiß nicht, warum sie dann noch warten müssen. Das ist nicht nötig« (Experte 15, 2.2.2021).

Wie diese Zitate zeigen, sind Frauen mit zahlreichen Hindernissen konfrontiert, wenn es darum geht, die von ihnen benötigten Dienstleistungen zu erhalten. Die Verzögerungen hängen mit der obligatorischen Beratung und der dreitägigen Wartefrist vor Abbruch zusammen, mit AbtreibungsgegnerInnen, die sich in Schwangerschaftsberatungsstellen als Beratende ausgeben, und mit der Tatsache, dass Frauen nahe an oder jenseits der Frist sind, die es ihnen erlaubt, in Deutschland abzutreiben. Um solche Hürden zu umgehen, sprachen sich die ExpertInnen für eine Fristverlängerung bzw. die Aufhebung der Fristenregelung und der obligatorischen Beratung aus.

Kostenübernahme

Ein weiteres Hindernis ist nach Ansicht der befragten ExpertInnen die Kostenübernahme. Laut einem Vorstandsmitglied von Doctors for Choice Germany »gehört der Schwangerschaftsabbruch zur Grundversorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit, aber solange er im Strafrecht steht, wird er nicht übernommen« (Expertin 14, 22.12.2020). Frauen, die ihre Hilfsbedürftigkeit nachweisen können, haben Anspruch auf die Kostenübernahme für einen Schwangerschaftsabbruch, aber diese Frauen müssen zusätzliche Hürden überwinden, wie das Vorstandsmitglied von pro familia Bundesverband erklärt:

»Ein Haupthindernis ist die Kostenübernahme bei Frauen mit unzureichenden finanziellen Mitteln [...]. Einige Frauen hatten eine enorme Verzögerung bei dem Versuch, die Kostenübernahme zu bekommen, die man haben muss, bevor man einen Termin bei einem Arzt für die eigentliche Abtreibung bekommen kann« (Expertin 10, 20.11.2020).

Die Frauen verlieren wertvolle Zeit mit der Beantragung von Erstattungen vor dem Eingriff, was zusätzlichen Druck verursacht, und das in einer ohnehin schon stressigen Situation.

Frauen, die ins Ausland reisen, müssen – unabhängig von ihrem Einkommen – ihre Kosten selbst tragen, was nach Ansicht von ExpertInnen eine erhebliche finanzielle Belastung darstellt. Eine befragte Person sagt dazu:

»Die Frauen müssen die finanziellen Mittel haben [...]. In Holland müssen sie alle Kosten unabhängig von ihrem Einkommen bezahlen und sie müssen

in der Lage sein, die Reisekosten und die Unterkunftskosten zu tragen, das sind schon um die 1.000 Euro, das haben viele Frauen einfach nicht zur Verfügung, das geht für sie nicht« (Expertin 4, 18.10.2018).

Diese Ergebnisse bestätigen, dass die Kostenübernahme für einen Schwangerschaftsabbruch ein zentrales Hindernis für Frauen darstellt. Es ist wichtig anzumerken, dass wir in unserer Studie keine Frauen rekrutiert haben, die aufgrund finanzieller Schwierigkeiten nicht in der Lage waren zu reisen, sondern nur diejenigen, die über die finanziellen Mittel zur Reise verfügten. Aber auch für sie verzögerte das Beschaffen von Geld für den Abbruch im Ausland den Zugang zu einer Behandlung im Inland (siehe Tab. 5).

Mangelnde medizinische Ausbildung

Die nächste von den ExpertInnen hervorgehobene Barriere bezieht sich auf die mangelnde medizinische Ausbildung in Hinblick auf Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland (siehe dazu auch das Interview mit Baier in diesem Band). Das Vorstandsmitglied von Doctors for Choice Germany stellt klar:

»Für Allgemeinmediziner ist das nicht wirklich Teil der Ausbildung. Das ist ganz anders als zum Beispiel in den Niederlanden, wo viele Allgemeinmediziner Abtreibungen vornehmen und es auch häufiger vorkommt. Aber in Deutschland ist es nicht sehr verbreitet. Es ist nicht so einfach, ein Krankenhaus zu finden, das Abtreibungen vornimmt. In Berlin wäre es möglich, aber in anderen Regionen, zum Beispiel in Bayern oder auch Baden-Württemberg, wo ich herkomme. Dort führen viele Krankenhäuser keine Schwangerschaftsabbrüche durch, sodass es dort wirklich ein Problem wäre, jemanden zu finden, der es einem beibringt« (Expertin 14, 22.12.2020).

Die Expertin merkt an, dass die Situation in der deutschen Hauptstadt wahrscheinlich besser ist. Wir haben eine Ärztin aus Berlin befragt, die ähnliche Herausforderungen festgestellt hat: »Es gibt nur wenige, die überhaupt bereit sind, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen, in der Ausbildung, in der ärztlichen Fortbildung kommt das Thema überhaupt nicht vor« (Expertin 6, 29.10.2018).

Die mangelnde medizinische Ausbildung steht in direktem Zusammenhang mit unterversorgten Regionen, Stigmatisierung und Verweigerung aus Gewissensgründen.

Verweigerung, Stigmatisierung und unterversorgte Regionen

Den befragten ExpertInnen zufolge stellt die Verweigerung aus Gewissensgründen ein hartnäckiges Hindernis für den legalen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland dar. Wir befragten eine Vertreterin von pro familia in Baden-Württemberg, wo der Zugang zu Abtreibungen schwierig ist. Die Befragte erklärt:

»Verweigerung aus Gewissensgründen ist ein großes Thema, sodass jeder Mediziner selbst entscheiden kann, ob er oder sie diese Dienstleistung anbieten will oder nicht, und ich denke, das ist ein Problem [...]. Im Jahr 2020 hat die Staatssekretärin des Sozialministeriums hier, das ist das zuständige Ministerium, in einem Interview verkündet, dass sie vorhatte, mit den Universitätskliniken darüber zu sprechen, Abtreibungsdienste anzubieten. Und dann gab es einen Shitstorm in Deutschland wegen der Verweigerung aus Gewissensgründen, und viele der Organisationen für medizinische Fachkräfte gingen an die Öffentlichkeit und sagten: »Niemand kann uns zwingen, Abtreibungen vorzunehmen. Sie wollen uns zwingen, Abtreibungen vorzunehmen.« Alles, was sie [die Staatssekretärin] sagte, war, dass sie mit den Universitätskliniken sprechen wolle, dass sie jemanden finden bzw. suchen können, der es tut, auch wenn sie keine Abtreibungen vornehmen [...]. Es ist nicht zu viel verlangt, vor allem von den Universitätskliniken, denn sie haben eine ganz besondere Rolle, wenn es um die Ausbildung und die berufliche Weiterbildung geht. Aber das unterstreicht das große Thema der Verweigerung aus Gewissensgründen und wie sehr es verteidigt wird« (Expertin 13, 18.1.2021).

Das Zitat verdeutlicht, wie die Verweigerung aus Gewissensgründen mit den oben erwähnten Mängeln in der medizinischen Aus-, Fort- und Weiterbildung zusammenhängt. Selbst in Universitätskliniken, so die Befragte, gebe es Widerstände, Abtreibungen durchzuführen oder zu lehren. Mit der Verweigerung aus Gewissensgründen verbunden ist die Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs, die mit Angst und sozialem Druck verbunden ist, wie ein Sozialarbeiter in Niederbayern, einer weiteren unterversorgten Region, berichtet:

»Viele Ärzte führen keine Abtreibungen durch, weil sie die Stigmatisierung des Arztes fürchten [...]. Also sagen die Patienten: »Ich gehe nicht zu diesem

Arzt, weil er ein Mörder ist.< Die Ärzte befürchten, dass ihre eigene Familie stigmatisiert werden könnte, weil sie Abtreibungen vornehmen. Also sagen sie: >Nein, das werde ich nicht tun.< Vor allem in ganz Niederbayern, in der Region um Regensburg, gibt es kein Krankenhaus, das einen Schwangerschaftsabbruch nach Beratung anbietet« (Experte 15, 2.2.2021).

Das Zitat macht deutlich, wie sehr Stigma, Verweigerung aus Gewissensgründen und der Zugang in unterversorgten Regionen miteinander verknüpft sind.

Geringe wirtschaftliche Rentabilität für ÄrztInnenschaft

ÄrztInnen stehen nicht nur unter sozialem Druck, sondern zunehmend auch unter finanziellem Druck. Die geringe wirtschaftliche Rentabilität für ÄrztInnen stellt ein weiteres Hindernis für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland dar. So betonte eine Psychotherapeutin und Beraterin für Schwangerschaftsabbrüche:

»Es wird für viele Ärzte nicht machbar sein, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. Das hat viele Gründe, also erstens ist der Eingriff nicht attraktiv. Seit der Einführung des Gesetzes gibt es immer die gleiche Vergütung, es ist also nichts sehr Lukratives« (Experte 6, 29.10.2018).

Eine andere Expertin bestätigt:

»Es ist überhaupt kein wirtschaftlicher Vorteil, einen Schwangerschaftsabbruch zu machen, und das macht es auch schwierig für einige Ärzte, die dieses politische Engagement haben, diese Dienstleistung zu erbringen, und vielleicht auch mehr machen wollen, um die anderen Ärzte in der Umgebung, die das nicht machen wollen, abzulösen [...]. Sie finden es schwierig, denn wenn es das Einzige ist, was man macht, oder das, was man hauptsächlich macht, ist, Abtreibungsdienstleistungen zu erbringen, dann ist es wirtschaftlich nicht machbar« (Expertin 10, 20.11.2020).

Diese zusammenhängenden Barrieren, bestehend aus (a) rechtlichen und Informationsbarrieren, (b) Fristenregelung und obligatorischer Beratung, (c) Kostenübernahme, (d) unzureichender medizinischer Ausbildung, (e) unterversorgten Regionen, Verweigerung aus Gewissensgründen, Stig-

omatisierung und (f) der geringen wirtschaftlichen Rendite schaffen ein toxisches Umfeld, das sich negativ auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) von Frauen auswirkt. Die Bereitstellung von legalen Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland wird eingeschränkt und Frauen bleibt, gerade in fortgeschrittenen Schwangerschaftswochen, häufig keine Alternative, als Leistungen im Ausland in Anspruch zu nehmen.

4 Schlussfolgerung, Diskussion und politische Empfehlungen

Für zahlreiche Frauen in Deutschland, die die gesetzliche Frist für einen straffreien Schwangerschaftsabbruch überschritten haben oder keinen Zugang zu zeitnahen, qualitativ hochwertigen Diensten in ihrer Nähe haben, sind Abtreibungsreisen ins Ausland eine Realität. Frauen sehen sich beim Zugang zur Versorgung mit zahlreichen Barrieren konfrontiert, die den Zugang zur Versorgung weiter verzögern. Unsere Ergebnisse zeigen, dass die Frauen bei der Beschaffung von Informationen darüber, wo sie sich behandeln lassen können, weitgehend auf sich selbst und ihre privaten Netzwerke angewiesen sind (siehe auch Zanini et al., 2021; Gleiches gilt für generelle Informationen zum Abbruch, siehe Kubitz et al. in diesen Band). Nur 15,7 % der reisenden Frauen erhielten Informationen von ärztlichem Fachpersonal zu Abtreibungen im Ausland und weniger als 3 % wurden über staatliche Websites informiert. Diese Ergebnisse sind besonders interessant, da neuere Studien darauf hindeuten, dass sich Abtreibungswillige in Deutschland in hohem Maße auf Informationen von medizinischem Fachpersonal verlassen, während persönliche Kontakte bei der Informationsbeschaffung offenbar nur eine geringe Rolle spielen (vgl. Bomert, 2022). Die kürzlich erfolgte Aufhebung von § 219a des Strafgesetzbuches ist ein erster Schritt zu einer umfassenderen Information, auf die Frauen ein Recht haben. Der Mangel an verlässlichen Informationen, insbesondere über die Möglichkeiten des Schwangerschaftsabbruchs im zweiten Trimester, kann dazu führen, dass Frauen Fehlinformationen ausgesetzt sind.¹⁰ Entsprechend ist es dringend erfor-

¹⁰ So informieren beispielsweise Websites von Organisationen wie Profemina Frauen fälschlicherweise über die Illegalität von Abtreibungen in den Niederlanden (siehe Profemina, o.J.)

derlich, dass die Regierung ihre Bemühungen um verlässliche, transparente und nicht stigmatisierende Informationen verstärkt, um sich wirklich »für den Schutz und die Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte einzusetzen« (Auswärtiges Amt, 2023, S. 40), wie es die deutsche Außenpolitik erklärt hat, nicht nur im Ausland, sondern auch im Inland.

Die Niederlande scheinen zwar das geografisch nächstgelegene und am einfachsten zu erreichende Land für Abtreibungsdienste zu sein, dennoch stellen die Reise- und Behandlungskosten eine erhebliche Belastung dar, die zu weiteren zeitlichen Verzögerungen vor einem Abbruch führen können. Mehr als 1.000 Euro aufbringen zu müssen ist für einkommensschwache Frauen besonders schwierig. Um reisebedingte Kosten und Belastungen zu reduzieren, ist es ratsam, die Fristenregelung auszuweiten oder abzuschaffen, damit Frauen an ihrem Wohnsitz kostenlos und ohne weitere Verzögerung Zugang zu hochwertigen Dienstleistungen haben.

Die hier vorgestellten Ergebnisse veranschaulichen einen Teil eines größeren Phänomens von Schwangerschaftsabbrüchen und Abtreibungsreisen in Europa (vgl. De Zordo et al., 2017; Gissler et al., 2012), bei dem zahlreiche Hindernisse für einen legalen Schwangerschaftsabbruch fortbestehen (vgl. De Zordo et al., 2023). Das Europäische Parlament hat kürzlich den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen zu einem Grundrecht der Frauen in Europa erklärt und »die Mitgliedstaaten aufgefordert, Schwangerschaftsabbrüche zu entkriminalisieren und Hindernisse für sichere und legale Schwangerschaftsabbrüche und den Zugang zu SRGR-Diensten zu beseitigen und zu bekämpfen« (Europäisches Parlament, 2022, S. 1). Vor dem Hintergrund dieser europäischen Haltung geben die hier vorgestellten Studienergebnisse wichtige Impulse für politische Implikationen, die sich in folgende Politikempfehlungen für Deutschland gliedern:

1. *Entkriminalisierung* des Schwangerschaftsabbruchs durch Streichung von § 218 aus dem Strafgesetzbuch
2. *Ausweitung* der Schwangerschaftsaltersgrenzen auf 24 Wochen oder Abschaffung der Fristenregelung insgesamt
3. *Abschaffung* der obligatorischen Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch und dreitägiger Wartezeit bis zum Abbruch
4. *Sicherstellung* der Kostenübernahme eines Schwangerschaftsabbruchs durch die Krankenkassen

5. Vereinfachter *Zugang zu zuverlässigen Informationen* über Schwangerschaftsabbruch, Methoden, Kostenübernahme, gesetzliche Regelungen und Angeboten im Ausland
6. *Ausweitung* der medizinischen Lehre und des Angebots, vor allem in unterversorgten Regionen

Diese Empfehlungen ähneln den Forderungen vom Deutschen Juristinnenbund e. V., der sich unter anderem für eine verlängerte Fristenregelung außerhalb des Strafrechts und für ein Recht auf Beratung statt Beratungspflicht ausspricht (vgl. djb, 2022).

Literatur

- Auswärtiges Amt (2023). *Shaping feminist foreign policy: Federal Foreign Office guidelines*. https://www.shapingfeministforeignpolicy.org/papers/Guidelines_Feminist_Foreign_Policy.pdf (23.05.2024).
- Böhm, M., Nitzsche, R. & Walsch, J. (2022). Klinische Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon – eine explorative Erhebung zur aktuellen Versorgungslage. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 35(3), 160–165.
- Bomert, C. (2022). Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren: Erste Ergebnisse eines partizipativen Praxisforschungsprojekts. *Soziale Passagen*, 14(2), 503–510.
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2022). Pregnancy Counselling § 218. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95278/fdba45aef3ce5557eb1720aa3e215ac8/schwangerschaftsberatung-218-englisch-data.pdf> (23.05.2024).
- Busch, U. & Hahn, D. (Hrsg.). (2015). *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld: transcript.
- De Zordo, S., Mishtal, J. & Anton, L. (Hrsg.). (2017). *A fragmented landscape: Abortion governance and protest logics in Europe*. New York: Berghahn.
- De Zordo, S., Mishtal, J., Zanini, G. & Gerdt, C. (2023). »The first difficulty is time«: The impact of gestational age limits on reproductive health and justice in the context of cross-border travel for abortion care in Europe. *Social Science & Medicine*, 321, 115760.
- De Zordo, S., Zanini, G., Mishtal, J., Garnsey, C., Ziegler, A. & Gerdt, C. (2020). Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: A mixed-methods study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 128(5), 838–845.
- Djb – deutscher Juristinnenbund e.V. (2022). Policy Paper: Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch. Deutscher Juristinnenbund. https://www.djb.de/fileadmin/user_upload/presse/stellungnahmen/st22-26_Policy_Paper_Schwangerschaftsabbruch.pdf (23.05.2024).
- Erasmus-Universität Rotterdam (2022). *Why is abortion penalized in the Dutch Criminal*

- Code? <https://www.eur.nl/en/news/why-abortion-penalized-dutch-criminal-code> (23.05.2024).
- Europäisches Parlament (2022). Right to safe and legal abortion must be safeguarded, MEPs demand. <https://www.europarl.europa.eu/news/en/press-room/20220603IPR32144/right-to-safe-and-legal-abortion-must-be-safeguarded-meps-demand> (23.05.2024).
- Europe Abortion Access Project (o.J.). <https://europeabortionaccessproject.org/> (07.06.2024).
- Garnsey, C., Zanini, G., De Zordo, S., Mishtal, J., Wollum, A. & Gerds, C. (2021). Cross-country abortion travel to England and Wales: Results from a cross-sectional survey exploring people's experiences crossing borders to obtain care. *Reproductive Health*, 18(1), 103.
- Gissler, M., Fronteira, I., Jahn, A., Karro, H., Moreau, C., Oliveira da Silva, M., Olsen, J., Savona-Ventura, C., Temmerman, M., Hemminki, E. & the REPROSTAT group (2012). Terminations of pregnancy in the European Union: Terminations of pregnancy in the EU. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(3), 324–332.
- Krolzik-Matthei, K. (2019). Abtreibungen in der Debatte in Deutschland und Europa. *APuZ – Aus Politik und Zeitgeschichte*, 20/2019, 4–11.
- Lorenz, F. (2013). »Nach Holland fahren« – Ungewollte Schwangerschaften. <https://www.uni-muenster.de/NiederlandeNet/nl-wissen/soziales/geburt/abort.html> (23.05.2024).
- pro familia (Hrsg.). (1978). *Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren: Nach der Reform des Paragraphen 218 – Betroffene Frauen ziehen Bilanz*. Hamburg: Rowohlt.
- Profemina (o.J.). Aus rechtlicher Sicht: Abtreibung im Ausland. <https://www.profemina.org/de-de/abtreibung/abtreibung-im-ausland> (07.06.2024).
- Tennhardt, C. & Kothé, B. (2017). Der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland – Stationen einer Reise mit Hindernissen. *DjbZ Zeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes*, 20(1), 12–14.
- Torenz, R. (2022). Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch in Deutschland – Datenlage und regionale Versorgungsunterschiede. *Das Gesundheitswesen*, 84(8/9), 744. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1753665>
- VWS – Niederländisches Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport (2022). Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap (Wafz). Health and Youth Care Inspectorate (IGJ). [https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/jaar verslagen/2022/09/22/wafz-2021/Definitie+en+cijfer+bijlage+Wafz+2021.pdf](https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/jaar%20verslagen/2022/09/22/wafz-2021/Definitie+en+cijfer+bijlage+Wafz+2021.pdf) (23.05.2024).
- Widera, S., Hänel, K., Stark, S., Wolf, B. & Aktas, B. (2022). Prospektive Untersuchung der Assoziation von wahrgenommener Stigmatisierung und postinterventionellen Schmerzen bei Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen der Beratungsregelung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 82(10), e182. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1757100>
- Zanini, G., Mishtal, J., De Zordo, S., Ziegler, A. K. & Gerds, C. (2021). »Abortion information governance and women's travels across European borders«, *Women's Studies International Forum*, 87, 102496. <https://doi.org/10.1016/j.wsif.2021.102496>
- Ziegler, M. (Hrsg.). (2023). *Research handbook on international abortion law*. Cheltenham: Edward Elgar Publishing.

Biografische Notizen

Silvia De Zordo, Ph.D., Sozialanthropologin, ist Associate Professorin an der Universität von Barcelona. Ihre Forschungsinteressen umfassen reproduktive Governance, Abtreibung und soziale/geschlechtsspezifische Ungleichheiten in Lateinamerika und Europa. Sie war Leiterin des vom ERC finanzierten Projekts über den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und Reisen in Europa.

Joanna Mishtal, Ph.D., ist Professorin für Anthropologie an der University of Central Florida, Abteilung für Anthropologie. Ihre Forschungsinteressen liegen an der Schnittstelle von Gender und Governance, insbesondere in den Bereichen reproduktive Rechte, Gesundheit und Politik.

Laura Rahm, Ph.D., ist MSCA-Forschungsstipendiatin am Institut für Demokratie der Central European University und die Leiterin des H2020-Projekts GlobalKnoT. Zuvor war sie Postdoktorandin in einem vom ERC finanzierten Projekt über den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und Reisen in Europa.

