



HEINRICH BÖLL STIFTUNG
GUNDA WERNER INSTITUT

PRiNa
POLITIKEN DER REPRODUKTION
INTERDISZIPLINÄRE NACHWUCHSFORSCHER*INNENGRUPPE

E-PAPER

Policy Paper

Schwangerschafts- abbrüche neu denken: Eine historische Chance für Reproduktive Gerechtigkeit

REIHE
KÖRPER, KINDER,
KASSENSTURZ:
HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN
ZUM KOALITIONSVERTRAG

VON LISA BRÜNIG, TALEO STÜWE UND SUSANNE WEISE

Herausgegeben von der Heinrich-Böll-Stiftung, September 2024
In Zusammenarbeit mit PRiNa – Politiken der Reproduktion,
interdisziplinäres Nachwuchsforscher*innennetzwerk

Schwangerschaftsabbrüche neu denken: Eine historische Chance für Reproduktive Gerechtigkeit

Von Lisa Brünig, Taleo Stüwe und Susanne Weise

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung (mit Handlungsempfehlungen)	3
Einführung	5
Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs: Kritisches Zeitfenster für eine historische Chance	7
Der Kommissionsbericht	7
Die ELSA-Studie	8
Menschenrechte – Empfehlungen zum Schwangerschaftsabbruch umsetzen	9
Demokratie – Reproduktive Rechte sichern	10
International	10
In Deutschland	11
Reproduktive Gerechtigkeit – Intersektional denken	13
Rassismus	14
Queerfeindlichkeit	15
Ableismus	16
Klassismus	17
Empfehlungen zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs: menschenrechtsbasiert, feministisch und intersektional	19
Literatur	20
Die Autor*innen	23

Kurzfassung

Derzeit gibt es in Deutschland politisch ein kritisches Zeitfenster mit guten Voraussetzungen für die notwendige Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Sollte diese historische Chance in der jetzigen Legislaturperiode verpasst werden, droht die weitere Einschränkung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) durch antifeministische und rechtsextreme Bewegungen. Dieses Policy Paper formuliert politische Handlungsempfehlungen zur Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland. Mit einer intersektionalen feministischen Perspektive und dem Konzept der Reproduktiven Gerechtigkeit zeigt das fünfte Policy Paper der Reihe «Körper, Kinder, Kassensturz: Handlungsempfehlungen zum Koalitionsvertrag» insbesondere die Notwendigkeit der umfassenden Berücksichtigung vulnerabler und diskriminierter Personengruppen bei einer Neuregelung des Rechts auf selbstbestimmte Schwangerschaftsabbrüche und für eine bessere Versorgungssituation auf.

Handlungsempfehlungen

- **Die Empfehlungen der WHO umsetzen:** Fristen, Beratungspflicht, Wartezeiten, Indikationsregelungen sowie Zustimmungserforderlichkeit müssen abgeschafft, die Versorgung kostenfrei gestaltet und durch Gewissensklauseln bedingte Versorgungslücken geschlossen werden.

Außerdem:

- **Bundesweite Zentren für reproduktive Beratung, Bildung und Versorgung einrichten:** Diese Zentren verknüpfen regelfinanziert die bisherigen Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen mit den Angeboten gynäkologischer und reproduktionsmedizinischer Versorgung. Sie stärken die nötige interdisziplinäre Vernetzung von Berater*innen, Ärzt*innen, Hebammen*, Geburtshelfer*innen und weiterem Fachpersonal, z.B. der Frühen Hilfen. Im Sinne reproduktiver Gesundheit und Selbstbestimmung können fachliche Schwerpunkte, etwa hinsichtlich der Beratung zu geschlechtlicher Selbstbestimmung, ausgebaut werden. In den Zentren sollte ein Rechtsanspruch auf freiwillige Beratung wohnortnah und flächendeckend umgesetzt werden. Alle Angebote der Zentren sollten auch digital nutzbar sein.
- **Barrieren für vulnerable Bevölkerungsgruppen abbauen:** Die Verbesserung der Versorgungslage ist besonders relevant für Menschen, die von Rassismus, Ableismus, Queerfeindlichkeit und/oder Klassismus betroffen sind. Für entsprechende Zugangshürden und Diskriminierungserfahrungen sollte sensibilisiert werden. Angebote müssen niedrigschwelliger gestaltet werden. Dazu sollten in Beratung und Versorgung digitale Angebote gestärkt, inklusive Sprache etabliert, die Möglichkeiten für Sprachmittlung verbessert und zielgruppenorientierte Verweisstrukturen gefördert werden. Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt und queere Schwangerschaften

müssen explizit berücksichtigt werden. Telemedizinische Abbrüche sollten zur Verbesserung des Zugangs und Stärkung der freien Methodenwahl etabliert werden.

- **Bildungsarbeit ausbauen:** Kampagnen- und Bildungsarbeit zur Entstigmatisierung für schwangere Personen und Ärzt*innen sollte ausgebaut werden. Anbieter*innen von sexueller Bildung und Aufklärung müssen ihre Angebote diskriminierungssensibel gestalten und insbesondere sexuelle und geschlechtliche Vielfalt einbeziehen – das sollte politisch und finanziell gestärkt und gesichert werden. Zudem sollten Schwangerschaftsabbrüche in die medizinische Aus- und Weiterbildung aufgenommen werden.

Weitere Regelungen: Für die Gewährleistung reproduktiver Selbstbestimmung sind kostenlose Verhütungsmittel in jedem Alter für alle Geschlechter nötig. Ärzt*innen, die selbst keine Abbrüche durchführen, sollten verpflichtet werden, Klient*innen weiterzuverweisen, um eine lückenlose Versorgung sicherzustellen. Medizinische Einrichtungen müssen die Möglichkeit haben, das Durchführen von Abbrüchen als Einstellungskriterium einzuführen, die korporative Weigerung ganzer Kliniken sollte sanktioniert werden.

Einführung

Reproduktive Selbstbestimmung wurde 2021 von der derzeit regierenden Koalition aus SPD, Bündnis90/Die Grünen und FDP erstmalig in einen Koalitionsvertrag aufgenommen:

«Wir stärken das Selbstbestimmungsrecht von Frauen. Wir stellen Versorgungssicherheit her. Schwangerschaftsabbrüche sollen Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sein. Die Möglichkeit zu kostenfreien Schwangerschaftsabbrüchen gehören zu einer verlässlichen Gesundheitsversorgung. [...] Wir setzen eine Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin ein, die Regulierungen für den Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuches [...] prüfen wird.»

(Koalitionsvertrag 2021, S. 92)

Die in die Kommission berufenen Expert*innen (Arbeitsgruppe 1) bekamen den Auftrag, die außerstrafrechtliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs zu prüfen, und veröffentlichten im April 2024 ihre klaren Empfehlungen. Im Rahmen der Pressekonferenz brachte Prof. Liane Wörner, Koordinatorin der AG1, Folgendes auf den Punkt:

«Die grundsätzliche Rechtswidrigkeit des Abbruchs in der Frühphase der Schwangerschaft, derzeit §218 StGB Abs. 1, ist nicht haltbar. Hier sollte der Gesetzgeber nach Ansicht der Kommission tätig werden und den Schwangerschaftsabbruch rechtmäßig und strafflos stellen.»

Doch die zuständigen Minister*innen der auftraggebenden Regierung reagierten verhalten. Anstatt ihr Versprechen – «mehr Fortschritt wagen» – einzulösen, wurde politisch in diesem historischen Moment das Bedrohungsszenario einer vermeintlichen gesellschaftlichen Spaltung beschworen und auf Verzögerung gesetzt. Was man nicht gebrauchen könne, seien Debatten, «die die Gesellschaft in Flammen setzen», so Justizminister Buschmann.

Der so angerufene gesellschaftliche Frieden wird durch das Festhalten an einer veralteten Regelung paradoxerweise aber gerade verhindert. Gesellschaftlich, politisch und sozial ist es höchste Zeit für die Entkriminalisierung des selbstbestimmten Schwangerschaftsabbruchs für alle Frauen und Menschen, die schwanger werden können.^[1] Das Narrativ der Spaltung ist empirisch widerlegt: Eine repräsentative Bevölkerungsumfrage im Auftrag

1 Wir verstehen Entkriminalisierung als Prozess, der die Abschaffung eines Straftatbestands sowie weitere legale Regelungen und Institutionalisierungen, gesellschaftliche Entwicklungen und Diskurse betreffen kann (vgl. Prätorius 2008). Legalisierung wird in den gegenwärtigen Debatten zum Schwangerschaftsabbruch häufig äquivalent dazu verwendet, meint aber eher die (sozial-)rechtliche Neu-Regulation (z.B. Beratungspflicht, Wartezeiten, Fristen, Indikationen) außerhalb des StGB.

des Bundesministeriums für Frauen, Senioren, Familie und Jugend (BMFSFJ) ergab, dass 80 Prozent der Befragten der Aussage «*Es ist falsch, dass eine Abtreibung nach der Beratungsregelung rechtswidrig ist!*» zustimmen. 75 Prozent der Befragten stimmen der Aussage «*Abtreibungen sollten nicht mehr im Strafgesetzbuch stehen!*» zu. Eine überwältigende Mehrheit spricht sich somit für rechtmäßige und straffreie Abbrüche aus, darunter Wähler*innen aller im Bundestag vertretenen Parteien.^[2]

Seit Erscheinen des Kommissionsberichts lässt die konkrete politische und rechtliche Umsetzung der Empfehlungen durch die Regierungskoalition auf sich warten. In verschiedenen Stellungnahmen und Kampagnen betonen zahlreiche Akteur*innen die Dringlichkeit und fordern politische Verantwortungsübernahme der Regierungsparteien.^[3]

Diesen Forderungen schließen wir uns an und empfehlen außerdem, Schwangerschaftsabbrüche aus intersektionaler Perspektive und im Kontext Reproduktiver Gerechtigkeit zu denken.^[4] Wir zeigen, warum die Voraussetzungen für die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland günstig sind und die Streichung des §218 StGB in dieser Legislaturperiode realisiert werden sollte. Anhand der Frames (1) Menschenrechte, (2) Demokratie und (3) Reproduktive Gerechtigkeit erläutern wir, worin die Dringlichkeit besteht, und leiten konkrete Handlungsempfehlungen ab.

2 Vgl. Hecht 2024.

3 Hier seien nur einige Aktivitäten exemplarisch benannt: In einem Verbände-Brief fordern 42 Akteur*innen (pro familia, AWO, Der Paritätische, DGB, Verdi, ABiD, BVT u.v.m.) die Regierung zum Schutz von Menschenrechten und Demokratie auf. Es laufen die Kampagnen *legal, einfach, fair* des Bündnisses für sexuelle Selbstbestimmung und *Abtreibung legalisieren* von verschiedenen feministischen Gruppen. Außerdem arbeiten zivilgesellschaftliche Akteur*innen gemeinsam mit Jurist*innen an einem Gesetzentwurf. (Stand September 2024)

4 Siehe Abschnitt Reproduktive Gerechtigkeit – Intersektional denken.

Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs: Kritisches Zeitfenster für eine historische Chance

Fortschrittliche, menschenrechtsbasierte und demokratiesichernde Reproduktionspolitiken müssen die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs konsequent hinter sich lassen. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) sind Menschenrechte, die nicht nur Anliegen feministischer Entwicklungspolitik^[5] sein sollten, sondern zu einem der bedeutendsten Vorhaben feministischer Innen-, Gesundheits-, Sozial- und Rechtspolitik der Bundesrepublik werden müssen. **Angesichts der vorgelegten, klaren Empfehlungen der Kommission hat die amtierende Bundesregierung nun eine historische Chance auf zukunftsweisendes Handeln. Es gibt jetzt ein kritisches Zeitfenster für die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs.** Dieses kann von erstarkenden antifeministischen und rechten Kräften schnell wieder geschlossen werden. Der Handlungsdruck ist hoch, und die Bedingungen sind gut, um noch in dieser Legislaturperiode den §218 StGB zu streichen. Die menschenrechtlichen Gebote und WHO-Empfehlungen, die Bevölkerungsumfrage sowie die Ergebnisse der Kommissionsarbeit und der ELSA-Studie liefern Expertise und Empirie für eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs.

Der Kommissionsbericht

Die Expert*innen der AG1 nennen vier zentrale Argumente für eine Entkriminalisierung in der Frühphase der Schwangerschaft: 1. Völker- und menschenrechtlich getragene, zeitgemäße Anerkennung und Umsetzung des Rechts auf reproduktive Selbstbestimmung, Würde, Persönlichkeitsentfaltung und (Gewissens-)Freiheit. 2. Schutz der Gesundheit und Sicherheit vor illegalen, gefährlichen und kostspieligen Angeboten. 3. Abschaffung von sozioökonomischer Benachteiligung und geschlechtsbasierter Diskriminierung. 4. Beendigung der Inkonsistenz und Widersprüchlichkeit der Durchführung von Abbrüchen im Gesundheitssystem bei gleichzeitiger Kriminalisierung «im Zwielicht einer potentiellen Strafbarkeit»^[6].

Der Argumentation liegt ein abgestuftes Grundrechteverständnis zugrunde, bei dem die Gewichtigkeit der Grundrechte der schwangeren Person mit zunehmender Dauer der

5 Vgl. BMZ 2023.

6 «Bericht der Kom-rSF» 2024, S. 31.

Schwangerschaft abnimmt, während die Zumutbarkeit und die erwartete «Verantwortungsübernahme»^[7] zunehmen. Daraus ergibt sich die nötige Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs in der Frühphase^[8] und ein gesetzgeberischer Spielraum für die mittlere Phase der Schwangerschaft. Mit Beginn der potentiellen extrauterinen Lebensfähigkeit (Spätphase) sollte laut Bericht der Abbruch grundsätzlich rechtswidrig sein. Als Ausnahme gilt die Unzumutbarkeit, wie bei der *medizinischen Indikation*, für die eine Neuregelung unter Berücksichtigung der Gefahr der Diskriminierung behinderter Menschen angeregt wird.^[9] Die Kommission kritisiert außerdem das Fehlen von Leitlinien für den Abbruch in der Spätphase.^[10] Für die *kriminologische Indikation* sollte erwogen werden, die Frist über die Dauer von zwölf Wochen hinaus zu verlängern. Deutlich empfiehlt die AG1 der Kommission kostenfreie Verhütungsmittel auch nach dem 22. Lebensjahr und räumt bei vielen weiteren Themen wie Beratungspflichten, Wartezeiten, Fristen und Indikationen weitreichenden Spielraum ein.

Die ELSA-Studie

Die ersten veröffentlichten Ergebnisse belegen einen Handlungsbedarf und -spielraum für die Verbesserung regionaler Versorgungslagen, fachpolitische Veränderungen, die Integration des Schwangerschaftsabbruchs in die ärztliche Aus- und Weiterbildung, Behandlungsstandards sowie für Entkriminalisierung und Entstigmatisierung.^[11] Die Studie untersucht u.a. die spezifischen Situationen dreier vulnerabler Personengruppen (Frauen mit einer Vorgeschichte psychischer Krisen, mit Migrationsgeschichte und mit Erfahrungen von Gewalt in Partnerschaften). Barrieren bei der Informationsbeschaffung, bezüglich der Erreichbarkeit von und des Zugangs zu Versorgungsangeboten sowie bei den Kosten eines Abbruchs sind für alle drei Gruppen besonders belastend.

Marginalisierte und diskriminierte Personen(-gruppen) werden im Kommissionsbericht und in der ELSA-Studie jedoch insgesamt nicht ausreichend berücksichtigt. Wir empfehlen daher eine intersektionale Perspektiverweiterung für die Realisierung reproduktiver Gesundheit und Selbstbestimmung für alle Menschen.

7 Ebd., S. 25.

8 96,2 Prozent der Abbrüche wurden 2023 nach der Beratungsregelung in den ersten 12 Wochen nach Befruchtung und 0,03 Prozent nach der *kriminologischen Indikation* vorgenommen (vgl. Statistisches Bundesamt 2024).

9 Siehe Abschnitt Ableismus.

10 Die *medizinische Indikation* (3,77 Prozent der Abbrüche in 2023) ermöglicht späte Abbrüche bei Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der schwangeren Person. In der Praxis findet die Indikation häufig beim Vorliegen eines pränataldiagnostischen fetalen Befundes Anwendung. Für sozial, psychisch oder anders bedingte späte Schwangerschaftskonflikte ist es meist komplizierter, eine Indikation zum Abbruch zu bekommen. Statistisch werden die Gründe für spätere Abbrüche bisher nicht differenziert (vgl. Cara 2023).

11 Vgl. ELSA 2024.

Menschenrechte – Empfehlungen zum Schwangerschaftsabbruch umsetzen

Im europäischen Vergleich hat Deutschland mit der seit 1995 gültigen Regelung im StGB eine restriktive Rechtslage beim Schwangerschaftsabbruch.^[12] Das zugrundeliegende Urteil des Bundesverfassungsgerichts von 1993 wird angesichts der menschenrechtlichen Entwicklungen im Bereich Sexualität und Reproduktion mittlerweile als veraltet betrachtet.^[13]

Die Etablierung reproduktiver Rechte und Gesundheit als Menschenrechte 1994 in Kairo, deren Bestätigung auf der Weltfrauenkonferenz 1995 in Peking sowie die Aufnahme sexueller und reproduktiver Gesundheit in die Programmatik der WHO 2001 sind Grundlagen für internationale rechtliche Entwicklungen.^[14] Die WHO empfiehlt seit 2022 die komplette Entkriminalisierung des selbstbestimmten Schwangerschaftsabbruchs – ohne Fristen und Zugangshürden. Hinzu kommen Entkriminalisierungs-Gebote bei menschen- und frauenrechtlichen Vertragsausschüssen der UN zu Gleichstellung, Gewaltschutz und Gesundheit (CEDAW, CCPR) sowie zur Überwindung rassistischer Diskriminierung (CERD).^[15] Wartezeiten, Beratungspflichten, Indikationen und Abstufungen des Zugangs, abhängig von der Dauer der Schwangerschaft, werden von Vertragsausschüssen als menschenrechtlich problematisch angesehen.^[16] **Eine neue kohärente und konsistente Gesetzgebung zur Gewährleistung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) und zum Recht auf selbstbestimmtes Beenden einer Schwangerschaft muss sich auch in Deutschland an den völker- und menschenrechtlichen Vorgaben orientieren.**

12 Vgl. European Abortion Policies Atlas 2021.

13 Das damit verknüpfte Narrativ vom angeblichen historischen Kompromiss, der nicht gefährdet werden dürfe, ist mittlerweile vielfach entkräftet und widerlegt.

14 Vgl. Schutzbach 2020.

15 Vgl. Lange 2023.

16 Vgl. «Bericht der Kom-rSF» 2024.

Demokratie – Reproduktive Rechte sichern

Der Schutz reproduktiver Rechte ist unmittelbar mit dem Erhalt der Demokratie verknüpft. **Angesichts national und international wachsender antifeministischer, rechter und rechts-extremer Bewegungen muss die Entkriminalisierung noch in dieser Legislaturperiode durchgesetzt werden, um dem auch in Deutschland drohenden Zurückdrängen reproduktiver Rechte entgegenzuwirken und strukturelle Benachteiligungen in der Versorgung abzubauen.**

International

Der Blick auf internationale Entwicklungen zeigt: Der Abbau von demokratischen Rechten durch rechte und konservative politische Akteur*innen zielt immer auch auf die Einschränkung reproduktiver, sexueller und geschlechtlicher Selbstbestimmung.

In Polen scheiterte trotz der seit Dezember 2023 regierenden Mitte-Links-Koalition die lange vorbereitete Liberalisierung des Abtreibungsrechts im Juli 2024. Die Rechtslage war unter der rechtsnationalen PiS-Regierung 2020 maximal verschärft und mit tödlichen Konsequenzen zu einer der restriktivsten Europas eingeschränkt worden.^[17]

In Italien hat der Regierungswechsel dazu geführt, dass Anti-Choice-Aktivist*innen Kliniken, in denen Abbrüche durchgeführt werden, betreten dürfen.^[18] Versorgungslagen werden zudem durch das Weigerungsrecht von Ärzt*innen beeinträchtigt, wie auch in Uruguay und Argentinien.^[19]

Die Entwicklungen in den USA sind erschreckend: Nachdem das Urteil Roe v. Wade gekippt wurde, erließen 13 Bundesstaaten vorbereitete Gesetze, die Abbrüche unter Strafe stellen und den Zugang verunmöglichen. Ungewollt schwangere Personen müssen teils über mehrere bundesstaatliche Grenzen reisen – diese Entwicklung verstärkt soziale Ungleichheiten und betrifft insbesondere marginalisierte Personen und Communities, darunter PoC, Black, Latinx und indigene Menschen, Menschen mit geringem Einkommen sowie migrantische Personen, trans*, inter* und nicht-binäre Menschen und Menschen mit Behinderungen.^[20] Die Unterstützung bei Reisen wird kriminalisiert, der Zugang zu Mifepristone könnte bald gerichtlich eingeschränkt werden, und Ärzt*innen verlassen Bundesstaaten mit besonders restriktiven Regelungen. Die Entwicklungen zeigen deutlich, wie Bestrebungen antifeministischer Bewegungen alle Bereiche reproduktiver Gerechtigkeit betreffen und bis zu einem Verbot von Verhütung und gleichgeschlechtlicher Ehe

17 Vgl. Center for Reproductive Rights 2024.

18 Vgl. Reuters 2024.

19 Vgl. Bredler und Chiofalo 2023.

20 Vgl. Fuentes 2023.

reichen. Die Grenzen des Sagbaren werden verschoben und die Bedrohung reproduktiver, sexueller und geschlechtlicher Freiheiten steigt im Kontext des Rechtsrucks immer weiter.^[21]

In Deutschland

Um reproduktive Rechte vor rechten Kräften zu schützen, sollte die Bundesregierung sich an den positiven Entwicklungen in Frankreich oder Belgien orientieren: Die Freiheit, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen, hat seit Kurzem Verfassungsrang in Frankreich. In Belgien wurde die Regelung im ersten Schritt aus dem Strafrecht in ein anderes Gesetz überführt. Neue Regelungen wurden in einem zweiten Schritt vorgenommen. Ärzt*innen, die dort aus Gewissensgründen selbst keine Abbrüche vornehmen, sind gesetzlich verpflichtet, ungewollt schwangere Personen an entsprechende Stellen weiter zu verweisen.^[22]

Wichtig zur Sicherung des Zugangs zu Beratungsangeboten und Abbrüchen ist das im Juni 2024 beschlossene Verbot der Gehsteigbelästigungen. Auch wenn das Gesetz bisher Bedrohungen im Internet, falsche Beratungsstellen wie pro femina und Falschinformationen außer Acht lässt, ist es von immenser Bedeutung: Es schützt schwangere Menschen vor Anti-Choice-Belästigungen beim Aufsuchen von Beratungsstellen, Kliniken oder Praxen, die Abbrüche durchführen, und ist somit eine notwendige Maßnahme für die Realisierung des Rechts auf körperliche Selbstbestimmung und den Schutz der Persönlichkeitsentfaltung.

Der politische und gesetzliche Stillstand in Deutschland ist u.a. auf die Stigmatisierung von Abtreibungen zurückzuführen.^[23] Stigmatisierende Narrative zu Schwangerschaftsabbrüchen von konservativen, antifeministischen und rechten Akteur*innen verfestigen im politischen und parlamentarischen Diskurs traditionelle, d.h. auch hetero- und cisnormative Familienbilder, und suggerieren Selbstbestimmung bei faktisch andauernder Regulierung gebärfähiger Körper durch Normen, Recht und (Bevölkerungs-)politik. Dies wurde bereits in den Debatten um die Änderung und Abschaffung von §219a StGB deutlich.^[24] Dabei geht es nicht (nur) um das Verhindern von Abbrüchen, sondern um die Reproduktion einer weißen Nation und das Blockieren körperlicher, sexueller, reproduktiver und geschlechtlicher Selbstbestimmung.^[25]

21 Vgl. Butler 2024.

22 Die Gewissensklausel nach §12 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) wird teilweise von ganzen Einrichtungen praktiziert, was nicht konsequent verfolgt wird. Das steht in Konflikt mit dem Auftrag der Länder, die Versorgung sicherzustellen. (Vgl. djb 2022)

23 Vgl. Lux und Lange 2024; vgl. ELSA-Studie 2024.

24 Vgl. Brünig 2020.

25 Vgl. Blum 2023 und Butler 2024.

Genau diese Ziele spiegeln sich in den Partei- und Wahlprogrammen der erstarkenden AfD wider. Im Wahlprogramm für Brandenburg wird proklamiert: «Wir erteilen allen Bestrebungen, Abtreibungen – womöglich bis kurz vor der Geburt – zu einem Menschenrecht zu erklären, eine Absage.»^[26] In Sachsen will die AfD ein «Baby-Begrüßungsgeld» für Eltern, «welche die alleinige deutsche Staatsbürgerschaft besitzen, gemeinsam mindestens zehn Jahre in Sachsen ihren Hauptwohnsitz haben, auf eine abgeschlossene Ausbildung bzw. ein Studium verweisen können oder berufstätig sind», einführen sowie Telefon- und Onlineberatung abschaffen.^[27] Erschwerte Zugänge zu Abtreibungen sollen dazu dienen, dem Bedrohungsszenario sinkender Geburtenraten rechtsnational konstruierter, deutscher Idealfamilien entgegenzuwirken. **Hier zeigt sich das Zusammenwirken von Antifeminismus, Rassismus und Klassismus als wirkmächtige Denk- und Herrschaftsstrukturen mit einem rassistisch begründeten Pronatalismus. Eine intersektionale Perspektive ist notwendig, um diese Logiken und ihre Auswirkungen als Gefahr zu erkennen und solidarische Kämpfe für demokratische Rechte und reproduktive Gerechtigkeit zu stärken.**

Wie internationale Entwicklungen zeigen, könnten auch in Deutschland vor dem Hintergrund der bestehenden rechtlichen Regelungen alle Abbrüche strafbar gemacht und verfolgt werden. Wenn die jetzige Regierung nicht zeitnah handelt, lassen das Erstarren der AfD und der allgemeine Rechtsruck befürchten, dass nicht nur §218 StGB bestehen bleibt, sondern auch die aktuellen Indikationen und Möglichkeiten, Abbrüche straffrei durchzuführen, bedroht sind. Sorgen um die Versorgungslage sind schon jetzt begründet: Da das Schwangerschaftskonfliktgesetz auf Länderebene umgesetzt wird, könnten (zukünftige) Landesregierungen Stellschrauben nutzen, etwa um den Beratungsstellen schrittweise die Finanzierung zu entziehen und so die Versorgungssituation aktiv weiter zu verschlechtern.^[28] **Bevor rechte und rechtskonservative Kräfte auch auf Bundesebene politisch noch mehr an Einfluss gewinnen, muss mit dem Schwangerschaftsabbruch die selbstbestimmte Entscheidung über den eigenen Körper entkriminalisiert werden – ob dies gelingt, ist ein Gradmesser für den Zustand der Demokratie in Deutschland.**

26 Vgl. AfD Landesverband Brandenburg 2024.

27 Vgl. AfD Sachsen 2024.

28 Vgl. Müller-Elmau und Bredler 2024.

Reproduktive Gerechtigkeit – Intersektional denken

Für marginalisierte Personengruppen und mehrfachdiskriminierte Menschen ist der Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung besonders schwierig oder erst gar nicht gegeben:

«Es muss betont werden, dass die bestehenden menschenrechtlichen Standards im Bereich reproduktiver und sexueller Rechte nicht von allen Menschen in gleicher Weise in Anspruch genommen werden können. Vulnerable Gruppen, deren Rechte hier besonders stark eingeschränkt sind, umfassen nach den Empfehlungen zu Schwangerschaftsabbrüchen der Weltgesundheitsorganisation: Menschen in ländlichen Regionen, in finanziellen Notlagen, Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, von geschlechtsbezogener Gewalt betroffene Menschen, trans oder nicht-binäre Personen, Menschen mit geringer Bildung, Menschen mit HIV, Menschen aus ethnischen oder religiösen Minderheiten, People of Colour und vertriebene Menschen».*^{[29][30]}

Wir empfehlen für die deutsche Debatte um reproduktive Rechte eine intersektionale Perspektive, welche die Verwobenheit verschiedener Diskriminierungsformen sowie die Lebensrealitäten (mehrfach) marginalisierter Personen mitdenkt und die damit verbundenen komplexen Zugangshürden aufzeigt. Der Begriff der Intersektionalität kommt aus Schwarzen feministischen Bewegungen im US-amerikanischen Kontext der 1970er und -80er Jahre. Ausgehend von einer Kritik am *weißen* Mainstream-Feminismus zielt er darauf, die Überlagerungen von Herrschaftsstrukturen wie Sexismus, Rassismus, Klassismus, Queerfeindlichkeit und Ableismus sichtbar zu machen.^[31]

Für die intersektionale Auseinandersetzung empfehlen wir, Schwangerschaftsabbrüche mit dem Konzept Reproduktive Gerechtigkeit («reproductive justice») neu zu denken. Es ist ebenfalls im Kontext der US-amerikanischen Schwarzen feministischen Bewegung in den 1990er Jahren entstanden^[32] und umfasst vier Grundsätze: (1) Das Recht, sich gegen das Kinderbekommen zu entscheiden, (2) das Recht, schwanger zu werden, (3) das Recht,

29 Molter u. a. 2023, S. 9.

30 Auch intergeschlechtliche Menschen sind in ihren reproduktiven Rechten massiv eingeschränkt.

31 Der Begriff wurde von der Juristin Kimberlé W. Crenshaw geprägt. Ähnliche Kritik wurden auch von Patricia Hill Collins (1999) und dem Combahee River Collective (1981) formuliert (vgl. Kelly 2022).

32 Das Konzept Reproduktive Gerechtigkeit wurde von Loretta J. Ross (Mitbegründerin des SisterSong Collective) geprägt und beschreibt das Zusammendenken reproduktiver Rechte mit sozialer Gerechtigkeit.

Kinder frei von Gewalt aufzuziehen, (4) das Recht auf sexuelle Autonomie und geschlechtliche Selbstbestimmung. Reproduktive Gerechtigkeit ermöglicht, den Schwangerschaftsabbruch nicht nur als individuelles Recht zu betrachten, sondern dessen strukturelle Verwirklichungschancen mit in den Blick zu nehmen. So gelingen gemeinsame Kämpfe und Allianzen auch dort, wo reproduktive Phasen und Anliegen unterschiedlich sind.

Allen Menschen wird der Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen ermöglicht, wenn diskriminierungssensible und solidarische Strukturen geschaffen werden, die sich an den Lebensumständen und Bedürfnissen der vulnerabelsten Personengruppen orientieren.

Ausgehend von der beschriebenen intersektionalen Perspektive und dem Konzept der Reproduktiven Gerechtigkeit, stellen wir im Folgenden zentrale, im Diskurs oft vernachlässigte und unzureichend erforschte Diskriminierungsformen in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche vor.

Rassismus

Bisher gibt es keine dezidiert rassistuskritische Forschung, die auf Schwangerschaftsabbrüche fokussiert. Es ist jedoch davon auszugehen, dass die inzwischen gut belegten rassistischen Diskriminierungen in der Gesundheitsversorgung auch ungewollt schwangere Menschen betreffen. Studien des Deutschen Zentrums für Integrations- und Migrationsforschung zeigen, dass struktureller Rassismus im Gesundheitswesen verankert ist und Schwarze Personen, muslimische Menschen, Menschen mit Fluchterfahrung, Sinti* zze und Romnja, Osteuropäer*innen, Asiat*innen und Jüd*innen in Deutschland besonders betroffen sind.^[33]

Konkretere Informationen im Kontext Schwangerschaftsabbruch liegen lediglich für die Gruppe ungewollt schwangerer Personen mit eigener Flucht- und Migrationsgeschichte vor. Hier zeigen sich eine erhöhte Gefahr, sexualisierte Gewalt und Vergewaltigungen zu erleben^[34] sowie ein erschwerter Zugang zu Verhütungsmitteln. Sprachbarrieren können zu Informationsdefiziten führen und Zugänge massiv erschweren, etwa bezüglich Fristen, Beratungspflicht, Kostenübernahme oder Wahl der Methode^[35]. Darüber hinaus können die menschenunwürdigen Unterbringungen geflüchteter Menschen ausschlaggebend für die Entscheidung zum Beenden einer Schwangerschaft sein. Außerdem müssen illegalisierte Personen aus begründeter Angst vor einer Abschiebung für die Kosten des Abbruchs selbst aufkommen. Nur so können sie sicher sein, dass kein Wohnsitz bzw. gewöhnlicher

33 Vgl. Kyere 2024.

34 Dies gilt auch für Menschen, die queer und/oder behindert sind.

35 Diese sollte nach einer ausführlichen medizinischen Aufklärung folgende Aspekte des Abbruchs beinhalten: «medikamentös oder operativ; stationär, ambulant oder telemedizinisch; ein- oder zweizeitig» (Doctors for Choice 2023).

Aufenthalt in Deutschland registriert und nach Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörde weitergegeben wird. Solche Barrieren können zu unsicheren Abtreibungen und selbstinduzierten Aborten führen.^[36]

Ein intersektionaler Blick macht deutlich, dass die finanzielle Leistbarkeit des Abbruchs auch rassistisch strukturiert ist, denn rassifizierte Menschen haben ein erhöhtes Armutsrisiko. Für eine rassismussensible Versorgung müssen Finanzierungsmöglichkeiten des Abbruchs auch für Asylsuchende, Geflüchtete und illegalisierte Personen geschaffen und Unterstützung bei der Antragstellung ermöglicht werden. Zu schlechterer Behandlung führende rassistische Stereotype und Diskriminierungen müssen abgebaut werden. Es braucht institutionelle Verantwortungsübernahme für professionelle Sprachmittlung, mehrsprachige Informationen und niedrigschwellige, auch digitale Beratungsmöglichkeiten.

Queerfeindlichkeit

Schwangerschaftsabbrüche werden im öffentlichen Diskurs fast ausschließlich heteronormativ und als «Frauenthema» gerahmt. Der Guttmacher Institute's Abortion Patient Survey von 2023 zeigt jedoch, dass bis zu 16 Prozent der erfassten Personen, die 2021/22 in den USA einen Schwangerschaftsabbruch hatten, sich nicht als heterosexuelle Frauen identifizieren.^[37] In Deutschland bestehen große Wissens- und Forschungslücken zur reproduktiven Gesundheitsversorgung queerer Menschen.^[38] Sie werden selten als Klient*innen eingeordnet, für die Empfängnisverhütung und Schwangerschaft von Bedeutung sein könnten. Werden queere Personen ungewollt schwanger, laufen sie Gefahr, nicht in ihrer sexuellen und/oder geschlechtlichen Identität anerkannt, adressiert und ernstgenommen zu werden. Für trans* und nicht-binäre Personen kann eine (ungewollte) Schwangerschaft zudem Genderdysphorie, ein psychisch stark belastendes Gefühl körperlichen und sozialen Unwohlseins, auslösen oder verstärken und mit Zwangsoutings einhergehen.

Die Annahme, es gäbe nur zwei Geschlechter sowie die Erwartung, dass trans* und inter* Menschen sich entweder dem weiblichen oder dem männlichen Geschlecht zuordnen, führen zu einer hohen Diskriminierungsgefahr. Operationen an inter* und der bis 2011 bestehende Sterilisationszwang für trans* Personen, die ihren Namen und Geschlechtseintrag offiziell ändern lassen wollten, haben dazu beigetragen, dass Schwangerschaften bis heute auch von Ärzt*innen und anderem Fachpersonal kaum als mögliches Ereignis im Leben dieser Personen bedacht und besprochen werden.

36 Vgl. pro familia Bundesverband 2018.

37 Vgl. Chiu, Stoskopf-Ehrlich, und Jones 2023.

38 Eine Ausnahme: Ska Salden und das Netzwerk Queere Schwangerschaften 2022.

Eine US-amerikanische Studie zur Gesundheit von LSBTIQ*, die auch queere Schwangerschaften untersuchte, widerlegt diese Annahme. Von den erfassten Schwangerschaften war über die Hälfte ungewollt.^[39] Viele Befragte zogen unsichere Abbruchmethoden in Betracht, die Methodenwahl war stark eingeschränkt und insgesamt wird deutlich, dass das Gesundheitssystem von trans*, inter* und nicht-binären Personen nicht als sicherer und zugänglicher Ort wahrgenommen wird.^[40] Queerfeindliche Haltungen sowie heteronormative Vorannahmen müssen abgebaut werden. Queere Menschen brauchen in der reproduktiven Gesundheitsversorgung sensible Sprache, Verständnis und selbstreflektierte Umgänge mit Irritationen seitens des Fachpersonals.

Ableismus

Menschen mit Behinderungen kommen in den Debatten zum Schwangerschaftsabbruch kaum vor. Ihnen werden sexuelles Verlangen, Kinderwünsche sowie die Fähigkeit, Eltern zu sein, häufig pauschal abgesprochen. Ihre Elternschaft gilt als nicht gewollt^[41] und die potentielle Vererbung einer Behinderung als unerwünscht. Die weiterhin statistisch auffällig hohe Zahl von Sterilisierungen behinderter Menschen sowie der häufige Einsatz von Langzeitverhütungsmitteln knüpfen an die nicht ausreichend aufgearbeitete, von Zwangssterilisationen und -abbrüchen geprägte, behindertenfeindliche (deutsche) Geschichte an.^[42]

Auch wenn sich anti-ableistische Denkansätze – angestoßen von der Behinderten-Bewegung und den Disability Studies – allmählich etablieren, wird ein Leben mit Behinderung weiterhin überwiegend als leidvoll imaginiert. Dies spielt auch bei Schwangerschaftsabbrüchen eine Rolle: Die meisten vorgeburtlichen Untersuchungen zielen darauf ab, fetale Eigenschaften zu diagnostizieren, für die es keine Behandlungsmöglichkeiten gibt. Im Fall eines auffälligen Befundes stellt sich vor allem die Frage, ob die Schwangerschaft aufgrund des Testergebnisses abgebrochen oder «trotz» des Wissens um den als behindert diagnostizierten Fötus fortgesetzt werden soll. Bei der Trisomie 21 entscheiden sich in Deutschland etwa 90 Prozent der schwangeren Personen für einen Abbruch. Diese Entscheidungen werden unter dem Einfluss gesellschaftlicher Normen getroffen. Gilt die Geburt eines behinderten Kindes als «Problem, das die ehemals schwangere Person hätte verhindern sollen»^[43], beeinflusst dies die Vorstellung von vermeintlich richtigen

39 Vgl. Moseson u. a. 2022.

40 Vgl. Moseson u. a. 2021.

41 Vgl. Zinsmeister 2017.

42 Für einen Überblick der historischen Kontinuitäten der reproduktiven Selbstbestimmung von behinderten Menschen siehe Lindemann 2023.

43 Achtelik 2022, S. 101.

eigenverantwortlichen Entscheidungen schwangerer Menschen sowie von einem guten Leben insgesamt.

Mit der Streichung der *embryopathischen Indikation* im Jahr 1995 verebte die Kritik an der unterschiedlichen Bewertung von Schwangerschaften mit bzw. ohne Pränataldiagnostik-Befund. Erst in den letzten Jahren konnte das Thema im Kontext der Diskussion über die 2021 in Kraft getretene Kassenfinanzierung des Nicht-invasiven Pränataltests (NIPT) auf die Trisomien 13, 18 und 21 nicht länger ignoriert werden. Die AG1 der Kommission schlägt vor, die Möglichkeit in Betracht zu ziehen, «den Schwangerschaftsabbruch bei einem embryo- bzw. fetopathischen Befund wieder als eigenständigen (Erlaubnis-)Tatbestand»^[44] zu regeln.

Eine Wiedereinführung der hart erkämpften Streichung der behindertenfeindlichen *embryopathischen Indikation* kann jedoch nicht die Antwort auf die problematische Praxis selektiver Abbrüche sein. Stattdessen müssen gesellschaftliche Rahmenbedingungen geschaffen werden, die selbstbestimmte Entscheidungen für ein gutes Leben mit Kind für alle Menschen, die Eltern werden wollen, ermöglichen – unabhängig davon, ob dieses Kind mit oder ohne Beeinträchtigung zur Welt kommt.^[45] Zugleich braucht es strukturelle Verbesserungen, damit ungewollt schwangere Menschen mit Behinderungen uneingeschränkt Zugang zu Abtreibungen erhalten. Dazu gehören zugängliche Informationen in Leichter Sprache und/oder mit Vorlesefunktion^[46], Beratungsangebote mit Sprachmittlung, flächendeckend barrierefreie Beratungsstellen sowie barrierearme medikamentöse Abbrüche.

Klassismus

Rechtliche Hürden wie Pflichtberatung, Wartefristen und weite Fahrtwege durch schlechte Versorgungslagen treffen sozioökonomisch benachteiligte Personen besonders schwer. Da Abbrüche nicht als Teil der medizinischen Grundversorgung gelten, müssen die Kosten selbst getragen werden, es sei denn, die monatlichen Einnahmen liegen unter einer bestimmten Einkommensgrenze. Die Beantragung der Kostenübernahme bei der Krankenkasse bedeutet einen zusätzlichen Termin unter dem zeitlichen Druck der gesetzlichen Frist, bei dem mit einer weiteren unbekanntenen Person in einem Abhängigkeitsverhältnis über die ungewollte Schwangerschaft gesprochen werden muss. Wer nicht versichert ist und/oder einen unsicheren Aufenthaltsstatus hat, muss zudem mit enormen Hürden und Unwissenheit des Fachpersonals rechnen. Verdienstauffälle, Fahrten, Übernachtungen oder notwendige Kinderbetreuung müssen in jedem Fall selbst bezahlt werden.

44 «Bericht der Kom-rSF» 2024, S. 28.

45 Vgl. Stüwe 2021.

46 Vgl. ELSA 2024.

Es ist davon auszugehen, dass klassistische Vorurteile zu weniger vollständigen Aufklärungs- und Beratungsgesprächen führen, wodurch informierte Entscheidungen erschwert und die freie Wahl der Methode eingeschränkt werden. Auch eine abwertende individualisierte Verantwortungszuschreibung für den Eintritt der Schwangerschaft aufgrund einer vermeintlich «schlechten» Verhütungspraxis^[47] erleben von Klassismus betroffene ungewollt Schwangere vermutlich besonders häufig. Das Forschungsprojekt MeGySa (Medizinstudierende und Gynäkolog*innen zum Schwangerschaftsabbruch) zeigt, dass die Befragten die Entscheidung für einen Abbruch durch höher gebildete und finanziell gut situierte Personen weniger kritisch beurteilten, während jüngeren, sozial benachteiligten Personen eher Leichtsinnigkeit unterstellt wird.^[48]

Erst die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs führt dazu, dass die Kosten durch die Krankenkassen getragen werden können und damit auch sozioökonomisch benachteiligten Personen der Zugang ermöglicht wird. Der Ausbau telemedizinischer Abbrüche ist ebenfalls elementar für die Verbesserung der Zugänglichkeit. Fachpersonal muss für klassistische Vorurteile sensibilisiert und Menschen ohne Versicherung oder mit unsicherem Aufenthaltsstatus muss der Zugang ohne Angst vor aufenthaltsrechtlichen Konsequenzen gewährt werden.

47 Vgl. Theißl 2021.

48 Vgl. Baier und Behnke 2024.

Empfehlungen zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs: menschenrechtsbasiert, feministisch und intersektional

Mit diesem Policy Paper fordern wir den Gesetzgeber auf, die historische Chance in dieser Legislaturperiode zu ergreifen, das kritische Zeitfenster zu nutzen und jetzt den Schwangerschaftsabbruch aus dem Strafgesetzbuch zu streichen. (Unsere konkreten Handlungsempfehlungen sind am Anfang des Papers zu finden.)

Insgesamt ist eine feministische und intersektionale Aktualisierung des öffentlichen Sprechens über Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nötig: Im Diskurs sollte konsequent auf die Situation marginalisierter Personen(gruppen) hingewiesen werden. Reproduktive Rechte und soziale Gerechtigkeit müssen als Reproduktive Gerechtigkeit für alle Frauen und Menschen, die schwanger werden können, zusammengedacht werden. Die Entkriminalisierung und Entstigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen sowie die diskriminierungssensible Verbesserung der Versorgungslage sind besonders relevant für Menschen, die von Rassismus, Ableismus, Queerfeindlichkeit und/oder Klassismus betroffen sind.

Eine neue Gesetzgebung zum Schwangerschaftsabbruch muss sich an den menschen- und völkerrechtlichen Vorgaben zur reproduktiven Gesundheitsversorgung und zur Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs sowie an den darin enthaltenen Stärkungen der Grundrechteposition und der Selbstbestimmung der schwangeren Personen orientieren. **Die Umsetzung der WHO-Empfehlungen sollte handlungsleitend für eine gesetzliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs sein.** Ergänzend braucht es einen Regelungskatalog zur Entwicklung und Etablierung niedrigschwelliger, diskriminierungssensibler, sozial gerechter und kostenloser Informations-, Beratungs-, Bildungs- und Versorgungsangebote. Dafür schlagen wir die Einrichtung von multiprofessionellen **Zentren für reproduktive Beratung, Bildung und Versorgung vor.** Diese Zentren sollten regelfinanziert die bisherigen Schwangerschaftsberatungsstellen mit all ihren vielfältigen Expertisen (gemäß §2 SchKG) und Netzwerken mit den Angeboten der gynäkologischen bzw. reproduktionsmedizinischen Versorgung an leicht erreichbaren Standorten bundesweit verknüpfen. In diesen Zentren könnten auch die (meisten) weiteren Empfehlungen umgesetzt werden: **Barrieren für vulnerable Bevölkerungsgruppen abbauen** und **Bildungsarbeit ausbauen.** So lässt sich eine intersektionale und an Reproduktiver Gerechtigkeit orientierte Reproduktionspolitik in Deutschland konkret verwirklichen.

Selbstverständlich ist die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs ein unerlässlicher und grundlegender Schritt, um eine weitere Verschlechterung der Versorgungslage zu verhindern, reproduktive Rechte zu schützen und all die notwendigen Verbesserungen auf den Weg zu bringen. Die Streichung des §218 StGB ist die dringliche Minimalforderung, die vom Gesetzgeber unbedingt noch in dieser Legislatur rechtlich umgesetzt werden muss.

Literatur

- Achtelik, K. (2022). Emanzipative Selbstbestimmung? Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik im Spannungsfeld zwischen Individualismus und Gesellschaftskritik. In *Politiken der Reproduktion Umkämpfte Forschungsperspektiven und Praxisfelder* (S. 101–112). transcript Verlag.
- AfD Landesverband Brandenburg (2024). ES IST ZEIT für eine andere Politik. Regierungsprogramm für Brandenburg der Alternative für Deutschland für die Landtagswahl 2024.
- AfD Sachsen (2024). Wahlprogramm der AfD Sachsen für die Landtagswahl Sachsen 2024 Damit Sachsen Heimat bleibt.
- Baier, A., & Behnke, A.-L. (2024). Barriers to abortion provision: A qualitative study among medical students and gynecologists in Berlin, Germany. *Contraception*, 130, 110325. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110325>
- Bericht der Kom-rSF. (2024). Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin. www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kom-rSF/Abschlussbericht_Kom-rSF.pdf
- Blum, R. (2023). Nicht nur eine Gegenbewegung – Grundlegende Überzeugungen zu einem differenzierten Verständnis von Antifeminismus. *Antifeminismen und Feminismen der Migrationsgesellschaft*, 18–22.
- BMZ (2023). Körperliche Selbstbestimmung und reproduktive Gesundheit. www.bmz.de/de/themen/koerperliche-selbstbestimmung-und-reproduktive-gesundheit (Stand 16.09.2024).
- Bredler, E. M., & Chiofalo, V. (2023). Für eine Zeitenwende im Abtreibungsrecht. *Verfassungsblog*. <https://doi.org/10.17176/20230208-233145-0>
- Brünig, L. (2020). Schwangerschaftsabbruch zwischen Biopolitik und Selbstbestimmung – Eine feministisch-diskursanalytische Perspektive auf die parlamentarischen Debatten zur Änderung des §219a Strafgesetzbuch. *FEMINA POLITICA – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft*, 29 (2-2020), 50–62. <https://doi.org/10.3224/feminapolitica.v29i2.05>
- Butler, J. (2024). Who's afraid of gender? Farrar, Straus and Giroux.
- Cara – Beratungsstelle zu Schwangerschaft und Pränataldiagnostik (2023). Anmerkung zu späten Schwangerschaftsabbrüchen § 218a Abs. 2. https://event.ptj.de/lw_resource/datapool/systemfiles/elements/files/07E4C71454822DAAE0637E695E86D759/current/document/Cara_Stellungnahme_%C3%9Cberarbeitet.pdf
- Center for Reproductive Rights (2024). Polish Government Has a Momentous Opportunity to End Reproductive Rights Violations and Protect Women's Health During Pregnancy. <https://reproductiverights.org/polish-government-opportunity-end-reproductive-rights-violations-protect-womens-health>
- Chiu, D. W., Stoskopf-Ehrlich, E., & Jones, R. K. (2023). As many as 16% of People Having Abortions Do Not Identify As Heterosexual Women. Guttmacher Institute. www.guttmacher.org/2023/06/many-16-people-having-abortions-do-not-identify-heterosexual-women (Stand 20.09.2024).

- djb (2022). Policy Paper – Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch. Deutscher Juristinnenbund e.V. www.djb.de/presse/stellungnahmen/detail/st22-26 (Stand 20.09.2024).
- Doctors for Choice Germany (2023). Stellungnahme von Doctors for Choice Germany e.V. für eine gesetzliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs.
- ELSA – Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung (2024). Fact Sheet. Ausgewählte Ergebnisse aus dem ELSA-Forschungsprojekt. http://docs.dpaq.de/19810-fact_sheets_gesamt_april_2024.pdf
- European Abortion Policies Atlas (2021): European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (EPF) and International Planned Parenthood Federation European Network (IPPF EN) (2021). www.epfweb.org/sites/default/files/2021-09/ABORT%20Atlas_EN%202021-v10.pdf (Stand 16.09.2024).
- pro familia Bundesverband (2018): Forschung zu Schwangerschaft und Flucht – Aktuelle Befunde und Forschungslücken.
- Fuentes (2023). Inequity in US Abortion Rights and Access: The End of Roe Is Deepening Existing Divides | Guttmacher Institute. www.guttmacher.org/2023/01/inequity-us-abortion-rights-and-access-end-roe-deepening-existing-divides (Stand 20.09.2024).
- Hecht, P. (2024). Umfrage zu Abtreibungen in Deutschland: Große Mehrheit für Legalisierung. *Die Tageszeitung: taz*. <https://taz.de/!6004352> (Stand 20.09.2024).
- Kelly, N. A. (Hrsg.)(2022). Schwarzer Feminismus: Grundlagentexte (2., aktualisierte Auflage). UNRAST.
- Koalitionsvertrag (2021). Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP): Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1 (Stand:20.09.2024)
- Kyere, A. (2024). Rassismus im Gesundheitswesen. Eine Expertise zur Auseinandersetzung mit Rassismus im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen. Expertise #4/ 2024 der Dialogwerkstatt Schwangerschaftsabbruch.
- Lange, K. (2023). Dossier 1/2023: Selbstbestimmung unter Druck? Das Recht auf Schwangerschaftsabbruch in Europa. <https://beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/db7940a728.pdf>
- Lindemann, J. (2023). Zwang und Fremdbestimmung – Historische Kontinuitäten der reproduktiven Selbstbestimmung von behinderten Menschen. *Gen-ethischer Informationsdienst*, 266, 14–16.
- Lux, J., & Lange, K. (2024). Themenblatt 2: Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. <https://beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de/f/4dd30bd0eb.pdf>
- Molter, Lux, J., Lange, K., & Sprang, F. (2023). Regelungen und Versorgungslagen des Schwangerschaftsabbruchs im Ländervergleich. Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Schweden und Spanien. Arbeitspapier Nr. 25 der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa. Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa.

- Moseson, H., Fix, L., Gerds, C., Ragosta, S., Hastings, J., Stoeffler, A., Goldberg, E. A., Lunn, M. R., Flentje, A., Capriotti, M. R., Lubensky, M. E., & Obedin-Maliver, J. (2022). Abortion attempts without clinical supervision among transgender, nonbinary and gender-expansive people in the United States. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 48(e1), e22–e30. <https://doi.org/10.1136/bmj-srh-2020-200966>
- Moseson, H., Fix, L., Hastings, J., Stoeffler, A., Lunn, M. R., Flentje, A., Lubensky, M. E., Capriotti, M. R., Ragosta, S., Forsberg, H., & Obedin-Maliver, J. (2021). Pregnancy intentions and outcomes among transgender, nonbinary, and gender-expansive people assigned female or intersex at birth in the United States: Results from a national, quantitative survey. *International Journal of Transgender Health*, 22(1-2), 30–41. <https://doi.org/10.1080/26895269.2020.1841058>
- Müller-Elm, M., & Bredler, E. M. (2024). Reproductive Backsliding. *Verfassungsblog*. <https://doi.org/10.59704/99dbc6b5ef8ea033>
- Prätorius, R. (2008). Entkriminalisierung und alternative Sanktionen. In M. Gasch & H.-J. Lange (Hrsg.), *Kriminalpolitik* (1. Aufl., S. 325–342). VS Verl. für Sozialwissenschaften.
- Reuters (2024). Italy passes contested plan to «support motherhood» in abortion clinics. www.reuters.com/world/europe/italy-passes-contested-plan-support-motherhood-abortion-clinics-2024-04-23 (Stand 16.09.2024).
- Salden, S., N. queere S. (2022). Queer und schwanger. Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung (S. 24) [Policy-Paper]. Heinrich-Böll-Stiftung.
- Schutzbach, F. (2020). Politiken der Generativität: Reproduktive Gesundheit, Bevölkerung und Geschlecht. Das Beispiel der Weltgesundheitsorganisation. transcript.
- Statistisches Bundesamt (2024). *Schwangerschaftsabbrüche*. Statistisches Bundesamt. www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/_inhalt.html
- Stüwe, T. (2021). Pränataldiagnostik. In *Handbuch: Feministische Perspektiven auf Elternschaft* (S. 297–312).
- Theißl, B. (2021). Klassenkampf im Uterus. www.gwi-boell.de/de/2021/05/06/klassenkampf-im-uterus#
- Zinsmeister, J. (2017). Behinderungen reproduktiver Freiheit und Gesundheit. *djbZ Zeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes*, 1/2017.

Die Autor*innen

Lisa Brünig ist wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Ethik, Geschichte und Philosophie der Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover. Sie promoviert am Institut für Diversitätsforschung an der Georg-August-Universität Göttingen zu politischen Kämpfen rund um das Recht auf und den Zugang zu Abtreibung im Kontext reproduktiver Gerechtigkeit. Brünig ist freiberuflich als politische Bildnerin zu den Themen Antifeminismus, Verschwörungserzählungen und Intersektionalität tätig. **E** lisa.bruenig@uni-goettingen.de

Taleo Stüwe ist Humanmediziner und arbeitet derzeit als Assistenzarzt im Familienplanungszentrum BALANCE in Berlin. Er ist Teil des Fortbildungskollektivs Queer*sensible Geburtshilfe, Mitglied bei Doctors for Choice und aktiv in der AG Reproduktive Gerechtigkeit. Stüwe promoviert zur ärztlichen Beratung zu Pränataldiagnostik, gibt Workshops und hält Vorträge (u.a. zu den Themen Reproduktionstechnologien, queere* Kinderwünsche & Elternschaft sowie Reproduktive Gerechtigkeit). **E** stuewe@fpz-berlin.de

Susanne Weise ist Schwangerschaftskonfliktberater*in, Sozialarbeiter*in (Dipl.) sowie Geschlechterforscher*in (M.A.) und macht Bildungsarbeit zu Themen wie Schwangerschaftsabbruch, Reproduktive Gerechtigkeit, Beratung, Vielfaltsorientierung und Antifeminismus. **E** kontakt@weise-bildung-vielfalt.de

*Die Autor*innen bedanken sich herzlich bei Amina Nolte für die wichtige Unterstützung, Beratung und Begleitung sowie beim PRiNa-Netzwerk.*

Impressum

Herausgeberin: Heinrich-Böll-Stiftung e.V., Schumannstraße 8, 10117 Berlin und PRiNa – Politiken der Reproduktion, Gießen (www.uni-giessen.de/de/fbz/zentren/ggs/prina)
Fachkontakt: Amina Nolte, Gunda-Werner-Institut **E** nolte@boell.de
Redaktionelle Verantwortung: Amina Nolte

Erscheinungsort: www.boell.de

Erscheinungsdatum: September 2024

Covermotiv: © Stock Illustrations Ltd – Alamy Stock Photo

Lizenz: Creative Commons (CC BY-NC-ND 4.0)

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0>

Die vorliegende Publikation spiegelt nicht notwendigerweise die Meinung der Heinrich-Böll-Stiftung wider. Die Publikationen der Heinrich-Böll-Stiftung dürfen nicht zu Wahlkampfzwecken verwendet werden.

Weitere E-Books zum Downloaden unter: www.boell.de/publikationen