

Handlungsbedarfe bei Schwangerschaftskonflikten

Eine Expertise im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche
Aufklärung

Erstellt von:

Prof. Dr. Ulrike Busch

Unter Mitarbeit von:

Dipl.-Soz.-Päd. Kathrin Gebhardt

Prof. Dr. Konrad Weller

Hochschule Merseburg (FH)
An-Institut Sexualpädagogisches Zentrum

Merseburg, Juli 2009

Inhalt

1.	<i>Ausgangslage und Leitfragen</i>	3
2.	<i>Methodik und Vorgehensweise</i>	6
3.	<i>Darstellung der Ergebnisse</i>	8
3.1	Statistische Befunde.....	8
3.1.1	Geburten vs. Schwangerschaftsabbrüche	8
3.1.2	Altersspezifische Aspekte	11
3.1.3	Folgerungen und offene Fragen.....	15
3.2	Landesberichte zur Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch	17
3.2.1	Ergebnisse	17
3.2.2	Folgerungen.....	22
3.3	Expertinneninterviews und Fachgespräche.....	24
3.3.1	Gesellschaftliche Veränderungen und Lebenskonzepte	24
3.3.2	Sozialer Kontext und Familienplanung	27
3.3.3	Weltanschauliche Werte, kulturelle Traditionen	29
3.3.4	Der „richtige Zeitpunkt“ und die Bewertung der Schwangerschaft	32
3.3.5	Die Rolle des Partners	35
3.3.6	Körperwissen, Verhütungskompetenz, Verhütungsverhalten.....	38
3.3.7	Die Rolle von Ärztinnen, Ärzten und Beraterinnen	41
3.3.8	Hilfebedarfe.....	44
3.4	Auswertung der Verbändegespräche	48
4.	<i>Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse</i>	50
5.	<i>Schlussfolgerungen und Forschungsbedarfe</i>	52
	<i>Anhang</i>	57
A)	Literatur	58
B)	Literaturrecherche	61
C)	Auswertung Anfrage Berichtswesen der Bundesländer	67
1.	Die Erfassung und Auswertung in den Bundesländern	67
2.	Allgemeine Ergebnisse.....	68
3.	Folgerungen.....	71

1. Ausgangslage und Leitfragen

Mehr als 15 Jahre liegt die gesetzliche Neuregelung zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland zurück. Mit der deutschen Einheit trafen nicht nur unterschiedliche rechtliche Ausgestaltungen in dieser Frage aufeinander, sondern ebenso unterschiedliche Lebens- und Selbstverständnisse zur Rolle von Frauen und Männern in Familie, Gesellschaft und Beruf, unterschiedliche Werte und Normen in den vielfältigen Facetten gelebten Lebens, auch von Kinderwunsch, Familienplanung und Schwangerschaftsabbruch, sowie unterschiedliche reproduktive Kulturen¹. In den vergangenen fast zwei Jahrzehnten haben sich in den neuen Bundesländern gravierende Transformationsprozesse vollzogen. Auch in den alten Bundesländern haben sich gesellschaftliche Rahmenbedingungen, soziale Werte und Rollenverständnisse von Frauen und Männern verändert. Generative Verhaltensaspekte wie das weiterhin gestiegene Erstgeburts- und Ersttheiratsalter, weiterhin sinkende Geburtenraten, Diskrepanzen zwischen gewünschter und realisierter Kinderzahl etc. sind ein Indiz für sich wandelnde Rollenbilder und deren Lebbarkeit: Der spezifische Widerstreit von Chancen und Grenzen moderner Selbstverständnisse von Lebensplanung beeinflusst Kinderwunsch und Familienplanung.

Statistische Daten der vergangenen Jahre verweisen auf sinkende Raten des Schwangerschaftsabbruchs. Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche je 10 000 Frauen im Alter von 15 bis unter 45 Jahren lag 1996 bei 76 und 2007 bei 71 Abbrüchen pro Jahr. Auffallend sind deutliche regionale Unterschiede, so zwischen alten und neuen Bundesländern, aber auch im Vergleich von Stadtstaaten und ländlichen Regionen oder nördlichen und südlichen Bundesländern. Auffallend ist ebenfalls eine offensichtlich in allen Regionen hohe Repräsentanz der Frauen zwischen 20 und 30 Jahren an der Gesamtzahl der Schwangerschaftsabbrüche. 1996 hatten 36,5 Prozent der Frauen, die sich gegen eine Fortsetzung der Schwangerschaft entschieden, noch keine Kinder geboren. 2007 betrug dieser Anteil 41,0 Prozent.² Die Entwicklung der Geburtenraten bildet sich demgegenüber nicht so deutlich ab. Setzt man Geburten- und Abbruchraten zueinander ins Verhältnis, so zeigt sich die geringste Neigung für das Austragen einer Schwangerschaft in der Altersgruppe der unter 18-Jährigen, die höchste Neigung in den Altersgruppen der 25- bis 35-Jährigen.

Konkretere Aussagen über das Entscheidungsverhalten von Frauen und Paaren im Falle einer Schwangerschaft, in Sonderheit einer ungeplanten oder ungewollten, seiner Veränderung in den letzten Jahren, über objektive und subjektive, individuelle und soziale, persönliche und partnerschaftliche Einflussfaktoren und Bedingungskonstellationen sowie entsprechende Hilfebedarfe sind auf dieser Datengrundlage nicht zu treffen. Zwar gibt es inzwischen aktuelle Studien zu Teenagerschwangerschaften, ihren Hintergründen und Entscheidungszusammenhängen sowie zu Hilfeangeboten.³ Folgerungen über die Situation erwachsener Frauen oder Paare generell oder andere spezifisch relevante Altersgruppen unter ihnen

¹ Helfferich et al. 2001, insbes. S. 365 ff.

² Statistisches Bundesamt 2008

³ Matthiesen et al. 2009; Häußler-Sczepan et al. 2004; Häußler-Sczepan et al. 2007

(z.B. von Frauen zwischen 25 und 35) können aber hieraus nicht geschlossen werden.

Das Thema Kinderwunsch ist in den letzten Jahren deutlich in den Fokus sozialwissenschaftlicher Forschung getreten.⁴ Das politische Interesse an diesem Thema aufgrund der nachhaltigen demografischen Entwicklungen in Deutschland hat dazu seinen Beitrag geleistet. Es zeigt sich, dass soziale Rahmenbedingungen für ein kalkulierbar gutes Leben mit Kindern eine zentrale Rolle für die Realisierung von Kinderwünschen spielen. Ein Zusammenhang mit Hintergründen von als ungewollt erlebten Schwangerschaften, Einflussfaktoren auf das Entscheidungsverhalten von Frauen und Paaren sowie Motiven für den Schwangerschaftsabbruch wird nicht hergestellt. Auffällig ist ein Fehlen aktueller Forschungen und Publikationen zum Thema ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch.

Die vorliegende Literatur bzw. Studien sind in der Regel etwa 20 Jahre alt und älter. Sie stammen zum Teil aus der Zeit der Auseinandersetzungen in der Bundesrepublik Deutschland der 80er Jahre oder der Diskurse zu einer rechtlichen Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs in den frühen 90er Jahren nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten. Die Studie „frauen leben“ als jüngste repräsentative Studie zum reproduktiven Verhalten von Frauen erhob ihre Daten 1998 und verarbeitet lebenslaufspezifische Angaben von damals 20- bis 44jährigen Frauen auch zu ungeplanter, ungewollter oder unerwünschter Schwangerschaft und zum Schwangerschaftsabbruch.⁵ So wurden z. B. die besondere Bedeutung solcher Faktoren wie der antizipierten Verschlechterung der Lebensumstände durch ein (weiteres) Kind, der Haltung des Partners und der Stabilität der Partnerschaft oder die grundsätzliche Einstellung zum Abbruch, sein Erleben und seine Verarbeitung herausgearbeitet.

Ob und inwiefern diese Faktoren heutiges Entscheidungsverhalten nach wie vor beeinflussen oder regionale, altersmäßige und soziale Unterschiede begründen, welche Aspekte deutlicher hervortreten oder kaum noch relevant sind und welche Schlussfolgerungen daraus gesundheits-, frauen-, familien-, sozial- und arbeitspolitisch zu ziehen sind, kann auf der derzeitigen Datengrundlage nicht beantwortet werden. Das hat Auswirkungen auf konzeptionelle Schlüsse zu Hilfeangeboten und Präventionsstrategien. Aussagen über gegenwärtige Entwicklungstendenzen und ihre Hintergründe bedürfen der Überprüfung und Aktualisierung.

Die vorliegende Expertise soll prüfen, ob und inwiefern weiterführende Forschungen zu ungewollter Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt erforderlich sind. In Auswertung statistischer Materials, vorliegender Literatur und unter Einbeziehung von Expertengesprächen mit Beraterinnen und Beratern, Ärztinnen und Ärzten sowie Vertreterinnen und Vertreter relevanter Verbände sollen dazu folgende Leitfragen in den Mittelpunkt gestellt werden:

⁴ Siehe u.a.: Schlenzka 2006; Institut für Demoskopie Allensbach 2004; Bien, Marbach 2008; Birg et al. 2007; Schriftenreihe Demografische Forschung. Aus Erster Hand.

⁵ Siehe u.a. Holzhauser 1989; Häußler-Sczapan 1989; Petersen 1996; Jütte 1993; Meyer et al 1990; Knopf et al. 1995; Helfferich et al. 2001

- Haben sich verändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen einen Einfluss auf den Entstehung von und Entscheidung bei ungeplanten Schwangerschaften und, wenn ja, inwiefern?
- Welchen Einfluss haben kulturelle Traditionen (Ost-West, Menschen mit Migrationshintergrund), weltanschauliche Werte (religiöse oder andere weltanschauliche Einstellungen) und öffentliche Diskurse, und welche Veränderungen sind hier hervorhebenswert?
- Beeinflussen reale oder antizipierte soziale Lebens- und Arbeitsbedingungen das Entscheidungsverhalten und, wenn ja, inwiefern? Welche Bevölkerungsgruppen betrifft dies besonders (Alleinerziehende, Akademikerinnen, ALG-II-Empfängerinnen, Frauen in prekären Beschäftigungsverhältnissen, Frauen mit Migrationshintergrund)? Wie bedeutsam ist der Bildungs- und Sozialstatus der Frauen und Paare für ihr Entscheidungsverhalten?
- Welche Rolle spielen partnerschaftliche und familiäre Konzepte und Situationen im Entscheidungsgeschehen? Was hat sich diesbezüglich verändert? Wie beeinflussen insbesondere auch die Präsenz, Lebenssituation und Haltungen der Partner das Erleben einer Schwangerschaft als ungewollt bzw. das Entscheidungsverhalten der Frau?
- Gibt es hervorhebenswerte Besonderheiten zwischen den Altersgruppen? Welche Aspekte sind insbesondere für Frauen zwischen 25 und 35 Jahren bedeutsam? Gibt es diesbezüglich Differenzierungen unter sozialen, bildungsmäßigen oder kulturellen Aspekten?
- Welche Handlungsbedarfe und Hilfeangebote halten Expertinnen und Experten für besonders wichtig und ausbaubedürftig? Welche Rolle spielen verschiedene Hilfeangebote, Beraterinnen sowie Ärztinnen und Ärzte in diesem Kontext?

Wichtiger konzeptioneller und methodischer Aspekt ist: Das Thema Schwangerschaftsabbruch kann nicht isoliert betrachtet werden. Familienplanung ist Lebensplanung. Die zunehmende Komplexität und Flexibilität von Lebens- und Arbeitswelten lässt mithin auch eine weitere „Verkomplizierung der Familienplanung“⁶ erwarten, so individuell jeweils die Entscheidungen sind. Jede Schwangerschaft hat ihre konflikthaftern Anteile, ist mit Entscheidung und Vergewisserung über diese Entscheidung verbunden, das gilt erst recht für die ungeplante und ungewollte Schwangerschaft.

⁶ Helfferich et al. 2001

2. Methodik und Vorgehensweise

Die Expertise basiert auf verschiedenen methodischen Zugängen. Sowohl statistisches Material, vorliegende Literatur als auch eigene qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten sowie Fachgespräche bilden die Grundlage für die Analyse. Dies sind im Einzelnen:

- Aufarbeitung der Befunde des statistischen Bundesamtes

Das Statistische Bundesamt erfasst relevante Daten zur Bevölkerungsentwicklung inklusive zu Geburtenraten unter regionalen und altersmäßigen Aspekten. Seit 1996 werden auch die Schwangerschaftsabbrüche erfasst. Aussagen zu regionalen Aspekten, zu Altersdifferenzierungen, bisherigen Schwangerschaften, Dauer der Schwangerschaft etc. sind möglich. Diese Daten werden für die Expertise in einem Zeitfenster von 2000 bis 2008 ausgewertet.

- Sichtung und Auswertung der Landesberichte zur Beratung nach § 10 SchKG

Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) sind die Beratungsstellen verpflichtet, über wesentliche Inhalte der Beratung und Hilfeangebote in anonymisierter Form an die zuständigen Behörden Bericht zu geben. Diese Berichte werden durch die Landesministerien in unterschiedlicher Form angefordert und ausgewertet. Teilweise liegen Landesberichte vor. In der Expertise wird geprüft, welche Aussagen sich ausgehend von diesen Berichten treffen lassen.

- Auswertung relevanter Fachliteratur und Studien

Zwar ist die Literatur- und Studiengrundlage, wie bereits geschildert, eher defizitär. Vorliegende Literatur soll allerdings unter dem Aspekt unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen (sozial, psychische, ethische, rechtliche, demografische, politische Aspekte) zusammengetragen und z. T. vorgestellt und bewertet werden.

- Durchführung und Auswertung von Interviews mit Expertinnen und Experten sowie von Fachgesprächen

Mittelpunkt der Expertise bilden Interviews mit Expertinnen und Experten aus dem beraterischen und medizinischen Bereich. Es wurden fünf Beraterinnen unterschiedlicher Trägerschaft (pro familia, Diakonie, AWO, DRK, donum vitae) und Region (Nord, Süd, Ost, West, Ballungsgebiet, ländlicher Raum) sowie drei Ärztinnen (zwei in privater Praxis, selbst operierend und eine im Krankenhaus) ebenfalls unterschiedlicher Region (Ost-West, Großstadt) befragt. Den Interviews lagen halbstandardisierte Interviewleitfäden zugrunde, modifiziert nach Interviews mit Beraterinnen und Ärztinnen. In offenen Fragekomplexen war es möglich, persönliche Sichtweisen und Erfahrungen zu schildern.

Die Interviews wurden weitgehend anonymisiert⁷ und wörtlich transkribiert. Über qualitative Analysen sollten relevante Themen, Tendenzen und vermutete Hintergründe exploriert werden.

Ergänzt wurden diese Interviews durch Fachgespräche. Ein Fachgespräch fand mit dem interdisziplinären Team einer pro-familia-Beratungsstelle einer Großstadt statt und bezieht dadurch die Einschätzung und Sichtweisen unterschiedlicher Professionen und von Mitarbeiterinnen unterschiedlicher nationaler Herkunft mit ein.

Drei Fachgespräche wurden als Einzelgespräche mit Vertreterinnen und Vertretern relevanter Ärzteverbände durchgeführt (Verband der Frauenärzte, Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie). Damit sollte auch der gesundheits- und fachpolitische Blick der Fachgesellschaften auf das Thema in die Untersuchung einbezogen werden.

Ein weiteres Fachgespräch in Form einer Zwischenauswertung der bereits vorliegenden Ergebnisse fand mit den Fachreferentinnen der Träger von Schwangerschaftsberatungsstellen im Rahmen der BAGFW (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege) und jeweils hinzugezogenen Praktikerinnen statt. Die Folgerungen oder Hervorhebungen dieser Expertinnen werden jeweils besonders kenntlich gemacht.

Dieses mehrstufige methodische Herangehen ermöglicht eine vielseitige Diskussion der Leitfragen und die Ableitung von Empfehlungen für die weitere Arbeit zu diesem Thema. Aufgrund des großen Umfangs des dokumentierten Materials ist es nicht möglich, in dieser Expertise bereits alle Aspekte angemessen auszuwerten. Die wichtigsten Protokolle und Unterauswertungen sind bei der Autorin einsehbar.

⁷ Sowohl der Name als auch die Trägerschaft wurden in den Protokollen nicht notiert. Es kann sich aber ein Hinweis auf die konkrete Beratungsstelle/Praxis und ggf. auf die Beraterin aus der solitären Situation der Einrichtung oder den Praxen ergeben. Die Interviewpartnerinnen haben dies akzeptiert.

3. Darstellung der Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an den dargestellten methodischen Zugängen der Expertise. Auf eine Auswertung der Fachliteratur wird aufgrund der defizitären Quellenlage und aus Gründen der Konzentration der Ausführungen verzichtet. Bestimmte Publikationen werden im Text explizit mit herangezogen. Eine tabellarische, nach wissenschaftlichen Disziplinen gegliederte Gesamtübersicht über die ausgewertete Fachliteratur findet sich im Anhang der Expertise.

3.1 Statistische Befunde⁸

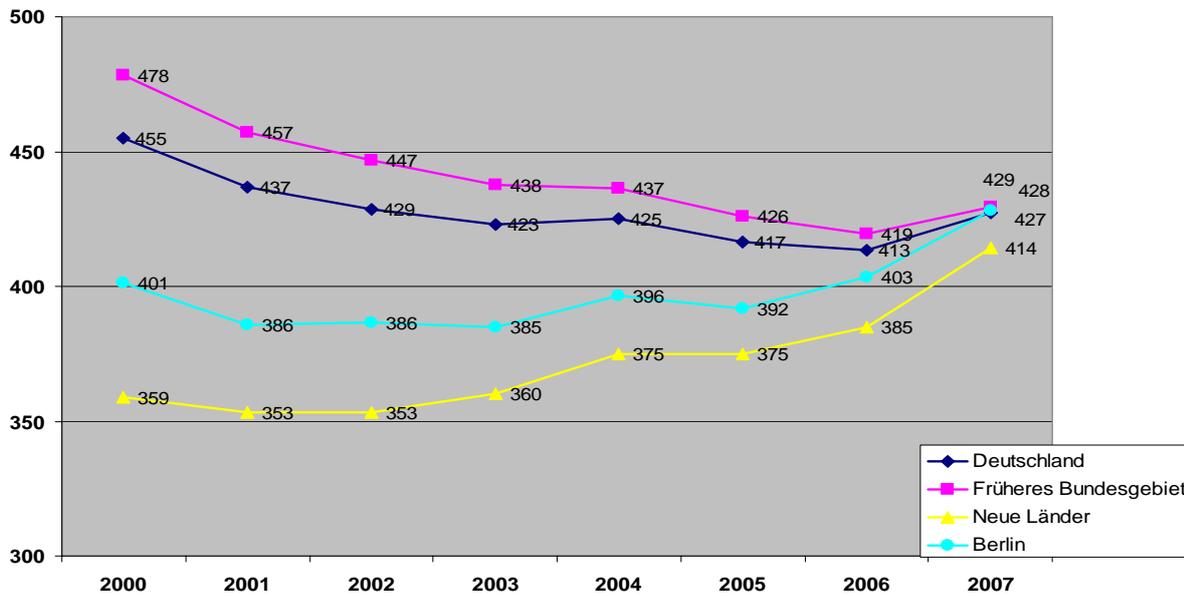
Jede Schwangerschaft verlangt der Frau bzw. dem Paar eine Entscheidung ab, auch die gewollte. Sobald es um Entscheidungsaspekte bei ungewollter Schwangerschaft, mithin auch um die Option der Entscheidung für das Abbrechen einer Schwangerschaft geht, ist deshalb auch immer die Frage nach den Entscheidungsverläufen bei ausgetragenen Schwangerschaften mit im Fokus. Daher ist es unabdingbar, auch die statistische Betrachtung auf die Analyse der Daten nicht nur der Abbrüche, sondern auch der Geburten zu richten. Sowohl Geburten als auch Schwangerschaftsabbrüche werden in Deutschland detailliert statistisch erfasst. Bereits vorausgegangene Untersuchungen verweisen auf starke regionale Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern, insbesondere zwischen den alten und den neuen Bundesländern, aber auch zwischen wirtschaftlich starken und schwachen sowie ländlichen und großstädtischen Regionen. Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf den Zeitraum seit dem Jahr 2000.

3.1.1 Geburten vs. Schwangerschaftsabbrüche

Nach wie vor scheint es in Deutschland eher eine soziale Norm zu sein, wenige oder ggf. auch keine Kinder zu haben. Die **Geburtenraten von Frauen im fertilen Alter** sowohl in ganz Deutschland als auch in den alten Bundesländern bewegen sich nach wie vor auf geringem Niveau. Sie sind mit Ausnahme der neuen Bundesländer eher sogar weiter leicht gesunken. Ob die geringfügige Aufwärtsentwicklung von 2006 zu 2007 eine Trendumkehr darstellt, möglicherweise sogar infolge der Einführung des Elterngeldes, kann bezweifelt werden⁹. Eine derartige Feststellung setzt die Betrachtung längerer Zeiträume voraus, sie ist so kurzfristig nicht möglich. Zudem ist eine Zunahme um 14 Lebendgeburten innerhalb eines Jahres, bezogen auf die Gesamtzahl der Lebendgeburten von 10.000 Frauen der

⁸ Ein herzliches Dankeschön für die konstruktive Zusammenarbeit mit und Unterstützung durch Frau Dr. Laue, Statistisches Bundesamt.

⁹ Die Studie „Kleine Erfolge“ des Berliner Institutes für Bevölkerung und Entwicklung aus dem Jahr 2009 wagt diesbezüglich erste Interpretationen, konstatiert aber eher einen „ernüchternd geringen Effekt“, <http://www.berlininstitut.org/weitere-veroeffentlichungen/kleine-erfolge.html>



Altersgruppe 15 bis 45 Jahre in Deutschland, eine statistisch sehr kleine Zahl, die mithin anfällig für auch zufällige Veränderungen ist.

Abbildung 1: Lebendgeborene je 10.000 Frauen der Altersgruppe von 15 bis 45 Jahren, 2000 – 2007.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

Interessant ist, dass die Geburtenraten in den neuen Bundesländern das deutliche Tief nach der Wende überwunden haben und sich zunehmend den Raten in den alten Bundesländern angleichen. Gerade hier zeigt sich, dass der markante Sprung der Geburtenrate von 2006 auf 2007 eher nicht auf die Einführung des Elterngeldes zurückzuführen ist, kann man doch davon ausgehen, dass in den neuen Bundesländern die Höhe des ausgezahlten Elterngeldes deutlich geringer ist als in den alten Bundesländern. Die Entscheidung für Kinder scheint mithin auch aus dieser Perspektive ein deutlich komplexeres Phänomen zu sein.

Obwohl es so wirken mag, ist die Entwicklung der **Schwangerschaftsabbrüche** nicht als „andere Seite der Medaille“ zu werten. Deutschlandweit ist ein leichter Abwärtstrend zu verzeichnen. Allerdings sollte auch hier das Minus von 9 Abbrüchen je 10.000 Frauen der Altersgruppe von 15 bis 45 Jahre nicht überbewertet werden. Auch ein Blick auf die Entwicklung seit 1996 (Abbruchrate von 76 je 10.000 Frauen der Altersgruppe und z. T. steigend) bestätigt dies. In den neuen Bundesländern ist die Abbruchrate sogar relativ stabil geblieben. Da sich die Geburtenraten nicht erhöht haben, kann auch dies als Indiz dafür gewertet werden, dass kein linearer Zusammenhang zwischen sinkender Abbruchrate und zunehmenden Entscheidungen für das Austragen eines Kindes hergestellt werden kann. Auch bezüglich der sinkenden Abbruchraten erweist sich der Zeitraum für Interpretationen als deutlich zu gering, und die Kenntnis weiterer Zusammenhänge scheint ob der

Komplexität von Entscheidungsverläufen dringend erforderlich. Sie können aus dieser Statistik nicht gefolgert werden.

STATISTIS
wissen. nutzen.

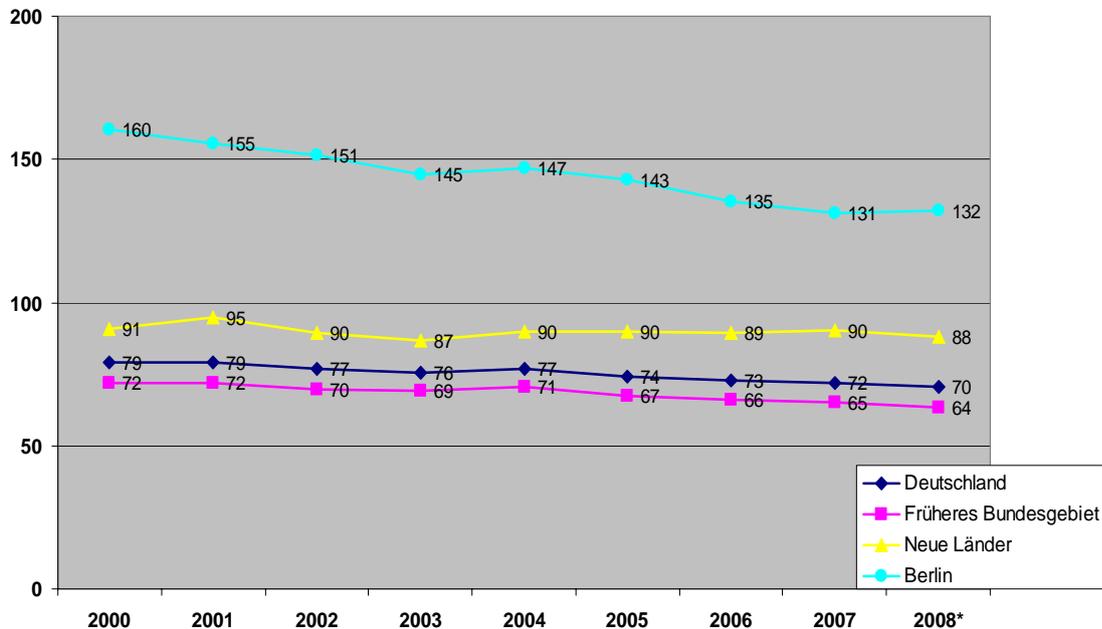


Abbildung 2: Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 Frauen der Altersgruppe 15 bis 45 Jahre, 2000 – 2008.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009.

Setzt man die Zahl der **Schwangerschaftsabbrüche in Relation zur Zahl der Lebendgeburten**, so zeigt sich, dass sich Frauen tendenziell etwas eher für das Austragen der Schwangerschaft entscheiden, allerdings bei stabil niedriger Geburtenrate. Dies stützt nochmals den Gedanken, dass das Sinken der Abbruchrate eher auf besseres Verhütungsverhalten und/oder einen generell gesunkenen Kinderwunsch zurückgeführt werden kann als auf ein geändertes Entscheidungsverhalten.

Die Befunde sind am markantesten sichtbar in Berlin und den neuen Bundesländern. Einerseits war hier das Ausgangsniveau deutlich höher. Gründe werden in der besonderen Bevölkerungsstruktur in Großstädten, aber auch in der spezifischen reproduktiven Kultur im Osten Deutschlands vermutet. Andererseits scheint sich hier am ehesten die wachsende Neigung zum Austragen eines Kindes zu zeigen. Eine Verifizierung bedarf der Ergänzung durch weiterführende Untersuchungen.

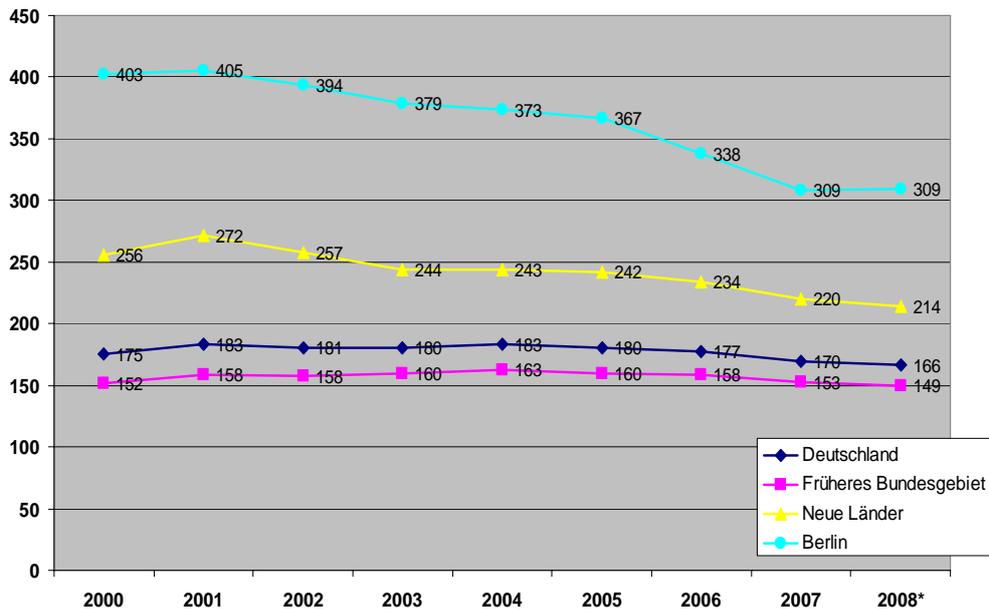


Abbildung 3: Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Lebendgeborene von Frauen der Altersgruppe 15 bis 45 Jahre. 2000 – 2008.
Quelle: Statistisches Bundesamt 2009

3.1.2 Altersspezifische Aspekte

Während Teenagerschwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche bei Teenagern inzwischen recht gut erforscht sind¹⁰, stellt sich die Frage nach der besonderen Betrachtung der Altersgruppe der 25- bis 30-jährigen Frauen, die heute die eigentlich zentrale Altersgruppe für die Umsetzung des Kinderwunsches darstellt. Wichtig in diesem Kontext ist: Das Erstgeburtsalter hat sich weiterhin erhöht und liegt nunmehr bei fast 29 Jahren bei ledigen und bei 30 Jahren bei verheirateten Frauen. Die Tendenz der Polarisierung im Entscheidungsverhalten zur Familiengründung (Teenagerschwangerschaften vs. biografischer Aufschub von Mutterschaft) setzt sich zweifelsohne fort. Kulturelle und soziale Differenzierungen prägen diese Entwicklungen maßgeblich¹¹. Was zeigt sich vor diesem Hintergrund in der detaillierteren altersspezifischen Betrachtung der Geburten und Abbrüche?

¹⁰ Mathiesen et al. 2009

¹¹ Vgl. auch Weller 2000.

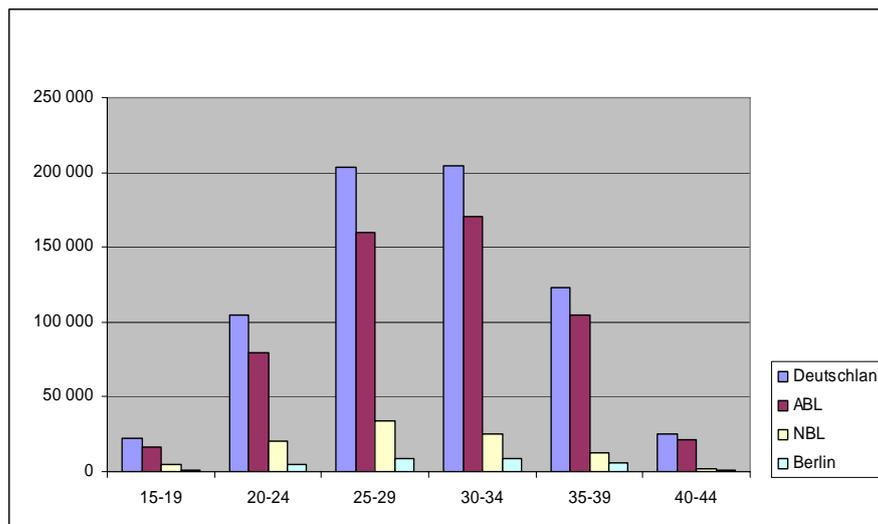


Abbildung 4: Lebendgeburten in Deutschland lebender Frauen nach Altersgruppen, absolute Zahlen. 2007.

Quelle: Statistisches Bundesamt. Eigene Darstellung

Die Zahlen zeigen, dass die Geburten in den relevanten Altersgruppen deutlich ansteigen. Dieses Alter erweist sich als zentrales Alter für die Umsetzung des Kinderwunsches. Deutschlandweit bekommen 30-Jährige die meisten Kinder. In den neuen Bundesländern ist der Anteil der jüngeren Mütter trotz Angleichungstendenzen immer noch höher. In den alten Bundesländern nimmt die späte Mutterschaft weiter zu, insbesondere in wohlhabenden Regionen und bei Frauen mit hohem Qualifikationsniveau.¹² Zudem zeigt sich, dass in Deutschland das Auseinanderfallen von gewünschter und realisierter Kinderzahl (trotz Annäherung) nach wie vor sehr hoch ist. Im Jahr 2006 stehen 2,11 Wunsch Kinder von Frauen zwischen 25 und 39 Jahren einer realisierten Kinderzahl von 1,32 entgegen.¹³

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche ist bei Frauen zwischen 20 und 25 Jahren am höchsten, gefolgt von den 25- bis 30-Jährigen. Im Vergleich zu den jüngeren Kohorten repräsentiert dieser Befund, dass es sich hier um Altersgruppen mit häufigeren Sexualkontakten bei zugleich hoher Fruchtbarkeit handelt. Für die Abbruchneigung steht offensichtlich, dass bei einer ungeplanten Schwangerschaft häufig noch nicht abgeschlossene Bildungs- und Berufseinstiegsphasen und z.T. nicht hinreichend klare bzw. stabile Beziehungen die Lebenssituation dieser Altersgruppe prägen.

Die Neigung, sich für einen Abbruch zu entscheiden, ist offensichtlich bei Teenagern und bei älteren Frauen am höchsten. In ihr Lebenskonzept passt ein Kind am ehesten noch nicht (bei den Teenagern) oder nicht mehr (bei den über 40-Jährigen, die i. d. R. ihre Familienplanung abgeschlossen haben und mindestens ein Kind haben (siehe Abb. 7)). Am geringsten ist die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs in der relevanten Altersgruppe der 25-

¹² Hoßmann et al. 2009.

¹³ Sütterlin 2009.

35-Jährigen. Ein Kind scheint hier am ehesten in das Leben integrierbar, die Realisation eines Kinderwunsches am ehesten passend.

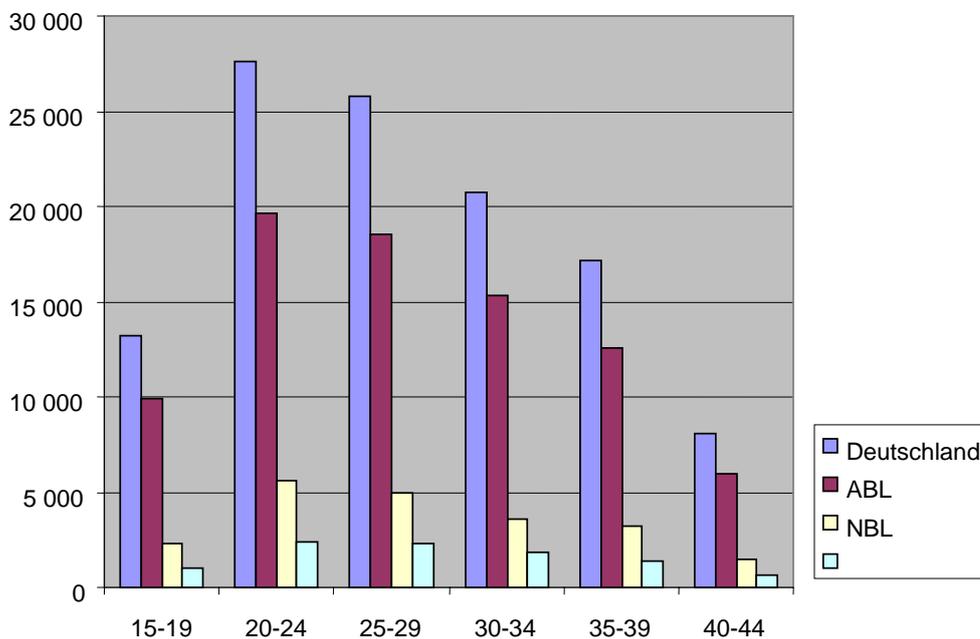


Abbildung 5: Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland lebender Frauen nach Altersgruppen, absolute Zahlen. 2007.

Quelle: Statistisches Bundesamt. Eigene Darstellung.

Auch in der altersspezifischen Betrachtung des Verhältnisses von Abbrüchen zu Geburten ist eine erhebliche regionale Differenzierung zu vermuten. Dafür sprechen die bereits benannten Unterschiede in den reproduktiven Kulturen der alten und der neuen Bundesländer.¹⁴ Bezogen auf das Jahr 2008 ergibt sich folgendes alters- und regionalspezifisches Bild in der Betrachtung der Relation der Abbrüche pro Lebendgeburten:

	15-44	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
D ges.	1:6,1	1:1,7	1:3,8	1:7,9	1:9,7	1:7,2	1:3
ABL	1:6,8	1:1,7	1:4	1:8,6	1:11,2	1:8,4	1:3,6
NBL	1:4,7	1:2,2	1:3,6	1:6,7	1:7	1:3,9	1:1,5
B	1:3,2	1:1,1	1:2,2	1:3,9	1:4,7	1:4,1	1:2,1

Abbildung 6: Abbrüche pro Lebendgeburten nach Altersgruppen 2008

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009, eigene Berechnung

Die Rolle der tradierten Normen und Einstellungen (z.B. zum Schwangerschaftsabbruch, zum „richtigen Zeitpunkt“ des Kinderkriegens,

¹⁴ Vgl. Helferich et al. 2001, insbes. S. 365 ff.

der optimalen Zahl, Phasen- vs. Simultanmodell von beruflicher und familialer Entwicklung etc.), die sich in diesen Zahlen spiegeln, aber auch der vielschichtige Einfluss sehr heterogener Lebensbedingungen und -konzepte müssen künftigen Untersuchungen vorbehalten bleiben. Die folgende Grafik zeigt die dargestellten Zusammenhänge aus einer etwas modifizierten Perspektive.

STATIS
wissen. nutzen.

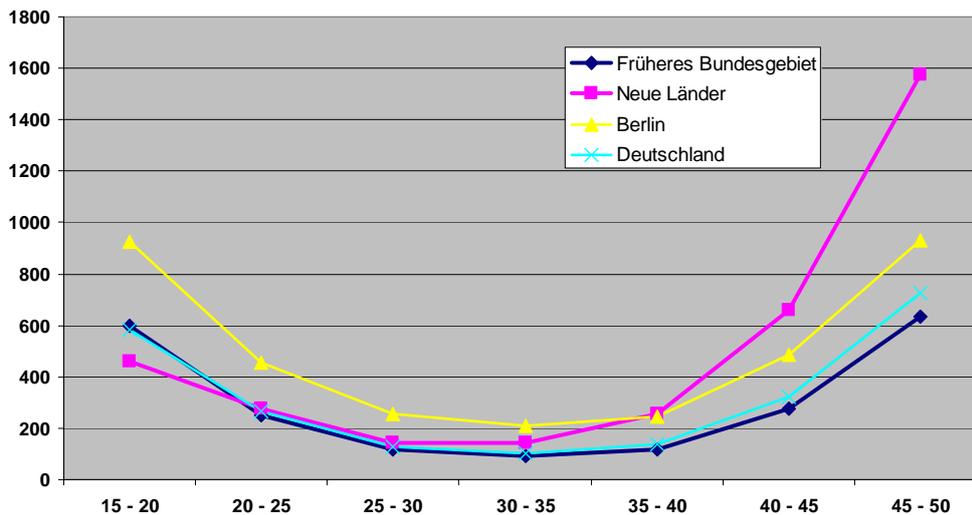


Abbildung 7: Schwangerschaftsabbrüche je 1.000 Lebendgeborene 2008 nach ausgewählten Altersgruppen.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2009.

Die beschriebenen altersspezifischen Besonderheiten spiegeln sich ebenfalls darin wider, dass die meisten Abbrüche durch Frauen vorgenommen werden, die noch keine Kinder haben. Während bei den 20- bis 25-Jährigen noch zwei Drittel der Frauen, die sich im Falle einer Schwangerschaft für einen Abbruch entscheiden, kein Kind haben, sind dies bei den 25- bis 30-Jährigen bereits deutlich weniger als 40 %. Allerdings ist genau dieser Anteil in den vergangenen Jahren immer weiter gestiegen. Bei den 30- bis 35-jährigen Frauen haben noch etwa 20 %, also jede 5. Frau, kein Kind geboren, brechen mithin eine Erstschwangerschaft ab. Zugleich werden in diesen Altersgruppen deutlich stärker zweite und dritte Schwangerschaften abgebrochen.

Eine regionale Differenzierung in dieser Frage konnte im Rahmen der Expertise noch nicht vorgenommen werden. Es ist z. B. zu erwarten, dass sich auch die neuen Bundesländer im Unterschied zu dem früheren Trend, eher nachfolgende Schwangerschaften abzubrechen, nun ebenfalls an die langjährige Tendenz zum Abbruch von Erstschwangerschaften in den alten Bundesländern annähern. Keine Anhaltspunkte bietet die Datenlage zu der interessanten Fragestellung, ob der Abbruch von Erstschwangerschaften mit dem Sozial- und Bildungsstatus der Frauen korreliert. Derartige Recherchen sind in der Zusammenführung mit den in diesem Abschnitt kenntlich gewordenen Aspekten sicherlich aufschlussreich.

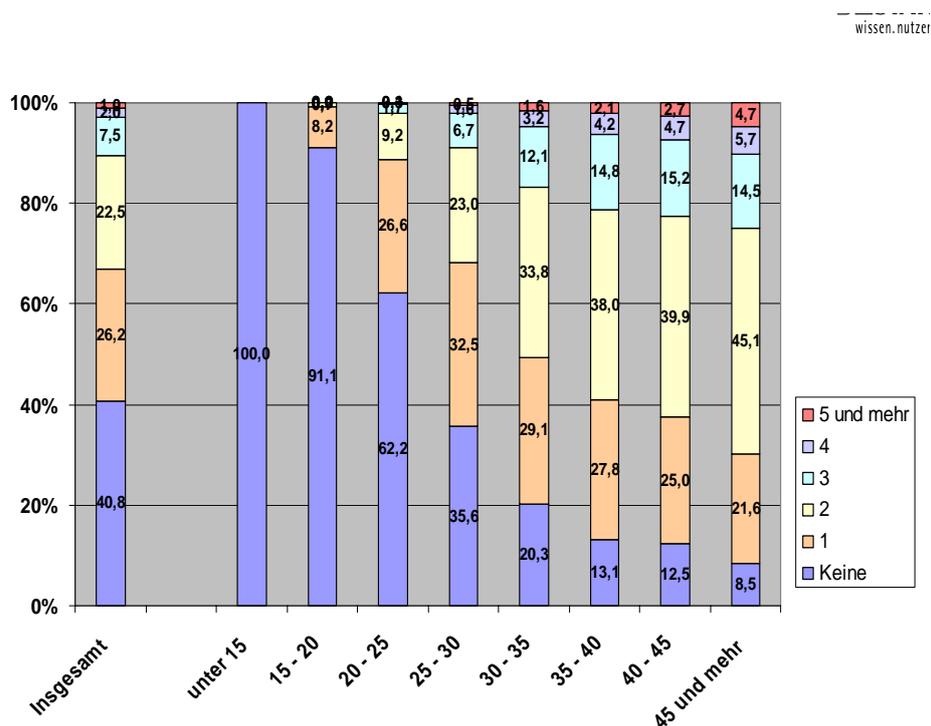


Abbildung 8: Schwangerschaftsabbrüche nach Alter der Frau und vorangegangenen Lebendgeborenen. 2008.
Quelle: Statistisches Bundesamt 2009.

3.1.3 Folgerungen und offene Fragen

Die Unterschiede der Abbruchraten und -wahrscheinlichkeiten sind am stärksten sichtbar zwischen den neuen und den alten Bundesländern sowie Stadtstaaten, kaum zwischen dem Norden und dem Süden Deutschlands. Aufgrund der statistisch erfassten Parameter lassen sich keine Besonderheiten im Vergleich zwischen wirtschaftlich starken und wirtschaftlich schwachen Regionen und damit verbundenen sozialen Problemlagen herausarbeiten. Sehr gut bilden sich hingegen altersspezifische Aspekte ab.

Da weder der Migrationshintergrund (generell), noch bei den Abbrüchen der Ausländerstatus erfasst sind, ist auch keine Aussage darüber möglich, ob sich der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund in bestimmten Regionen und Altersgruppen in besonderer Weise darstellt. Damit fehlt auch die Möglichkeit einer Einschätzung der mit Migrationserfahrungen verbundenen weltanschaulich-religiösen und kulturellen Einflüsse auf das reproduktive Verhalten, in Sonderheit auch auf die Entstehung von und Entscheidung bei ungeplanter/ ungewollter Schwangerschaft. Die Studie zu den Teenagerschwangerschaften¹⁵ gibt deutlichen Anlass, diese Einflüsse zu vermuten.

¹⁵ Matthiesen et al. 2009

Die regelhafte statistische Erfassung ermöglicht aber insbesondere keine Aussagen über den Zusammenhang des reproduktiven Verhaltens mit dem Wandel von Lebenskonzepten, Rollenbildern und emanzipatorischen Ansprüchen sowie von lebensbiografischen Veränderungen in ihren Wirkungen auf die Einschätzung des „richtigen Zeitpunktes“. Auch partnerschaftliche Aspekte sind nicht einschätzbar. Will man im Sinne der Leitfragen dazu Einschätzungen treffen, sind weitere Untersuchungsschritte erforderlich.

3.2 Landesberichte zur Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch

Nach § 10 SchKG unterliegen anerkannte Beratungsstellen der Berichtspflicht zu wesentlichen Inhalten der Beratung und angebotenen Hilfen. Diese Berichte könnten eine Grundlage zur detaillierteren Analyse darstellen. Allerdings erwies sich im Zuge der Recherche bei den jeweiligen Landesministerien, dass sowohl die Erfassungs- als auch die Auswertungsweisen in den Bundesländern ausgesprochen unterschiedlich sind und keine Vergleiche zulassen¹⁶. Selbst bei den Ländern, die systematisch erfassen, gibt es keine einheitlichen Indikatoren zu Klientendaten, Gründen und Hilfen bzw. Informationen. Die angegebenen Daten werden zudem durch die Beraterinnen meist reflexiv erhoben und haben eine stark subjektive Komponente.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich deshalb auf eine Auswahl der Berichte aus drei Bundesländern (Berlin, Brandenburg, NRW). Maßgeblich für die Auswahl waren folgende Prinzipien:

- das Vorliegen detaillierter Berichte, die über die Erfassung reiner Beratungszahlen hinausgehen und inhaltlich Analysen zulassen (alle drei Bundesländer)
- eine mögliche zeitliche Vergleichbarkeit von Ergebnissen zur Feststellung unterschiedlicher Entwicklungen (Berlin, NRW)
- die Einbeziehung unterschiedlicher Regionen (Ost/West/Stadtstaat)
- die besondere Herausarbeitung des Migrationsaspektes (Berlin)

3.2.1 Ergebnisse

a) Zahlen und benannte Gründe

1. In den Ländern, die detailliertere Berichte zur Verfügung gestellt haben, gibt es deutliche **Unterschiede zwischen der Zahl der Abbrüche und der Zahl der Beratungen** (Letztere ist zwischen 20 und 30 % höher). Die Differenz wird unterschiedlich bewertet. Teilweise wird hierin ein mögliches Ergebnis der Beratung vermutet, die eine Perspektive für ein Leben mit einem Kind eröffnen konnte. Eher aber wird betont, dass diese Tatsache auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht einschätzbar ist. *Möglicherweise ist es ein normaler Effekt, dass sich Frauen gerade bei ungeplanten Schwangerschaften im Prozess der Entscheidung befinden. Die Beratung ist zeitlich in diesem Kontext platziert. Das bedeutet nicht, dass sie einen tragenden Einfluss hat. Möglicherweise bilden sich in den Zahlen auch statistische Unschärfen ab, die der Erfassung geschuldet sind. Dieser Frage sollte weiter nachgegangen werden, sind es doch immerhin 5 % aller ausgetragenen Schwangerschaften, denen rein rechnerisch eine Beratung nach § 219 vorausgegangen ist.*¹⁷

¹⁶ Die Synopse zur Länderübersicht befindet sich im Anhang.

¹⁷ Die in diesem Abschnitt kursiv gesetzten Stellen sind Kommentare oder Fragen der Autoren der Expertise, die sich aus den Auswertungen der Berichte ergeben.

2. Es werden **steigende Zahlen der Schwangerschaftsberatungen nach § 2 SchKG** (insbes. der sozialen Beratung, hier wiederum bedingt durch die Antragsstellungen bei der Stiftung „Schwangere Frauen in Not“) verzeichnet. Dem stehen zumeist leicht **sinkende Zahlen zur Beratung nach § 5 SchKG** gegenüber. *Da die Zahl der Lebendgeburten nicht in gleichem Maße steigt wie die Zahl der Beratungen nach § 2 SchKG, ist anzunehmen, dass die Steigerung in diesem Beratungsbereich eine Widerspiegelung zunehmender sozialer Probleme im Kontext von Schwangerschaft ist. Dadurch erhöhen sich sowohl die Anzahl der Rat suchenden Frauen und Paare als auch die Häufigkeit der stattfindenden Beratungsgespräche je Klientin.*
3. **Soziale Gründe** haben bei den Beratungen zum **Schwangerschaftsabbruch** nach Wahrnehmung und Angabe durch die Beraterinnen Priorität.¹⁸ Hervorgehoben werden in vorliegenden Detailberichten wirtschaftliche/finanzielle Probleme, Probleme im Kontext von Ausbildung/Studium bzw. Arbeitsplatz. Etwa 42 bis 43 % der Beratungsprotokolle in Berlin geben diese Gründe an (es sind Mehrfachnennungen bei der Angabe von Gründen möglich). In NRW stehen die wirtschaftlichen/finanziellen Gründe in der Rangfolge der Gründe auf Platz 1, Ausbildung und berufliche Situation auf Platz 4, wobei der Unterschied nur einen Prozentpunkt ausmacht. In Brandenburg werden diese Gründe ebenfalls sehr hochrangig angeführt: finanzielle/wirtschaftliche Probleme zu 52 %, Probleme in Schule, Ausbildung Studium, zusammengefasst mit beruflicher Situation, zu 61 %. *Das dichte Beeinanderliegen dieser häufig angegebenen Gründe kann zum einen auf deren maßgebliche Bedeutsamkeit im Entscheidungskontext von Frauen verweisen, zum anderen aber auch darauf, dass in der Konstellation von Pflichtberatung auch sozial erwünschte Antworten zu erwarten sind.*
4. Fast gleichwertig werden in beiden Auswertungen **partnerschaftlich-familiale Gründe** genannt. In Berlin erhalten sie sogar mit 46 % die meisten Nennungen, in NRW sind sie nach den wirtschaftlich-finanziellen Gründen auf Rang 2, aber fast gleichwertig in der Ausprägung. Partnerschaftliche Gründe, zusammengefasst mit familialen, bilden auch in Brandenburg mit 57 % einen hochrangig angegebenen bzw. erfassten Grund für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch.
Der Anteil der Männer, die ihre Frauen zur Pflichtberatung begleiten, liegt in den zur Auswertung herangezogenen Bundesländern mit etwa 20 % relativ hoch. Wofür dies im Einzelnen steht, ist den Berichten nicht zu entnehmen. *Was sich*

¹⁸ Welche Gründe Frauen im Kontext einer Pflichtberatung warum benennen und wie diese durch Beraterinnen wahrgenommen werden, kann nur vermutet werden. Sie müssen nicht den tatsächlichen Hintergrund darstellen. Zudem geht es häufig um ein Konglomerat mehrerer Gründe, von denen die Beraterin möglicherweise nur die aus ihrer Perspektive wesentlichen notiert. Die Erfassung entspricht nicht den Grundsätzen empirischer Sozialforschung. Demzufolge sind auch die Ergebnisse nur als Hinweise lesbar.

konkreter hinter der „Wortmarke“ partnerschaftliche/familiale Gründe verbirgt, ist nicht benannt; möglicherweise handelt es sich um ein Konglomerat sehr unterschiedlicher individueller lebensbiografischer, paardynamischer, kommunikativer, interessenbezogener Aspekte.

5. Sehr viele Frauen geben **körperliche und/oder psychische Belastungen** als bedeutsamen Faktor für ihre Entscheidung an. Dieser Grund wird häufiger mit zunehmenden Alter genannt (deutlich ab 30 Jahren aufwärts) und wenn die Frauen bereits Kinder haben. In NRW ist dieser Grund auf Rangplatz 3, nur sehr wenig von den vorangegangenen Gründen differenziert. In Brandenburg bildet er gemeinsam mit der hier zu einem Indikator zusammengefassten „Angst vor Verantwortung“ mit 55 % den am häufigsten angegebenen Grund, in Berlin wird er allerdings nur zu 21 % angegeben. *Möglicherweise ist dieser Aspekt eine spezifische Widerspiegelung des Drucks, der durch andere Gründe oder die Situation kurz vor einem Abbruch entsteht, möglicherweise eine eigenständige Facette, evtl. ein zusammengefasster Eindruck der Beraterinnen. Auch die Hintergründe für diese Angaben sind nicht transparent.*
6. Folgende **weitere Gründe** spielen eine deutlich untergeordnete Rolle: befürchtete Schädigungen des Kindes, religiöse und weltanschauliche Einstellungen, fehlender Kinderwunsch oder Vergewaltigung. Die abgeschlossene Familienplanung und das Alter der Frau (zu jung oder zu alt) sind in Brandenburg relevanter (31 %, 28 %) als in Berlin und NRW (etwa 7 bis 8 %). *Daraus, dass diese Aspekte nicht benannt werden, kann jedoch nicht geschlossen werden, dass sie keine Rolle spielen. Weltanschaulich-religiöse Einstellungen wirken immer, sind aber eher kein direkter Grund, sexueller Missbrauch soll evtl. im Rahmen eines solchen Gesprächs noch verdrängt gehalten werden etc. Es gibt sicherlich zudem Aspekte, die sich einer Betrachtung im Rahmen der Pflichtberatung entziehen und/oder eher nur in qualitativen Tiefengesprächen transparent gemacht werden könnten.*

b) **Soziodemografische Parameter**

Diese Parameter beeinflussen offensichtlich alle benannten angegebenen Gründe. Hervorzuheben sind insbesondere das Alter, der Familienstand (der zum Teil mit dem Alter korreliert), in Berlin die separat erhobene Differenzierung in deutsche und ausländische Frauen und in Brandenburg eine erkennbare regionale Differenzierung zwischen wirtschaftlich stärkeren und schwachen Regionen. Es ergeben sich Aspekte, denen in einer Studie weiter nachgegangen werden sollte:

- **Alter der Frauen:** Die Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, sind zumeist zwischen 25 und 35 Jahren. Je nach Erfassungsmethode stellt die Analyse aus NRW fest, dass der höchste Anteil der Frauen zwischen 27 und 34 Jahren alt ist, in Berlin sind 47 % der Frauen zwischen 20 und 29 Jahren alt, 34 % zwischen 30 und 39 Jahren. Der Berliner Statistik sind die differenziertesten Daten zu entnehmen: Die hohen

Abbruchraten¹⁹ in Berlin liegen insbesondere in der Altersgruppe 18 bis 24 Jahre und gehen dann allmählich zurück. Gleichzeitig steigen in diesen Altersgruppen die Geburtenraten enorm (sie sind in der Altersgruppe 30 bis 34 Jahre am höchsten). Die Abbruchquoten (Abbrüche je Lebendgeburten) sinken erheblich. Während sich jüngere Frauen tendenziell eher für einen Abbruch als für das Austragen entscheiden, liegt die geringste Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch bei der Altersgruppe der 25- bis 39-jährigen Frauen, insbesondere bei den 30- bis 35-Jährigen. *Dies spricht dafür, dass die Integration eines Kindes in die persönlichen Lebenspläne in den „jüngeren“ Altersgruppen noch nicht so möglich scheint, partnerschaftliche und berufliche Klarheiten noch fehlen. Dies korreliert mit den angegebenen Gründen von Frauen dieser Altersgruppen. Dieser Befund ist eine Widerspiegelung des sich weiter erhöhenden Erstgeburtsalters.*

- **Familienstand:** Hier enthält ebenfalls am ehesten die Berliner Statistik auswertbare Aussagen. Unter den Frauen, die eine Pflichtberatung in Anspruch genommen haben, waren 63 % ledig und 27 % verheiratet. Allerdings ist anzunehmen, dass die Tatsache, dass sich verheiratete Frauen seltener für einen Abbruch entscheiden als ledige und dass bestimmte Gründe eher von ledigen Frauen genannt werden (z.B. Ausbildung, Partnerschaftsprobleme), eine Widerspiegelung des gestiegenen Heiratsalters und zugleich der Lebenssituation in dieser Altersgruppe ist (s. o.).
- **Kinderzahl:** Auch hier gibt am ehesten die Berliner Statistik Anhaltspunkte. Durchschnittlich haben in Berlin 44 % der Frauen noch kein Kind. Die Streuung zwischen den Altersgruppen entspricht wiederum den Darlegungen unter dem Aspekt des Alters: Von den 20- bis 24-Jährigen hatten etwa 65 % noch kein Kind, bei den 30- bis 34-Jährigen etwas 25 %. Frauen, die bereits Kinder hatten, entschieden sich im Alter bis zu 29 Jahren bei erneuter Schwangerschaft meist für einen Abbruch, zwischen 30 und 34 Jahren war die Abbruchquote gleich, bei den über 34-Jährigen fiel die Entscheidung für den Abbruch am häufigsten, wenn bereits zwei Kinder vorhanden waren.
- **Staatsangehörigkeit:** Lediglich der Berliner Bericht untersucht alle Indikatoren auch unter dem Aspekt der Staatsangehörigkeit der beratenen Frauen. Etwa 25 % von ihnen waren nichtdeutsche Frauen, insbesondere mit türkischem Migrationshintergrund. Unterschiede wurden in mehrfacher Hinsicht festgestellt. So sind mehr deutsche Frauen kinderlos (46 %) als Frauen mit Migrationshintergrund (31 %), wenn sie in eine Pflichtberatung kommen, entscheiden sich also für den Abbruch einer Erstschwangerschaft. Allerdings ist der Anteil der beratenen Frauen mit Migrationshintergrund dann deutlich höher als derjenige der deutschen Frauen, wenn sie bereits zwei Kinder

¹⁹ Durch Raten werden Abbrüche oder Geburten je 1.000 oder 10.000 Frauen, ggf. einer Altersgruppe, erfasst. Quoten erfassen die Relation von Abbrüchen und Geburten, hier bezogen auf 1.000 Lebendgeburten.

haben. Deutsche Frauen sind zu 70 % ledig und zu 18 % verheiratet, ausländische Frauen zu 39 % ledig und zu 42 % verheiratet. Der Anteil der jüngeren Frauen (zwischen 20 und 25 Jahren) an den deutschen beratenen Frauen ist höher als der Anteil der älteren Frauen und höher als der Anteil der Frauen mit Migrationshintergrund in der gleichen Altersgruppe. Bei den Ausländerinnen ist insbesondere die Altersgruppe zwischen 30 und 35 Jahren besonders stark vertreten. *Möglicherweise ist dieser Aspekt Folge des frühzeitigeren Heiratsalters junger Frauen mit insbesondere türkischem Migrationshintergrund und der Tatsache, dass Eheschließung und Geburt von Kindern nach wie vor in einem engen Verhältnis zueinander stehen. Die höhere Repräsentanz der Frauen mit Migrationshintergrund an der Beratung nach § 219 StGB in den älteren Altersgruppen ist wahrscheinlich der Tatsache geschuldet, dass die Familienplanung für diese Frauen und Paare in diesem Alter eher bereits abgeschlossen ist.*

Einige Angaben geben Hinweise auf Abweichungen in den jeweils angegebenen Gründen für den erwogenen Abbruch. So werden ausbildungs- und arbeitsplatzbedingte Gründe deutlich mehr von deutschen Frauen (47 %) angesprochen als von Frauen mit Migrationshintergrund (31 %), Partnerschaftsprobleme werden eher von Migrantinnen (49 %) als von deutschen Frauen (45 %) benannt. Bei wirtschaftlichen Problemen liegen beide dicht beieinander. *Dies alles kann für unterschiedliche Partnerschafts-, Berufs- und Lebenskonzepte ebenso sprechen wie für Unterschiede im Sexual- und Verhütungsverhalten. Dazu können die Daten keine Anhaltspunkte liefern. Dies wäre weiterführenden Untersuchungen vorzubehalten.*

- **Regionale Aspekte:** Die Daten aus dem Land Brandenburg bieten die Möglichkeit, die Frage nach regionalen Unterschieden in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen und sozialen Problematik der Region zu stellen. An dieser Stelle wird lediglich die prosperierende Potsdamer Region mit dem Problemkreis Uckermark verglichen. In Potsdam werden etwas eher die berufliche Situation, zur Zeit kein Kinderwunsch und Angst vor Überforderung angegeben, deutlich stärker sogar Partnerschaftsprobleme. In der Uckermark wird die „Situation als Alleinerziehende“ etwa doppelt so häufig benannt wie in Potsdam. Auch Gründe, die im Alter der Schwangeren, der Gesundheit oder familialen Umständen liegen, sind hier stärker vertreten. Finanzielle Probleme spielen allerdings in beiden Regionen eine annähernd gleich große Rolle. *Diese Befunde können dafür sprechen, dass in Potsdam – anders als in einer Region mit hoher Arbeitslosigkeit – der Anteil junger Frauen in Ausbildung und Studium sowie beruflich ambitionierter Frauen höher ist und diese Frauen bei der Entscheidung für einen Abbruch ihre Gründe dementsprechend formulieren.*

3.2.2 Folgerungen

Trotz der o.g. Einschränkungen hinsichtlich der Aussagefähigkeit der Daten und ihrer Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern bieten die Ergebnisse doch Hinweise auf Fragestellungen, denen in einer Studie dezidierter nachgegangen werden sollte:

1. Gründe, Hintergründe, Einstellungen und Werte für Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch sollten sorgsamer differenziert werden. Angegebene Gründe können Rechtfertigungsanteile sowohl dem vermeintlich gesellschaftlich oder sozial Akzeptierten gegenüber als auch der befragenden Person und sich selbst gegenüber enthalten. Hintergründe wie die soziale Lage oder wirtschaftliche Situation bilden zwar wichtige Bedingungsfaktoren, da sie Belastungen repräsentieren und Lebensvorstellungen in ihrer Umsetzbarkeit beeinflussen. Sie stellen aber keine linearen Einflussfaktoren dar, sondern sind in Relation zum Kinderwunsch und der partnerschaftlichen Situation zu betrachten. Werte und Einstellungen haben eine starke regionale Prägung und Stabilität und können Entscheidungen und deren Verarbeitung erschweren oder erleichtern.
2. Soziodemografische Aspekte, insbesondere Alter, Familienstand, Migrationshintergrund, Bildungsstand und Berufstätigkeit sollten stärker auf dem Hintergrund der jeweiligen regionalen und kulturellen Besonderheiten betrachtet und analysiert werden. Generell ist die Repräsentanz bestimmter Altersgruppen genauer zu hinterfragen. Aus der Tatsache, dass der Anteil der 25- bis 35-Jährigen bei den Frauen, die sich zum Abbruch entscheiden, höher ist als der Anteil anderer Altersgruppen, kann nicht im Umkehrschluss gefolgert werden, dass die Neigung, Kinder zu bekommen, in dieser Altersgruppe am geringsten wäre. Ein Blick auf die Quoten (Abbrüche vs. Lebendgeburten) präzisiert die Einschätzungen.
3. Die bisherigen Daten lassen vermuten, dass die Entscheidungen am ehesten mit den Lebenskonzepten von Frauen korrelieren. Veränderte Lebenskonzepte einerseits (Berufstätigkeit als gleichwertiger Anspruch, hohe Ansprüche an Beziehungsqualität und Gleichberechtigung in der Beziehung) und zunehmende soziale Unsicherheiten bzw. starker Flexibilitätsdruck andererseits erschweren weitreichende Entscheidungen der Familiengründung oder -erweiterung. Insofern tragen auch bessere soziale Rahmenbedingungen, Chancengleichheit und berechenbar klare Zukunftsperspektiven zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften bei.
4. Es kann keine realistische Zielstellung sein, Schwangerschaftsabbrüche komplett zu vermeiden, wohl aber die Zahl ungewollter Schwangerschaften zu verringern. Welche Rolle dabei Verhütungswissen, Körperwissen, Verhütungskompetenz und partnerschaftliches Verhütungsverhalten spielen, ist für erwachsene Frauen und Paare nicht dezidiert untersucht worden. Die Beratungsprotokolle der Pflichtberatung zeigen, dass Beraterinnen sehr häufig Verhütungsberatung anbieten oder

durchführen. Ob dem tatsächlich ein Bedarf seitens der Klientinnen nach mehr Wissen und Kompetenz vorausgegangen ist oder der Präventionswunsch der Beraterinnen, kann hier nicht beurteilt werden. Empirische, ebenfalls regional und soziodemografisch differenziert betrachtete Befunde zum Verhütungsverhalten Erwachsener (insbesondere im Kontext ungeplanter bzw. ungewollter Schwangerschaft) stehen noch aus.

5. Eine weitere Auswertung von Länderberichten sollte nur punktuell vorgenommen werden, um ggf. Hinweise auf weitere Fragestellungen zu generieren. Systematische Auswertungen der Länderberichte würden eine systematische Erfassung nach einheitlichen Kriterien voraussetzen. Diese fehlt und wird von den Ländern mehrheitlich nicht gewünscht. Auch aus wissenschaftlicher Sicht ist eine empirische Erhebung mit klarer Zielsetzung einer flächendeckenden Langzeitabfrage ohne einheitliches Studiendesign vorzuziehen. Es ist nochmals zu betonen, dass die Beratungsprotokolle keinem Forschungszweck folgen, sondern in das Berichtswesen zur Anerkennung der Schwangerschaftsberatungsstellen eingebunden sind. Damit wird durch die 16 Bundesländer in praxi sehr uneinheitlich umgegangen. Im Übrigen bietet lediglich das Land Berlin die Möglichkeit eines Vergleiches seit 1996 und damit eine Aussage über Tendenzen (unter Berücksichtigung der o. g. Einschränkungen). Eine wissenschaftliche Studie, die Veränderungen in Entscheidungsverläufen ermitteln will, müsste als Langzeitstudie angelegt sein. Eine Querschnittsstudie wird diesem Anspruch nicht gerecht werden können.

3.3 Expertinneninterviews und Fachgespräche

In den folgenden Darlegungen bildet die Auswertung der Interviews und des interdisziplinären Fachgesprächs mit den Beraterinnen, ergänzt durch die Interviews mit den Ärztinnen und Ärzten, den Mittelpunkt. In den Beratungen werden offensichtlich am ehesten Lebenskontexte sichtbar, Entscheidungsverläufe transparent und Gründe, Motive und Einstellungen thematisiert. Ärztinnen und Ärzte scheinen sich den Klientinnen eher auf einer sachlich-dienstleistungsorientierten Ebene zu nähern. Die Auswertung ist unter vielseitigen Aspekten möglich. Die Auswahl für die Analyse und Darstellung folgte den Schwerpunktsetzungen und hervorgehobenen Themen der Interviews.

3.3.1 Gesellschaftliche Veränderungen und Lebenskonzepte

Aus den Interviews geht hervor, dass sich verändernde gesellschaftliche Rahmenbedingungen einen wesentlichen Hintergrund für gewandelte individuelle Entscheidungsverläufe darstellen.

a) Die **Berufstätigkeit von Frauen** in den alten Bundesländern hat in den vergangenen 20 Jahren deutlich zugenommen.²⁰ In den neuen Bundesländern ist der Anspruch, berufstätig zu sein, eine wichtige Orientierung geblieben. Die Nutzung beruflicher Entwicklungsmöglichkeiten ist für die Frauen ein bedeutsamer Wert geworden. Es ist eine Generation von Frauen zeittypisch, die sich nicht in Abhängigkeit von ihren Partnern definieren, sondern eigene Lebensansprüche verfolgen und ein **gewandeltes Rollen- und emanzipatorisches Grundverständnis** besitzen. Frauen setzen sich heute mehr mit dem eigenen Leben auseinander, haben ihre Ansprüche an ihr Leben als Frau.

„(...) selbst auf eigenen Beinen stehen, wirtschaftlich unabhängig sein und erst dann ein Kind(...)“ (I2, S. 4)

²⁰ Lag die Frauenerwerbsquote 1989 in der damaligen DDR noch bei 78 % und in der damaligen Bundesrepublik Deutschland bei 55,6 %, so ist sie in den neuen Bundesländern nur marginal gesunken, in den alten Bundesländern jedoch deutlich gestiegen. Eine altersspezifische Betrachtung weist auf ungleiche Verläufe hin. Gesunken ist die Erwerbsquote einzig bei den jüngeren Frauen, besonders den 20- bis 25-Jährigen, und zwar im Osten wie im Westen, ein Indiz für längere Ausbildungszeiten. In allen anderen Altersgruppen sind die Quoten in den alten Bundesländern gestiegen. In den neuen Bundesländern sind sie zwar, bedingt durch die generell hohe Arbeitslosigkeit, etwas gesunken, aber immer noch auf deutlich höherem Niveau als in den alten Bundesländern (vgl. Statistisches Bundesamt 2004).

„(...) dass heutzutage die Frauen klare Vorstellungen (...) davon haben, wo es bei ihnen beruflich hingehen soll (...) Und wenn in diesen Plan eine unverhoffte Schwangerschaft kommt, führt das zum Konflikt (ein Plan, aus dem man sich heute nicht mehr einfach für eine Auszeit von 10 Jahren herausnimmt, selbst nicht für weniger [Anm. d. Verf.]) (...) die Frauen (...) lassen sich da schwer ihre Lebenspläne durchkreuzen.“ (I2, S. 9)

Expertinnen in der Zwischenauswertung²¹ problematisierten den Stellenwert dieser gewandelten Rollen- und Wertebilder in den Lebenskonzepten junger Frauen heute. Sie beobachten Veränderungen in Richtung auf eine verstärkte Neotraditionalisierung infolge des starken Flexibilitätsdrucks und gewachsener sozialer Unsicherheiten. So nehmen sie Frauen wahr, die durchaus ihre beruflichen Ambitionen realisieren wollen, sich aber zugleich eher jenseits von alten feministisch geprägten Auseinandersetzungen auch zu Partnerschaft und Familie bekennen und diese Werte leben wollen. *Diese Entwicklungen in den Wertebildern wären zu überprüfen. Möglicherweise stehen das Bedürfnis nach Eigenständigkeit und das Bedürfnis nach Sicherheit in einem spannungsvollen Verhältnis zueinander.*

b) Beraterinnen berichten zunehmende soziale Unsicherheiten und soziale Problemlagen. Der Arbeitsmarkt und die Berufsperspektiven haben sich verschlechtert. Sowohl Frauen aus bildungsfernen Schichten als auch Akademikerinnen sind davon betroffen. Die Frauen werden zwar als selbstbewusster erlebt, gleichzeitig aber auch als sehr ambivalent zwischen Kinderwunsch und Angst vor Arbeitsplatzverlust und sozialem Abstieg. Die Frauen erleben infolge der nicht mehr so langfristig und klar kalkulierbaren, dafür aber von hochgradigen Wandlungsprozessen geprägten Lebensumstände einen hohen Druck und daraus folgenden Anspruch an ihre Verantwortung für ihre Lebensgestaltung und Familienplanung.

„Die Frauen wissen, ich bin selber für meine Zukunft und für meine Sicherheit und für meine soziale Absicherung ganz viel selber zuständig. Und dann muss ich auch ganz verantwortlich entscheiden, kann ich da für ein Kind sorgen oder für noch mehr Kinder sorgen. Also, insofern ja, hat sich etwas geändert, dieses Verantwortung übernehmen müssen spielt eine große Rolle.“ (I1, S. 11)

„Dass der Stress im Berufsleben größer wird, der Druck einfach größer wird, eben das mit dieser Angst vor dem Abstieg, wenn ich nicht am Ball bleibe. (...) Dass für Frauen, die da

²¹ Diese im Folgenden wiederholt platzierten Passagen beziehen sich auf die Kommentare der Expertinnen zur Zwischenauswertung der Expertise am 18.05.2009 in Berlin. Die kursiv gedruckten Gedanken sind weiterführende Erwägungen der Autoren der Expertise, die in den Schlussfolgerungen wieder aufgenommen werden.

Perspektiven haben und eine Eigenständigkeit haben, die das auch als einen größeren Druck erleben, dem sie heute ausgesetzt sind und von daher vielleicht auch als ein bisschen gewichtigeren Einflussfaktor, was die Entscheidung in dem Konflikt angeht. (15, S. 13)

Die Expertinnen der Zwischenauswertung betonen, dass es infolge der Flexibilitäts- und Mobilitätsanforderungen heute kaum noch stabile, dauerhafte berufliche Etablierungsmöglichkeiten gibt. Demzufolge sei es zunehmend bedeutsam geworden, sich Optionen zu sichern, die es ermöglichen, „mein Auskommen zu haben“ und „es zu schaffen“. *Dies beeinflusse dann auch den Kinderwunsch und damit die Gewolltheit bzw. Ungewolltheit einer Schwangerschaft zum konkreten Zeitpunkt, möglicherweise nicht den Kinderwunsch generell.*

c) **Gelingende Partnerschaft und Familie** sind offensichtlich zugleich ein **hoher Wert** für junge Frauen heute. In einer flexibler, unsicherer werdenden Welt ist auch die Partnerschaft einerseits durch diese Flexibilisierung gekennzeichnet. Frauen wollen bewusster als früher ihr Leben auf den Partner aufbauen²², bedenken sowohl die eigene Sicherheit als auch die Ansprüche für ein gutes Leben mit einem Kind. Beraterinnen erleben immer wieder scheiternde oder unklare Paarbeziehungen als Hintergrund von Entscheidungen zum Abbruch. Andererseits ist damit Partnerschaft ein um so höherer Vergewisserungsfaktor im Kontext von Familienplanung. Ein „Projekt Kind“²³ ist in seiner Realisation hochgradig abhängig davon, dass ein zuverlässiger Lebenspartner vorhanden ist. So ist es

So ist es „dann auch ein ganz wichtiger Grund (...), eine Schwangerschaft nicht auszutragen, wenn eben von diesem Traum (der gelingen Partnerschaft, Familie usw. [Anm. d. Verf.]) einfach überhaupt noch nichts erfüllbar scheint, also wenn keine stabile Partnerschaft da ist, wenn sie sich einfach noch nicht sicher genug fühlen (...) (11, S. 5)

Auch die Expertinnen der Zwischenauswertung betonen die gewachsene Bedeutung der Individualisierung von Verantwortung für das Gelingen von Elternschaft, gebunden an gelingende Partnerschaft im Bewusstsein und Gefühl der Frauen. Alleinerziehend zu sein ist bedrohlich. Auch in den neuen Bundesländern werde dies viel stärker als in der ehemaligen DDR erlebt, und die Furcht, in der Erfüllung der gespürten gesellschaftlichen und ins persönliche transformierten Erwartungen zu versagen, könne die Entscheidung für einen Abbruch beeinflussen.

²² Zumindest gilt dies für die alten Bundesländer. Die „reproduktive Autonomie“ der Frauen in den neuen Bundesländern ist traditionell und immer noch ausgeprägter als in den alten Bundesländern.

²³ Vgl. Boltanski (2007)

3.3.2 Sozialer Kontext und Familienplanung

Lineare Zusammenhänge zwischen der sozialen Lebenssituation, dem Bildungs- und Sozialstatus der Frauen und der Wahrnehmung der Klientinnen in der Pflichtberatung sowie ihrem Entscheidungsverhalten gibt es erwartungsgemäß nicht. Jede Schwangerschaft, auch die geplante und gewollte, wird mehr oder minder können konflikthaft anteile haben.²⁴ Welche Momente dabei stärkere Bedeutung erlangen, ist **individuell sehr verschieden, in der Tendenz aber trotzdem von der Intensität und Bewältigbarkeit äußerer Begleitumstände beeinflusst**. Sie werden allerdings immer wieder durch die persönlichen Werte und sozialen Normen des Umfeldes je verschieden konstellierte. Interessanterweise ist erkennbar, dass ähnliche Zeichen von Strukturschwäche einer Region (z.B. im Südosten Bayerns und in ländlichen Regionen Sachsen-Anhalts, geprägt durch hohe Arbeitslosigkeit und einen hohen Anteil sozial schwacher Familien) aufgrund unterschiedlicher weltanschaulich-religiöser und kultureller Prägungen und Lebensgewohnheiten, z. B. die Stellung der Frau betreffend, zu einem anderen Erleben und Umgang mit der Situation einer ungewollten Schwangerschaft führen (eher unentschlossen vs. eher klar entschieden zum Abbruch). Es ist weiterhin erkennbar, dass bei scheinbar ähnlichen Gegebenheiten in Ballungsgebieten trotzdem unterschiedliche Beratungsschwerpunkte fokussiert werden, z. B. bezüglich der Besonderheiten von Klientinnen mit Migrationshintergrund (Berlin, Essen) oder der Problemlagen von Akademikerinnen (Essen, Leipzig, Berlin).

Die Beraterinnen differenzieren vor allem zwischen langfristig von sozialen Transferleistungen abhängigen Frauen, bildungsfernen Frauen, Frauen in prekären beruflichen Verhältnissen (von „bildungsfern“ bis „akademisch“), Selbstständigen, Studentinnen und berufstätigen Frauen der Mittelschicht. **Für Frauen aller sozialen Gruppen und Schichten spielt die grundsätzliche Unklarheit der beruflichen und damit auch wirtschaftlichen Sicherheit, die Angst vor dem sozialen Abstieg und seiner Unumkehrbarkeit in Zeiten von Hartz IV eine grundlegende Rolle.** Am ehesten neigen möglicherweise die von sozialen Transferleistungen abhängigen Frauen, Paare und Familien als auch Frauen mit defizitärem Bildungshintergrund im Falle einer ungeplanten Schwangerschaft zum Austragen, da sich offenbar

„(...) durch die Schwangerschaft am Lebenskonzept oder der Lebenssituation überhaupt nicht viel ändert, weil das alles so weitergeht. Und die dann auch nicht den Eindruck haben, dass ein weiteres Kind ein großes Problem wäre (...), weil sie diese berufliche Entwicklung für sich sowieso schon abgeschrieben haben.“ (11, S. 4)

Andererseits neigen Frauen in schwierigen sozialen Lagen aber auch zum Schwangerschaftsabbruch, weil sie sich und ihrem Kind so keine sicheren Lebensbedingungen bieten können, etwa wenn sie als (werdende) Akademikerinnen oder Angehörige der Mittelschicht Angst vor dem unumkehrbaren sozialen Abstieg haben (13, S.5; 15, S. 5). Weitere häufig genannte Gründe sind:

²⁴ Siehe u. a. Wimmer-Puchinger (1992)

„in miesen Berufen“ (arbeiten), „Leihfirmen, Teilzeitarbeiten, geringfügige Beschäftigungen“, (die Notwendigkeit) „zusätzlich Hartz IV (zu) beantragen“ (I4, S.6).

Typisch sind Äußerungen wie:

„(...) und da ist es schon ganz oft so, also wir haben ganz, ganz viele Familien, Frauen, Paare, die zwar arbeiten, berufstätig sind und trotzdem Hartz IV kriegen, ergänzend, und auf einem materiell sehr, sehr eingeschränktem Niveau leben, und die sich dann allein aus diesen materiellen Gründen, die zwar wissen, sie kriegen dann Kindergeld und das Kind hat dann auch einen Anspruch nach Hartz IV, aber die einfach wissen, sie kommen aus dieser materiellen Enge die nächsten 10 Jahre nicht mehr raus. Für die ist diese Vorstellung dann so deprimierend, dass sie sich auch aus dem Grund mit zu dem Schwangerschaftsabbruch entscheiden.“ (II, S. 12)

Die **Unterbrechung der Berufstätigkeit wird als hochgradiges Risiko erlebt**, nicht wieder im Beruf Fuß fassen zu können und damit einerseits sich, dem Kind und ggf. der Familie dauerhaft Einschränkungen zumuten zu müssen, in eine soziale Abwärtsspirale zu geraten und andererseits berufliche Entwicklungen nicht weiter verfolgen zu können. Die Frauen haben häufig viel investiert (Zeit, Kraft, Geld ...) für ihr berufliches Fortkommen oder die Sicherung eines Status und wollen dies nicht gefährden.

„Ich werde, wenn ich ein Kind habe, nur noch wie alle meine Vorgängerinnen Zeitarbeitsverträge kriegen, wenn überhaupt. Ich kann nicht mehr in meinen Job zurück, sondern muss dann eine andere Arbeit machen.‘ Dass für Frauen, die da Perspektiven haben und eine Eigenständigkeit haben, die das auch als einen größeren Druck erleben, dem sie heute ausgesetzt sind und von daher vielleicht auch als ein bisschen gewichtigeren Einflussfaktor, was die Entscheidung in dem Konflikt angeht.“ (I5, S. 13)

Für viele Frauen und ihre Partner ist **nicht nur die reale, sondern vor allem die erwartete Verschlechterung der Lebenslage** ein herausgehobener Grund, zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein Kind zu wollen. Dies entspricht der bereits in der Studie „frauen leben“ konstatierten Polarisierung des Entscheidungsverhaltens von Frauen.²⁵ Ob diesbezüglich eine Verstärkung erkennbar ist oder diese Polarisierung in

²⁵ Vgl. Helfferich (2001), S. 401.

Entscheidungskontexten immer ähnlich vorhanden ist bzw. wodurch sie geprägt ist, bedürfte der weiteren Untersuchung.

Die Expertinnen der Zwischenauswertung machen darauf aufmerksam, dass Lebensentwürfe heutiger Frauen und Männer, die durch den Wunsch nach individueller Freiheit und Selbstbestimmung geprägt sind, auf soziale Kontexte treffen, die diese einschränken. Sie nutzen dann ihr als solches wahrgenommenes Recht auf reproduktive Selbstbestimmung selbstverständlicher als vor Jahren (zumindest in den alten Bundesländern) und zugleich verantwortlich. Künftige Forschungen sollten gerade diesbezüglich die Perspektive der Frauen und Männer selbst sichtbarer werden lassen.

3.3.3 Weltanschauliche Werte, kulturelle Traditionen

a) **Dominanz klarer, verantwortlicher und eigenständiger Entscheidungen bei ungewollter Schwangerschaft**

Die meisten Frauen werden durch die Beraterinnen, Ärztinnen und Ärzte als bereits klar entschieden und relativ gut informiert wahrgenommen. Hier spielen die Nutzung des Internets eine positive Rolle in einer frühzeitigen Auseinandersetzung mit möglicher (ungewollter) Schwangerschaft über die Überprüfung von Körpersignalen und den Beginn der eigenen Positionierung (I5, S.4). Ambivalenzen im Sinne eines massiven psychischen Konfliktes spielen eine eher untergeordnete Rolle. Die Entscheidungen wurden in der Regel mit dem Partner, Angehörigen, Freunden oder selbstständig getroffen. Es sind **meist sehr reflektierte, verantwortliche Entscheidungen**, keine leichtfertigen, wie manchmal unterstellt. Frauen spüren das Besondere der Situation, auch als Möglichkeit, sind aber trotzdem in der Lage, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen.

„Wenn Frauen einen Schwangerschaftsabbruch machen oder wenn sich Paare für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, dann ist es aus meiner Sicht eigentlich, das klingt vielleicht komisch, also es ist aus meiner Sicht oft eine ganz liebevolle Entscheidung auch bezogen auf dieses Kind, dem das Leben nicht geschenkt wird, weil die dann irgendwie so sagen, ‚ja, wenn ich ein Kind kriege, dann will ich diesem Kind das und das und das anbieten können, auch an Zuwendung, an Zeit, an Liebe, an Geborgenheit, und abgesehen von materiellen Lebensbedingungen, und das kann ich im Moment nicht geben.‘ Also es geht praktisch nie um so diese billigen Klischees, die da oft in der Presse sind oder so, ‚ich will eine Urlaubsreise machen oder ich will mir teure Klamotten kaufen und deshalb will ich jetzt das Kind nicht kriegen‘, sondern es geht meistens drum, zu gucken, ‚wenn ich dieses Leben schenke, dann geht’s nicht nur um das Leben,

*sondern es geht um ganz viel außen rum, und das habe ich im Moment nicht zu schenken und drum trage ich die Schwangerschaft nicht aus.““
(II, S. 9)*

Die Expertinnen betonen die Notwendigkeit der Klärung und Abgrenzung des Konfliktbegriffes (Wertekonflikte, psychische, soziale Konflikte etc.) sowie der Differenzierung innerdynamischer bzw. kommunikativ-interpersoneller Ambivalenzen. Unklarheiten führen zu Vermischungen und falschen Wertungen.

b) **Grundlegende Einstellung vs. konkretes Entscheidungsverhalten**

Die grundlegende Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch ist vor allem weltanschaulich und kulturell sowie durch tradierte Normen und Werte beeinflusst. **Generell** habe der Abbruch als Option heute eine **größere Selbstverständlichkeit** erhalten. Trotzdem werde die **individuelle Situation jeweils als sehr besondere erlebt**. Jede Schwangerschaft trage eine gewisse Ambivalenz in sich, die emotional erlebt werde, auch von klar entschiedenen Frauen. Je ambivalenter Frauen sind, desto eher treten dann auch ethische Aspekte, Themen wie Schuld und Verantwortung, Macht und Ohnmacht hervor.

In stärker religiös geprägten Regionen geht es noch um „Sünde“ oder „Mord“ (I4, S.9). Das Entscheidungsverhalten der Frauen und vor allem die Frage, wie konflikthaft der Abbruch erlebt und verarbeitet wird, sind davon tangiert, wenn auch nicht linear. Die Beraterinnen und z. T. auch die Ärztinnen und Ärzte, erleben es als problematisch, wenn Frauen, die einen Abbruch bisher aus ethisch-religiösen Gründen prinzipiell ablehnten und sich in der individuellen Situation doch dazu entscheiden, erheblichen Legitimationsdruck vor sich selbst und dem Umfeld gegenüber spüren und die Entscheidung verschweigen und evtl. schwerer verarbeiten.

Für die neuen Bundesländer wird festgestellt,

„(...) dass bestimmte Motivationen oder Einstellungen, die in Bayern sehr häufig waren, hier jetzt praktisch kaum auftreten, also da geht es um aus christlicher Religiosität heraus entstehende Schuldgefühle. Das gibt's hier praktisch überhaupt nicht, das heißt aber nicht, dass die Frauen hier nicht auch moralische Schuldgefühle hätten. Es ist für viele Frauen, das ist ein ganz weites Spektrum. (...) doch ein Teil von ihnen, ein Teil der Beziehung zu dem Mann, mögliches Kind.“ (II, S. 8)

Frauen mit osteuropäischem Migrationshintergrund wird sowohl ein schlechteres Verhütungsverhalten als auch eine selbstverständlichere Haltung zum SSA unterstellt. Hier sind sogar recht generalisierende Urteile anzutreffen:

„(...) die Osteuropäer, für die ist das eine ganz normale Methode der Empfängnisverhütung, die

haben da wenig Probleme mit, die kennen das auch nicht anders aus ihren Ländern, die haben ja auch keine Verhütungsmittel. Also, wenn da aus dem Ostblock, ich sage mal Ostblock, wenn da eine schwanger wird und will das nicht, die geht zum Abbruch, die nimmt nicht die Pille, das ist für die was ganz Normales.“ (I8, S. 3)

Bei muslimischen Frauen wird dies widersprüchlicher wahrgenommen: Einerseits befürchten angesichts einer ungeplante Schwangerschaft insbesondere ledige Frauen sehr große Konflikte mit ihrer Familie. Die familiäre Situation sei im Entscheidungsgeschehen vorrangig. Angst vor Strafe ist dramatischer. Andererseits kann für diese Familie ein insbesondere mit Unterstützung der Mütter vertraulich vollzogener Abbruch das gemeinsam akzeptierte geringere Übel gegenüber der befürchteten moralischen Schande darstellen. Sind schon Kinder in der Familie, wird diesen ohnehin größere Bedeutung beigemessen als ungeborenen Kindern.

c) **Individualisierungstendenzen vs. persönliche Haltung**

Der in den 70er und 80er Jahren massiv geführte und demzufolge in die Öffentlichkeit hinein wirkende Diskurs um den Schwangerschaftsabbruch gehört in dieser Form der Vergangenheit an. Die gesetzliche Neuregelung hat diesen Diskurs (zumindest aus der Perspektive der alten Bundesländer, für die der reformierte § 218 mit Beratungsregelung ein Fortschritt war) beruhigt. Beraterinnen konstatieren, dass die „emanzipatorische Kiste“ des „Mein Bauch gehört mir“ heute „völlig weg“ sei. Neben den positiven Effekten einer Entideologisierung in dieser Frage (im Sinne einer Versachlichung des Umgangs mit dem Thema und damit einer *möglichen* Minimierung moralischen Drucks) begünstige das aber vor allem die Gefahr einer **Vereinzelnung der Einschätzung der persönlichen Lebenslage im Kontext ungeplanter/ungewollter Schwangerschaft und damit eine Individualisierung im Erleben von Schuld und Verantwortung**, auch wenn selbstbestimmte Entscheidungen getroffen werden (I3, S.6). Das Internet erhöhe über die starke Präsenz der „Lebensschützer“ zudem den moralischen Druck auf die Frauen und verschlechtere eine gute Entscheidung und Verarbeitung (I5, S.8). Frauen fühlen sich z. T. mit ihren Gedanken und Gefühlen alleingelassen.

In diesen Prozess passe, dass es heute keine wirkliche Frauenpolitik mehr gebe, alles werde unter dem Begriff „Familie“ subsumiert und es geschehe eine

„(...) Entpolitisierung (...) bei der gesellschaftlichen Situation, dass ich mich so kümmern muss, wie komm ich denn zurande (...). dass solche übergeordneten Fragestellungen einfach nicht mehr (...) so im Vordergrund sind (...)“ (I5, S. 8)

Zum Teil erhebliche Defizite in der Kenntnis der rechtlichen Rahmenbedingungen bei den Frauen und Paaren infolge der geringen medialen Präsenz des Themas erschweren nach Meinung einiger Beraterinnen die Situation zusätzlich.

Ob jüngere Frauen heute selbstverständlicher mit dem Recht auf einen Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft umgehen, wird sehr unterschiedlich betrachtet. Einerseits wird hervorgehoben, dass es diese Entwicklung gebe, andererseits scheinen sich junge Frauen ob der öffentlichen Sprachlosigkeit zum Thema besonders alleingelassen zu fühlen und verunsichert oder auch mit stärker wertekonservativen Haltungen zu agieren.

Die Expertinnen der Zwischenauswertung heben hervor, dass die benannten Tendenzen der Individualisierung und Entpolitisierung des Themas in der Öffentlichkeit eine selbstverständlichere Kommunikation in der persönlichen Situation der ungewollten Schwangerschaft und der Entscheidung zum Abbruch behindern. Scham und Schuld, in diese Situation gekommen zu sein (als Folge der „Last“ der Verhütungsverantwortung, die primär weiblich geworden ist) und sich nun so zu entscheiden, produzieren wiederum Schweigsamkeit zu dieser Frage. In Beratungsstellen fänden die Frauen eine Ausnahmesituation vor: Hier sind Kommunikation und Selbstvergewisserung möglich. Allerdings ist die Möglichkeit zur Kommunikation erschwert durch den Erwartungsdruck im Kontext des Pflichtcharakters der Beratung, den die Frauen durchaus erleben. *Die Besonderheiten, Chancen und Grenzen der Beratungssituation sind sicherlich durch vielfältige Aspekte geprägt und bislang kaum evaluiert.*

3.3.4 Der „richtige Zeitpunkt“ und die Bewertung der Schwangerschaft

In der Studie „frauen leben“ wird zwischen Begriffen „geplant“, „gewollt“ und „gewünscht“ und ihren komplementären Aspekten unterschieden, und es wird ausdifferenziert, welche mögliche Vielfalt an Situationen das Leben in diesem Spannungsfeld zulassen kann.²⁶ Der Bezug zum „richtigen Zeitpunkt“ scheint eine besondere Rolle zu spielen.

a) Gewollt oder ungewollt

Nicht nur geplante, sondern auch ungeplante Schwangerschaften können **gewollte Schwangerschaften** sein. Gewollte Schwangerschaften werden nach Meinung der Beraterinnen eher selten abgebrochen. Das gilt jedoch nicht, wenn sich durch die eingetretene Schwangerschaft wichtige persönliche Bedingungen im Lebensumfeld plötzlich gravierend verändern. Diese Änderungen können sozialer, gesundheitlicher und offenbar vor allem partnerschaftlicher²⁷ Natur sein.

„Und da bricht eben für manche dann wirklich eine Welt zusammen und sie sagen dann, ‚also unter den Umständen schaffe ich das nicht und will ich das jetzt nicht.‘“ (II, S. 9)

„Und es gibt natürlich auch andererseits geplante Schwangerschaften, die dann mit der Tatsache, dass das jetzt so ist, wo dann die

²⁶ Helfferich (2001)

²⁷ Zur besonderen Bedeutung der Partnerschaft explizit im Abschnitt 3.3.5.

Beziehungen auseinanderbrechen, weil da plötzlich Dinge hochkommen, die vorher nie angesprochen wurden und sich aufgrund dessen dann zum Schwangerschaftsabbruch entschieden wird.“ (I2, S. 9)

Als ungewollt werden Schwangerschaften eher erlebt, wenn für die derzeitige Lebensphase kein Kinderwunsch vorliegt, weil für die persönliche Lebensplanung zunächst andere Prioritäten gesetzt werden. Die Tendenzen zum Schwangerschaftsabbruch wird nach Erfahrung der Beraterinnen wahrscheinlicher, wenn

- zusätzliche Belastungsfaktoren hinzukommen (z. B. Paarkonflikte, berufliche Unsicherheiten oder Probleme)
- Unklarheiten bestehen, so zur Realisierbarkeit persönlicher Lebensvorstellungen, und/oder
- lebensbiografische Besonderheiten kennzeichnend sind (z. B. zu jung oder zu alt für ein Leben mit einem (weiteren) Kind, Familienplanung ist abgeschlossen).

„Ich finde, das ist schon sehr relevant für die Entscheidung überhaupt ‚gewolltes oder ungewolltes Kind‘, und es ist was, was die Entscheidung eindeutig beeinflusst. Also, vielleicht Frauen, die aus wirtschaftlich guten oder durchschnittlichen Verhältnissen kommen, die unbefristete Verträge haben, also die gut abgesichert sind, entscheiden sich sicherlich auch eher bei einer ungeplanten Schwangerschaft zu einer Austragung des Kindes als Frauen, die wie gesagt Hartz-IV haben, freiberuflich sind, selbständig sind, da tendiert eine ungeplante Schwangerschaft meines Erachtens nach eher zum Abbruch. Die wollen lieber vorsorgen und vorbauen. Das kommt dann natürlich immer noch auf die partnerschaftliche Konstellation an.“ (I2, S. 6)

b) Die Verschiebung des „richtigen Zeitpunktes“

Das subjektive Gefühl vom „richtigen Zeitpunkt“ beeinflusst nach Meinung von Beraterinnen, Ärztinnen und Ärzten **die Gewolltheit einer Schwangerschaft und die Entscheidung für oder gegen ihren Abbruch deutlich.** Für diese Einschätzung werden verschiedene Hintergründe benannt:

- Insgesamt ist das Erstgeburtsalter weiterhin gestiegen. Das prägt soziale Normen, wird zum Fakt reproduktiver Kultur.
- Ausbildungs- und Berufseinstiegszeitpunkte haben sich bei Frauen und Männern weiter nach hinten verlagert, vor allem bei Akademikerinnen und Akademikern (Abitur mit 20, ggf. Armee oder Zivildienst, soziales oder ökologisches Jahr, Studienabschluss Ende 20, ggf. weitere Verlängerung durch Bachelor-Master-Studiengänge).

- Fort- und Weiterbildungserfordernisse prägen Zielstellungen nach dem Berufseinstieg. Lebenslanges Lernen ist heute Standard und wird insbesondere in Berufseinstiegsphasen als unabdingbar erlebt.
- Diese Entwicklungen verändern die subjektive Wahrnehmung vom „richtigen Zeitpunkt“ und die innere Akzeptanz anderer Entscheidungsmöglichkeiten wie früherer Schwangerschaften.

Generell scheint sich das Erleben der Entscheidungsnotwendigkeit im Sinne des „letzten“ oder „noch möglichen Zeitpunkts“ bis zum 35. Lebensjahr der Frau hin verschoben zu haben. Allerdings werden auch hier Unterschiede nach dem Bildungsstatus und damit der Relevanz von Bildungsanforderungen und beruflicher Entwicklung sowie kulturelle Unterschiede beschrieben (Frauen mit Migrationshintergrund entscheiden sich offensichtlich nach wie vor früher für Kinder, trotz aller Annäherungen auch Frauen aus den neuen Bundesländern).

Signifikant sind Äußerungen wie die folgenden:

„Jetzt habe ich so viele Jahre in meine Ausbildung (...) investiert (...) jetzt will ich aber auch wenigstens mal eine Weile in meinem Beruf arbeiten.“ Was wir dann oft hören ist: „Und heute ist es ja auch nicht mehr so, dass man mit 30 schon alle Kinder bekommen haben muss. Ich habe mir schon überlegt, ich kann ja auch mit 35 noch Mutter werden, ich kann ja heute auch mit 40 noch Mutter werden“, wo dann natürlich auch ja Medienrollen, Models, wenn man da mal so guckt, wer da grade bei Schauspielerinnen oder wo auch immer jenseits der 40 unter großer Beteiligung sämtlicher Medien Schwangerschaft und Mutterschaft öffentlich auslebt, die werden dann natürlich auch als Leitbilder gesehen: „Ich muss ja jetzt noch gar nicht.“ Also, von daher verschiebt sich das schon ein bisschen mit dem Alter einfach.“ (15, S. 13)

„Das andere, sich als späte Schwangere zu erleben, ist heutzutage glaube ich mit 35 noch nicht unbedingt das Thema. Es macht sich manchmal erst daran fest, wenn Frauen dann vom Frauenarzt in diese Rubrik einsortiert werden und PND angeboten wird, da wird es manchen dann schon bewusst, aber so in der Konfliktberatung selber finde ich, jetzt bei den 30- bis 35-Jährigen ist das Alter noch kein Argument. Also, da könnte schon immer noch der Punkt sein, so im Hinterkopf zu haben, wenn die anderen Dinge für mich klarer sind, dann kann ich ja noch später mich für eine Schwangerschaft entscheiden.“ (14, S. 17)

„Also, als zu früh , (...) also bis Mitte 20 erlebe ich selten geplante Schwangerschaften, ich würde sogar behaupten bis 27, 28. Dann ist so eine Phase bis Mitte 30, wo das dann schon eher, also wo ein Kinderwunsch einfach präsent ist. Und darüber hinaus finden sich dann die Frauen wieder, die sagen, aber jetzt muss es aber mal sein. Die Grenze, erlebe ich immer so bei den Frauen nach oben hin, ist immer so 40. Also, mit 40 sagen die meisten, so bis dahin. Das hat sich auch nach oben hin verschoben.“ (I2, S. 13)

„Also eine 35-Jährige sieht das ganz anders als eine 25-Jährige. Eine 25-Jährige sieht ja noch alles vor sich, alle Möglichkeiten, noch ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Die 35-Jährige ist da schon reflektierter. Und dann auch eher in der Situation zu spüren, dass es hier um doch noch mal was Spezielles geht, weil wenn man das nicht noch mal später entscheiden kann, weil das biologische Fenster dann so langsam zuklappt, dann ist auch vielleicht ein höherer Druck noch mal zu der jetzigen Entscheidungssituation höher. Ja, dann ist der Druck höher und das macht diese Gespräche so ganz schwierig. Weil da kommt die Ambivalenz ungemein hoch. Weil die biologischen Faktoren dann so sind, dass eben die Wiederholbarkeit nicht gegeben ist.“ (I3, S. 13)

3.3.5 Die Rolle des Partners

a) Die Bedeutung der Partnerschaft seitens der Frauen

Gelingende und verlässliche Partnerschaft besitzt für Frauen, wie bereits dargelegt, im Kontext der Bewertung einer Schwangerschaft als gewollt oder ungewollt sowie in der Entscheidungsfindung eine erhebliche Bedeutung. Dies steht nicht im Widerspruch zur gewachsenen Entscheidungsautonomie von Frauen, sondern korrespondiert mit ihr oder kann auch in ein widersprüchliches Erleben führen. Die Beziehungsqualität, die durch beide Partner und die Lebbarkeit ihrer Lebensentwürfe beeinflusst ist, ist nach der Erfahrung der Beraterinnen der bedeutsame Indikator. **Wenn die Beziehung als nicht sicher genug wahrgenommen wird, mithin auch das „Projekt Kind“ nicht sicher genug realisierbar scheint, dann nehmen die Frauen eher Abstand davon.** Die Rolle des Partners bezieht sich auf

- sein Vorhandensein überhaupt
- seine Präsenz, sowohl zeitlich als auch mental
- seine unterstützende Rolle
- seine Zuverlässigkeit
- seine Haltung zur ungeplanten Schwangerschaft.

Partnerschaftliche Gründe seien die häufigsten angegebenen Gründe für die Entscheidung zum Abbruch:

„(...) immer als häufigster Grund in den letzten Jahren: Partnerproblem bzw. Angst vorm Alleinerziehend-Sein, und dann kommt finanzielles Problem, beruflich, bzw. Problem Kinderbetreuung, das heißt, der Partner, das ist immer das, wenn ein Partner da ist, der verlässlich dasteht, dann kann eine Frau die anderen Sachen gebacken kriegen (...) ,ich möchte gerne Kinder, ich möchte unbedingt Kinder, aber ich will, dass meine familiäre Situation geklärt ist, bevor dieses Wunschkind kommen kann, und weil diese Situation jetzt nicht meiner Vorstellung entsprechen kann, kann ich auch dieses Kind nicht gut annehmen.“ (I4, S. 6 f.)

„Grundsätzlich – wie sich der Partner verhält bzw. wie sich eine Schwangerschaft auf die Partnerschaft auswirken würde, die Schwangerschaft, die Geburt eines Kindes, ist für die Frauen wichtiger“ (I5; S. 9 f.)

„(...) wie weit kann ich denn dem jetzigen Kindsvater zutrauen, dass er mich trägt in dieser Situation(...) (I4, S. 17)

„(...) insbesondere bei höher qualifizierten Frauen mit klaren beruflichen Vorstellungen, die Sicherheit der partizipatorischen, unterstützenden Rolle des Partners, um Beruf und Familie vereinbaren zu können und eigene berufliche und Lebenspläne nicht aufgeben zu müssen. Zudem scheint dies ein erheblicher Faktor bei der Begrenzung der Kinderzahl zu sein.“ (I2, S. 5)

Auch Ärztinnen und Ärzte nehmen dies so wahr:

„Es sind sehr häufig Frauen in einer nicht geeigneten Beziehungssituation, die sich zum Abbruch entschließen, wie auch immer, entweder in einer bestehenden Beziehung, die aber wo die Frau dann doch sehr kritisch es auch sieht, dass die Beziehung unter Umständen nicht tragfähig genug ist für das Austragen einer Schwangerschaft. Oder eben halt wo sicher ist, dass der Erzeuger der Schwangerschaft nicht dazu stehen wird. Also, das ist die Beziehungssituation, wenn die nicht tragfähig ist, dann gibt es ganz wenige Frauen, die sich

dann nicht tatsächlich entscheiden zum Schwangerschaftsabbruch, weil sie eben halt genügend Kenntnisse haben, dass das keinesfalls einfach ist, ein Kind alleine auszutragen und alleine zu erziehen.“ (I6, S. 4)

Die Frauen werden heute, bei aller Gemeinschaftlichkeit von Entscheidungsprozessen und Werthaftigkeit von Partnerschaft und Familie, als deutlich selbstbewusster und **selbstverständlicher in ihrer Entscheidungsautonomie** wahrgenommen.

„Ich denke, die Frauen sind schon autark in ihrer eigenen Entscheidung, das hab ich eigentlich in letzter Zeit wenig erlebt, dass ich das Gefühl hatte, Frauen werden sozusagen von ihrem Mann manipuliert, den Abbruch zu machen. Das kann sein, dass sich das vielleicht sogar auch geändert hat, also, dass Frau jetzt sagt, das entscheide ich so, mit dem Mann geht es sowieso nicht.“ (I3, S. 8)

„Wenn die Männer stärker anwesend sind an den Beratungsgesprächen, dann nicht, weil die Frauen stärker schutzbedürftig wären, sondern weil die Situation als gemeinsame erlebt wird und der Partner dezidiert in die Verantwortung hineingenommen wird.“ (I3, S. 12)

b) Die männliche Sicht und ihre Wirkung

Die **Männer agieren einerseits offensichtlich in einer Mischung aus Respekt und Zurückhaltung vor der Entscheidung der Frau**, ist es doch ihr Körper, ihre Schwangerschaft. Sie sind in der Beratung präsenter, begleiten ihre Frauen mehr als früher und haben meist die Haltung des „ich stehe hinter dir, egal was du tust“. Andererseits werden sie von den Beraterinnen auch als Klienten mit eigenen Interessenlagen und Verantwortungsgefühlen wahrgenommen. Sie sind offenbar sehr unterschiedlich in der Lage, diese zu artikulieren, auch und gerade wenn sie ihren Partnerinnen die Entscheidung im positiven Sinne überlassen wollen. Möglicherweise fühlen sich die Frauen dadurch in bestimmter Hinsicht zwar respektiert, aber auch allein. Dass Männer Druck auf ihre Partnerinnen zum Abbruch ausüben, wird eher selten beschrieben.

„Ganz häufig ist es so, dass die Männer sich dann in dem Beratungsgespräch, oder die Frauen sagen auch, dass das zu Hause auch so ist, dass sich die Männer erst so ein Stück zurückhalten und sagen, ‚ich überlasse dir, Frau, die Entscheidung, also so wie du es entscheidest werde ich mitgehen.‘ (...) Weil letztendlich hat der Mann ja recht, es ist die Entscheidung der Frau, er hat letztendlich da nichts zu sagen, aber es ist für die Frauen schon sehr, sehr wichtig, zu wissen, was ist der Wunsch des Mannes, weil wenn sie selber ambivalent

sind, dann kann das durchaus sozusagen das Zünglein an der Waage sein, wenn der Mann dann sagt, ‚ich wünsche mir das eigentlich und ich bleib da und ich unterstütz dich und ich mache das alles mit‘, dass sie sich dann eher dafür entscheiden können.“ (II, S. 10)

Wenn Männer in der Situation einer ungeplanten Schwangerschaft allerdings klar äußern, dass sie zum gegenwärtigen Zeitpunkt (oder überhaupt) kein Kind wollen, so kann das von der Frau ggf. als Druck oder Distanzierungsverhalten erlebt werden, kann aber zunächst auch lediglich die legitime Äußerung der Position des Partners sein.

„(...) das definiere ich als Äußerung der Befindlichkeit oder der Wünsche dieses Mannes und aus meiner Sicht hat er ein Recht dazu, sie zu äußern, und die Frau muss dann für sich eine Entscheidung treffen unter diesen Rahmenbedingungen, sie hat dann einen Mann, der sagt, ‚ich will kein Kind.‘ Das ist schwer, das ist eine schwierige Lebenssituation, aber unter Druck setzen, da würde ich was anderes drunter verstehen, also dass ein Mann einer Frau Gewalt androht oder sie zu erpressen versucht mit irgendetwas.“ (II, S. 19)

Nicht selten erleben Beraterinnen **Männer in ihren Verantwortlichkeitsgefühlen**, was leistbar ist und was nicht, resp. auch mit ihren Ängsten vor Überforderung durch die antizipierte Situation (I4; S.13).

Nach Meinung der Expertinnen der Zwischenauswertung sollte in einer künftigen Untersuchung erforscht werden, wie Paarbeziehungen über solche Entscheidungen, insbesondere auch im Fall von Interessenunterschieden oder Konflikten, tragen können. Dabei sei vor allem die Perspektive der Frauen und Männer selbst bedeutsam, nicht nur die Meinungen von Expertinnen über sie. Die Untersuchung sollte den Blick auf ihre gleichen, ähnlichen oder unterschiedlichen Lebensentwürfe vor und nach einer möglichen ersten Schwangerschaft ebenso richten wie auf Differenzen zwischen realisiertem und grundsätzlichem Kinderwunsch sowie zwischen realisiertem und umgesetztem Kinderwunsch²⁸.

3.3.6 Körperwissen, Verhütungskompetenz, Verhütungsverhalten

Verhütung ist häufig ein **Thema in den Beratungen**, meist angesprochen durch die Beraterinnen selbst. Welche Bedeutung das Verhütungsthema erhält, machen die Beraterinnen allerdings hochgradig vom wirklichen Interesse und Bedarf der Frauen abhängig. Sie erleben Frauen diesbezüglich

²⁸ Dazu bereits existierende Studien (u.a. W. Fthenakis (2002)) fokussieren die Veränderung von Paarbeziehungen und Rollenkonzepten in Familienbildungsphasen, nicht aber das Thema der Entscheidung für einen Abbruch in ihren antizipierten Folgen für Partnerschaft und Lebbarkeit von Rollenbildern.

unterschiedlich. Viele Frauen sind dankbar, einmal ausführlicher über das Verhütungsthema reden zu können, andere wiederum möchten dies mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt klären oder sind in dieser konkreten Situation nicht offen für das Thema, weil anderes (der Abbruch selbst, die Entscheidungsfindung etc.) sie vordringlich beschäftigt. Allerdings scheint es auch häufig so zu sein, dass Beraterinnen Verhütung bzw. die Gründe für die misslungene Verhütung „immer ansprechen“, um auf jeden Fall ein „nächstes Mal“ zu vermeiden.

Ungeplante/ungewollte Schwangerschaft wird vor allem mit **misslingender, unsicherer oder verdrängter Verhütung** verbunden. Die Beraterinnen sehen Zusammenhänge mit der Veränderung von **Paarbeziehungen** (geringere Stabilität, häufigere Wechsel) oder mit Defiziten in der partnerschaftlichen Kommunikation zur Verhütung, vor allem in nicht egalitären Paarbeziehungen und bei männerdominierter Sexualität. Auch Mythenbildungen und **Risikoverdrängung** („Es wird schon nichts passieren“) werden immer wieder konstatiert. Vielfach wird festgestellt, dass Verhütungsspannen auf fehlendem oder **ungenügendem Körper- und Verhütungswissen** beruhen. Besonders **Migrantinnen** haben offensichtlich größere Defizite in Zugang zu und Anwendung von Verhütungsmitteln, wenn es sprachliche Probleme gibt und damit Schwierigkeiten, den Beipackzettel zu verstehen oder die Ärztin oder den Arzt zu fragen. Auch der paarkommunikative Aspekt wird hier als besonderes Problem wahrgenommen.

„Also, benannt wird ganz, ganz oft Pillenversagen, wo wir dann meistens feststellen, Antibiotikum und Pille ist ein ganz ein riesiges Ding, wo wir manchmal auch das Gefühl haben, dass Ärzte, die Antibiotika verschreiben, sind meistens die Hausärzte, die überhaupt nicht darüber nachdenken, den Frauen zu sagen, das hat was mit der Pille zu tun (...) Also, das kommt relativ häufig vor, und dann werden wir überrollt von der Aussage ‚Kondom ist geplatzt‘, wobei wir schon fast grinsen müssen, weil wir sagen, na ja so häufig platzen doch Kondome nicht, die sind doch eigentlich alle geprüft. Also, Anwendungsfehler bei Kondomen, sage ich jetzt mal so.“ (I4, S. 22)

Die Beraterinnen betonen immer wieder, dass **sozial schwache Frauen**, insbesondere Hartz IV-Empfängerinnen, heute keinen Anspruch auf Zuzahlung zu Verhütungsmitteln mehr haben und deshalb für sie der **Zugang zu sicherer Verhütung erschwert** ist, sodass sie oft zu kostengünstigeren, aber auch weniger sicheren Verhütungsmethoden wechseln oder Verhütung eher weglassen

„Einmal wirklich bei der Kostenübernahme für ärztlich verordnete Verhütungsmittel, da finde ich wirklich, muss dieser Zustand wieder hergestellt werden wie vor Inkrafttreten dieses Gesundheitsmodernisierungsgesetzes. Es gibt ja jetzt mittlerweile vor Ort hier und da mal so

Fondslösungen oder so, für Bedürftige, wo sie dann als Bittstellerinnen irgendwo (...) und dann gibt es doch noch mal ein bisschen was. Ich finde, das ist eine ganze große Notwendigkeit, diesen Rechtsanspruch wieder herzustellen auf die Übernahme für die Kosten ärztlich verordneter Verhütungsmittel und auch Sterilisation, weil ich finde es einfach ein Unding und kann das auch nicht begreifen, das grade unter dieser Regierung auch. Also, ich finde das so (...) einfach und ich kann mich da so furchtbar drüber aufregen, dass zum einen die Frauen verurteilt werden, die Schwangerschaften abbrechen, ihnen auf der anderen Seite aber keine Möglichkeit gegeben wird, auf sichere und gesunde Verhütungsmittel zugreifen zu können. Das finde ich, ist ein Skandal, so. Und dass sich auch niemand dieses Themas annimmt und dass immer so abgetan wird mit diesem ‚ach diese 10 Euro für die Pille im Monat, wenn das wichtig ist, werden die die wohl noch haben‘. Nein, die haben die nicht, so. Und wenn das dann auch noch um eine Spirale geht, weil die Pille aus irgendwelchen Gründen nicht vertragen wird, dann ist endgültig Schluss. Da ist ein ganz großer Bedarf.“ (I5, S. 20; ähnlich I3, S. 19, u. a.)

Die **Pille danach** scheint den Frauen meist bekannt zu sein, offensichtlich aber auch oftmals nur sehr ungenau (Verwechslung mit der Mifegyne, Unkenntnis der Zugangswege, Wirkdauer, Überschätzung der Nebenwirkungen...). Viele Beraterinnen informieren über diese Möglichkeit der Notfallverhütung. Einige Beraterinnen sind eher zögerlich, haben offensichtlich selbst Vorbehalte zur Wirksamkeit und moralischen Wirkung (dies trifft auch für Ärztinnen und Ärzte zu). Vor allem wird aber immer wieder benannt, dass die Pille danach durch die Rezeptpflicht zu schwer zugänglich und zudem (zu) teuer ist und deshalb im Kontext einer Risikoabwägung und -verdrängung eher nicht genutzt wird.

„Da müssen Frauen zum Teil Odysseen auf sich nehmen, um an dieses Notfallverhütungsmittel überhaupt zu kommen. Katholische konfessionelle Krankenhäuser machen es gar nicht, und bestimmte Ärzte machen es auch nicht, und andere machen es nur im Zusammenhang mit umfanglichsten gynäkologischen Untersuchungen, die überhaupt nicht notwendig sind, und so. Also, da müssen die Zugangswege erleichtert werden, da würde ich auch sagen, das muss rezeptfrei möglich sein. Es gibt europäische Länder, in denen ist das, warum ist da hier nicht, warum kann das hier nicht sein.“ (I5, S. 21)

Auch Expertinnen der Zwischenauswertung heben die Bedeutung der Kostenübernahme der Verhütungsmittel für sozial schwache Frauen sowie den erleichterten Zugang zur Pille danach als dringlich hervor.

3.3.7 Die Rolle von Ärztinnen, Ärzten und Beraterinnen

a) Die Ärztinnen und Ärzte

Ärztinnen und Ärzte spielen aus der Perspektive der Beraterinnen für die Frauen eine wichtige Rolle. Dies betrifft vor allem die individuelle und adäquate Verhütungsberatung. Hier hätten Ärztinnen und Ärzte durch ihr Ansehen bei den Frauen eine gute Wirkmöglichkeit, der sie sich oft nicht bewusst genug seien, wenn sie Verhütungsberatung auf „Verordnung“ reduzieren. Auch durch die Information und Beratung im Falle der Feststellung einer ungeplanten/ ungewollten Schwangerschaft können Ärztinnen und Ärzte großen Einfluss haben. Die Entscheidung selbst beeinflussen sie zwar nach Meinung der Beraterinnen eher nicht, wohl aber den Entscheidungs- und Verarbeitungsprozess einer Frau. Frauen zollen Ärztinnen und Ärzten nach wie vor hohen Respekt, und deren Haltung kann erleichternd oder erschwerend wirken.

„Ich denke, dass die Ärzte eine große Rolle spielen und dass sie sich dieser Rolle aber oftmals nicht bewusst sind. Die meisten Frauen achten sehr, sehr genau darauf, wenn das oftmals auch unbewusst ist, wie der auch mit der Feststellung der Schwangerschaft als erstes umgeht, da geht's damit los, sehen die Frauen das Ultraschallbild oder nicht, kriegen sie es vielleicht sogar mit, obwohl sie vorher gesagt haben, sie möchten einen Schwangerschaftsabbruch. Also, es gibt einige Ärzte in Leipzig, die ich auch sehr gut kenne, die sehr sensibel damit umgehen, und das, finde ich, hat einen großen Einfluss auf den weiteren Verlauf für die Frau.“ (I2, S. 17)

Ärztinnen und Ärzte mit langjährigen Kontakten zu ihren Patientinnen sind oft Vertrauenspersonen, dann auch in dieser Lebenssituation. Sie nehmen diese Herausforderung an, verweisen aber auch auf die Beratungsstellen, mit denen sie meist positive Erfahrungen gemacht haben (I6, S. 13.).

Die Ärztinnen und Ärzte selbst füllen ihre Aufgabe mit sehr unterschiedlichen Intentionen aus.

Diese scheinen in erster Linie abhängig von ihrem Alter, ihrem persönlichen Wertebild zur Position von Frauen in der Gesellschaft, zu Emanzipation und Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung, von ihrer beraterischen Qualifikation und ihrer sozialen Kompetenz.

Je jünger die Ärztinnen und Ärzte sind, desto pragmatischer gehen sie offensichtlich mit dem Thema um, sehen ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch eher lediglich als Thema nicht gelungener oder zu laxer, inkompetenter Verhütung und begreifen sich selbst als

Dienstleistende. Eher geringer ist dann ihre Ambition (aber auch ihre zeitliche Möglichkeit), die Frauen im Einzelnen verstehen und umfassend begleiten zu wollen, noch dazu, wenn der Abbruch im klinischen Kontext stattfindet. Sie konzentrieren sich auf das ärztliche Handling.

„Ja, ich verstehe mich da so als Dienstleister. Wie gesagt, wenn die Frau käme ohne psychologische oder Konfliktberatung, dann würde sicherlich uns noch eine größere Verantwortung zukommen, aber dadurch, dass ich weiß, sie müssen dort, ich weiß nicht wie lange schon, Rede und Antwort stehen, haben sie genug Zeit gehabt, sich darüber zu informieren. Und sie haben danach noch mal drei Tage Zeit, bevor wir uns überhaupt mit ihnen beschäftigen dürfen, dann kommen sie erst zu uns zum Gespräch und zur Aufnahme und zur Untersuchung. Ich habe den Eindruck, den Frauen ist es lieb so, wie wir es machen. Ich bin nicht die einzige, ich habe mich umgehört bei meinen Kolleginnen, die machen es alle so, dass wir den Frauen die Gelegenheit geben, mit einer Frage, zu sagen oder noch mal loszuwerden, warum. Ich frage auch immer noch mal, ob sie sich richtig sicher ist, dass sie den Eingriff wünscht. Dann kommt eigentlich immer ein ‚Ja‘. Und bei dem einen Fall, wo sie sich nicht sicher war, da spürt man das sofort, dass sie ambivalent ist, dann sitzt auch der Freund draußen und ‚mein Freund würde eigentlich auch noch gern warten, aber wir können eigentlich nicht, wir haben finanzielle Probleme und, und, und. Wir haben auch schon ein Kind, das ist erst ein Jahr.‘ Wenn da irgendwie so ein Funke von Unsicherheit da ist, da wird natürlich nachgehakt, weil wir ja nicht wollen, dass die Patientin hinterher mit einem größeren Leid nach Hause geht.“ (I7, S. 6)

Ältere Ärztinnen und Ärzte haben die Zeit der Auseinandersetzungen um den § 218 meist sehr bewusst miterlebt und zum Teil selbst mit getragen. Ihre eigene weltanschauliche Position prägt ihr Verhalten. Dies zeigt sich u. a. immer wieder bei den Ärztinnen und Ärzten, die eine Schwangerschaft feststellen, aber ihre Missbilligung den Frauen klar signalisieren, Schuldgefühle implantieren. Es zeigt sich aber auch bei den Ärztinnen und Ärzten, für die der grundsätzliche Respekt vor der Entscheidung der Frau, ihrer Lebenssituation und Lebensweise essentiell ist. Für sie verbinden sich fachlicher Anspruch und politische Dimension des Themas auf besondere Weise. Sie sind eher bereit, sich auch im ärztlichen Kontakt für die Frau in ihrer Gesamtpersönlichkeit zu interessieren. Die Vergewisserung der Entscheidungsklarheit der Frau und ihre Abstandnahme von moralisierenden Unterstellungen sind ihnen bedeutsam, um die Frauen gut begleiten zu können.

b) Die Beraterinnen

Eher schwierig ist die Selbsteinschätzung der Rolle der Beratung. Dies hängt nicht zuletzt mit den Besonderheiten der Pflichtberatung, ihrer rechtlichen Einbindung und inhaltlichen Ausgestaltung zusammen. Die Beraterinnen sind bestrebt, in diesem Kontext professionelle Beratungsangebote zu unterbreiten, die Informations- und Gesprächsbedarfe der Frauen in den Mittelpunkt der Beratung zu stellen. Sie machen die Erfahrung, dass die Frauen dann die Beratungsangebote meist auch gut annehmen können, sich für sie wichtige Informationen holen, aber auch Reflexionsmöglichkeiten nutzen oder Unterstützung durch solidarische Akzeptanz erstreben.

„Ich denke, so aus meiner Erfahrung, dass eigentlich immer, also bei jeder Frau, die sich diesen Schwangerschaftsabbruch zumindest überlegt, gibt es immer ganz viele Fragen zu dem Abbruch selber, also zu den organisatorisch-rechtlichen und finanziellen Geschichten, aber eben auch diese ganzen medizinischen Fragen, was gibt's für Methoden, wie wird so ein Abbruch gemacht, was sind die Risiken, tut das weh und solche Dinge. Das gehört eigentlich fast immer dazu und ist auch oft eine sehr gute Einstiegsmöglichkeit ins Gespräch, weil es ist ja auch, sie haben es grad genannt, eine Pflichtberatung, das heißt, die Frauen kommen ja nicht aus eigenem Antrieb her, in der Regel, und wenn sie dann merken, dass auf diese sachlichen Fragen, bezogen auf den Schwangerschaftsabbruch, dass sie da von mir eine ganz sachliche informative Antwort kriegen, dann fühlen sie sich sehr akzeptiert und angenommen und dann ist es oft eine ganz gute Brücke auch zu anderen Themen, die dann hinter dieser Entscheidung stehen.“ (I1, S. 17, ähnlich I2, S. 8)

Allerdings ist der Druck der besonderen Beratungssituation und -begegnung auch bei den Beraterinnen zu spüren, sei es in dem Versuch, ihr Handeln zu legitimieren, einen von ihnen erwarteten gesetzlichen Informations- und Beratungsauftrag auszuführen (auch wenn die Frau diese Informationen möglicherweise gar nicht benötigt), oder sei es bezüglich der Schwierigkeit, mit den Äußerungen der Frauen adäquat umzugehen, ohne zu wissen, ob der Charakter der Pflichtberatung sie „echt“ sein lässt.

Die Expertinnen der Zwischenauswertung heben hervor, dass mit dem Charakter der Pflichtberatung einhergeht, dass die Beratung eine Eigendynamik erhält und sozial erwünschte Antworten gegeben werden, sei es zu Abbruchgründen oder zur Verhütung. Dies müsse eine künftige Studie allerdings verifizieren. Uneinigkeit herrscht darüber, ob die Frauen mehrheitlich wissen, was sie in der Beratung erwartet: Einerseits wird konstatiert, die Frauen wüssten inzwischen sehr wohl, dass sie einen Anspruch auf den „Schein“ haben, „wie das alles so läuft“, und kämen mithin „unaufgeregt“ in diese Beratung. Andererseits wird betont, dass nach

wie vor viele Frauen in dieser persönlich einmaligen Situation nicht oder nicht hinreichend wissen, was sie erwartet und welches Ziel die Beratung hat, dass sie defizitär über ihre Rechte informiert sind und mithin mit Unsicherheiten, Angst und Sorge kommen und dass sie sich in der Beratung eher so verhalten, wie sie meinen, dass es sein müsse, um den Schein zu bekommen. Andere Frauen wiederum nehmen die Beratungssituation einfach und ggf. auch dankbar war. Die Beraterinnen verstehen einen Teil ihrer Aufgabe offensichtlich darin, Brücken zu einer wirklichen Beratungsmöglichkeit hin zu bauen.

3.3.8 Hilfebedarfe

Hilfebedarfe werden unter verschiedenen Gesichtspunkten thematisiert. Als wesentlich können benannt werden:

a) **Leistungen und Angebote, die die Erwünschtheit von Kindern befördern**

Generell heben die Beraterinnen wie Ärztinnen und Ärzte hervor, dass kurzfristige finanzielle Hilfen nicht greifen. **Frauen und Paare brauchen Planbarkeit von Zukunft.** Dazu gehören unterschiedliche Facetten. So werden immer wieder die Sicherheit des Arbeitsplatzes, der Kündigungsschutz, qualifiziertere Arbeitsangebote für Frauen, kostengünstige und zeitlich flexible und umfassende Möglichkeiten der Kinderbetreuung sowie Verbesserungen für Alleinerziehende genannt. Die jeweilige Betonung scheint sich zwischen alten und neuen Bundesländern etwas zu unterscheiden. In den neuen Bundesländern ist die Kinderbetreuung bei aller auch hier geforderten Verbesserung noch weitgehend gut ausgebaut. Hier wird eher die nachhaltige Sicherheit von Arbeitsmöglichkeiten fokussiert. Der Ausbau der Kinderbetreuung wird vor allem in den alten Bundesländern hervorgehoben. Einerseits sind auch hier die Frauen heute vermehrt berufstätig, andererseits stehen ihnen, selbst im ländlichen Raum, die familialen Netzwerke nicht mehr so zur Verfügung, wie dies noch vor 20 Jahren der Fall war. Auch die Generation der Großmütter ist heute eher berufstätig, oder Frauen wollen sich auch aus familialen Abhängigkeiten lösen.

„Es zielt schon so auf verlässliche Zukunftsoptionen, die das Leben wirklich gestaltbar machen. Das ist ein großer Begriff, unter dem kann man es auf jeden Fall subsumieren, es fehlt die Zukunftsperspektive: wie kann ich gut mit dem Kind leben? Wenn die Frauen das nicht sehen können, dann wird es halt kritisch. Das ist eine wichtige Entscheidung: Wie kann ich gut mit dem Kind leben? Das ist die entscheidende Frage. Dazu gehört natürlich für jede was anderes, (...) ich würde eher aus meiner Sicht sehen: stützende Netzwerke, soziale Beziehungen, dieser ganze Bereich gute Optionen auf zufriedenstellende Lebensbedingungen.“ (I3, S. 17 f.)

Es wird politischer Handlungsbedarf gesehen, um eine wirkliche partizipatorische Rollenverteilung, eine Stärkung der Position der Frauen zu erreichen. Dazu gehören auch kalkulierbare Rechtsansprüche. Hier wird die Bundesstiftung Mutter und Kind benannt:

„Es müsste einen Rechtsanspruch auf Unterstützung geben, also das sage ich vor dem Hintergrund Bundesstiftung Mutter und Kind, so, wirklich ein Rechtsanspruch, der auch umgesetzt werden kann. Ich sage das auch vor dem Hintergrund sonstiger Sozialleistungen, einmalige Beihilfen, also dass wirklich, dass die nicht nur auf dem Papier stehen, sondern dass die auch bewilligt werden, und zwar so, dass die Frauen nicht nach wie vor als Bittstellerinnen gefühlt auftauchen müssen und dann weggeschickt werden. Da müsste sich deutlich was verändern.“ (15, S. 21)

Das Elterngeld wird zwar als positive Maßnahme gewertet, aber sie betreffe in erster Linie gut verdienende Mittelschichtfrauen, die sich bei einem generellen Kinderwunsch im Falle einer ungeplanten Schwangerschaft zum gegenwärtigen Zeitpunkt dann doch für das Austragen entscheiden oder mehr Mut haben, ihren Kinderwunsch bereits jetzt zu realisieren.

„Ich habe schon den Eindruck, dass die Veränderungen, die es in den letzten Jahren gegeben hat, also grad mit Elterngeld und mit der Ausweitung von Kinderbetreuung und mit der größeren Akzeptanz von gleichzeitig Mutter sein und berufstätig sein, dass durchaus viele Mittelschichtfrauen oder eben einigermaßen gut gebildete Frauen durchaus eher ermutigt werden, auch in der Situation, wo es von der Lebensplanung eigentlich noch gar nicht so gedacht war, trotzdem dann zu sagen, o. k., jetzt bin ich schwanger und dann trage ich die Schwangerschaft auch aus. Und da ist grade dieses Elterngeld durchaus ein wichtiger Faktor.“ (11, S. 20)

Anders sehen die Beraterinnen das meist für Frauen in prekären Lebenslagen. Hier greifen das Erziehungsgeld oder steuerliche Vergünstigungen eher nicht.

„(...) dann sind sie schwanger und dann ist das so eine Bewegung hin zu ‚ich übernehme jetzt Verantwortung auch für das eigene Leben‘, und da müsste es Angebote geben, dass die ihr Kind kriegen können, dass die auch für das Kind sorgen können, dabei unterstützt werden, und gleichzeitig parallel zum Beispiel ihnen eine Ausbildung angeboten wird oder eine qualifizierte oder einigermaßen anspruchsvolle

Tätigkeit, die sie beruflich in eine Schiene bringt. Und ich glaube, an den Punkten wären die Frauen sogar ganz gut zu packen, aber es gibt zu wenig Angebote, und drum wissen die, wenn ich jetzt dies Kind kriege oder jetzt noch dieses weitere Kind kriege, dann bin ich noch weiter draußen, dann werde ich es nie mehr packen, was andres als daheim zu sitzen als Perspektive zu haben.“ (II, S. 21)

b) Leistungen und Angebote, die Erleben und Verarbeiten des Abbruchs begleiten

Die wichtigste Voraussetzung für eine gute Verarbeitung des Abbruchs sehen die Beraterinnen darin, dass die meisten Frauen relativ klar entschieden sind und in einem gut unterstützenden sozialen Umfeld leben. Dann gelingt es ihnen auch, mit notwendigerweise dazugehörigen Gefühlen von Traurigkeit gut umgehen zu können. Beratungsangebote nach dem Abbruch werden höchst selten in Anspruch genommen.

„(...) wenn die Frauen den Schwangerschaftsabbruch hinter sich haben, dann sind sie in der Regel erst mal sehr erleichtert. Tun sich dann neue Perspektiven auf, richten sie ihre Ziele wieder neu aus und haben dann eigentlich gar keinen Bedarf mehr beziehungsweise haben dann auch eine Freundin oder eine Mutter oder ihren Partner oder jemanden, wo sie sich dann auch mal ausweinen können (...) Und den Frauen wird deutlich, dass das jetzt nicht ein Ereignis war, das man so einfach wegstecken kann und was dann weg ist, sondern es ist ein Ereignis, das sie ihr ganzes Leben lang begleitet. Aber es ist jetzt nichts Pathologisches oder nichts, wo unbedingt eine Beratung notwendig ist, sondern wo die in ihren ganz normalen Lebenszusammenhängen dann halt noch mal wieder erinnert werden und das auch in irgendeiner Weise integrieren und aufarbeiten.“ (II, S. 22)

Bei Bedarf werden auch andere Hilfeangebote vermittelt. Dies können gesundheitliche Versorgungsmöglichkeiten, Mutter-Kind-Kuren, Kontakte zum Frauenhaus, zur Rechtsberatung, Ehe- und Familienberatung oder psychotherapeutische Angebote ebenso sein wie Hilfen zur Erziehung über das Jugendamt, falls schon Kinder da sind, oder andere soziale Unterstützungsleistungen.

Unter den wichtigen Versorgungsmöglichkeiten werden auch die Verfügbarkeit von Ärztinnen, Ärzten oder medizinischen Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, und deren Qualität benannt. Hier scheint es in großstädtischen Regionen keine Einschränkungen zu geben. In ländlichen Regionen und in bestimmten Bundesländern scheint es nach wie vor Defizite zu geben, da einerseits die Zahl der Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser, die sich für diesen Eingriff zur Verfügung stellen, nach wie vor sehr gering

ist und es andererseits vielfach den Frauen nicht hinreichend bekannt ist, wo sie welche Leistung zu welchen Konditionen bekommen können. Das Werbungsverbot für Ärztinnen und Ärzte in dieser Frage führt auch zu Irritationen über die Möglichkeit der Information, z.B. im Internet. In den neuen Bundesländern werden die Abbrüche nach wie vor häufig in Krankenhäusern, wenn auch ambulant angeboten. Durch die notwendige Eintaktung in den Klinikbetrieb tangiert dies durchaus die Versorgungsqualität. Die Verfügbarkeit des medikamentösen Abbruches ist regional am unterschiedlichsten.

3.4 Auswertung der Verbändegespräche

Das Gespräch mit den Vertreterinnen der Beratungsfachverbände wurde direkt mit in die Interviewauswertung einbezogen. Es wird deshalb hier nicht nochmals analysiert. Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich deshalb auf die Perspektive der Vertreterinnen und Vertreter der Ärzteverbände²⁹.

a) Die öffentliche Diskussion zum Thema

Die Verbandsvertreterinnen und -vertreter stellen fest, dass das öffentliche Interesse am Thema Schwangerschaftsabbruch deutlich gesunken ist. Dies wird auf sehr unterschiedlichen Ebenen konstatiert:

- *In der gesellschaftlichen Diskussion* sei das Thema „abgehakt“, die Gesellschaft habe sich mit der derzeitigen Situation arrangiert. Die Aufmerksamkeit liege eher auf Pränataldiagnostik und Spätabbruch oder Verhütung (Kostenerstattung für sozial schwache Frauen). Es sei zu befürchten, dass ein öffentliches Aufgreifen des Themas Schwangerschaftsabbruch in schwierige Prozesse führt (Befürchtung von restriktiven Tendenzen) und deshalb vermieden wird.
- *In den Ärzteverbänden und der Ärzteschaft* sei das Thema kaum noch präsent. In den medizinischen Gesellschaften spiele es keine Rolle mehr. So sei es z.B. auch beim Heidelberger Kongress der DGPF zum Thema Frauenheilkunde in Grenzbereichen nicht mitbedacht. In den Kliniken sei der Umgang abhängig von der Haltung der Leitung, in den Praxen höchst individualisiert. Man habe sich mit der gegenwärtigen Praxis (gut) arrangiert. Für jüngere Ärztinnen und Ärzte spiele es kaum noch eine Rolle. Sie gehen pragmatisch mit dem Thema um.

b) Qualität ärztlicher Versorgung und Fort- und Weiterbildung

Mit den o.g. Veränderungen hängt zusammen, dass einige Verbandsvertreterinnen und -vertreter Defizite im ärztlichen Umgang vermuten. Es gebe kaum Fort- und Weiterbildungsangebote zu diesem Themenkreis, weder zu psychologischen und ethischen, noch zu medizinischen Aspekten, obwohl der Abbruch einer der am meisten durchgeführten gynäkologischen Eingriffe ist und mithin eine große Zahl der Patientinnen betrifft. Dies betreffe sowohl die kommunikative Kompetenz (die mit einer Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung eher nicht abgedeckt sei), die Reflexionsfähigkeit der Ärztinnen und Ärzte zu diesem Thema (z.B. unbewusste Anteile an der Entstehung ungewollter Schwangerschaften betreffend), als auch die Kenntnis moderner Methoden (wie des medikamentösen Abbruchs oder anderer Aspekte). Zudem sei bereits in der ärztlichen Ausbildung die Problematik Schwangerschaftsabbruch kaum ein Gegenstand. Es wird zwar ein Bedarf gesehen, durch die „Zerfledderung“ von Weiterbildung gebe es aber auch erhebliche Probleme, hier etwas zu verändern.

²⁹ Gespräche wurden mit Vertreterinnen und Vertretern des Berufsverbandes der Frauenärzte, der Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe geführt.

Andererseits wird hervorgehoben, dass die Ärztinnen und Ärzte über eine psychosomatische Basisausbildung verfügen, die sie auch für den Umgang mit Frauen im Schwangerschaftskonflikt grundlegend qualifiziere. Für weiterführenden Beratungsbedarf stünden ohnehin die Beratungsstellen zur Verfügung, zu denen es in der Regel stabile Kooperationen gebe.

c) Vermeidung ungewollter Schwangerschaften/Verhütung

Zugang zu sicherer Verhütung: Die Ärztvertreterinnen und -vertreter heben mehrheitlich den Zugang sozial schwacher Frauen zur Verhütung als wichtigen Problempunkt heraus (Kostenübernahme), ebenso auch den besseren (rezeptfreien) Zugang zur Pille danach. Je nach Interessenlage des jeweiligen Verbandes differieren hier die Standpunkte erheblich.

Verhütungsberatung: Die ärztliche Verhütungsberatung greift auch nach Meinung einiger Ärztvertreterinnen und -vertreter häufig zu kurz. So sollte eine gute ärztliche Beratung zur Wahl der jeweiligen Verhütungsmethode unbedingt die Überlegung dazu, was es für die Frau bedeuten würde, wenn sie ungewollt schwanger würde, einbeziehen. Entsprechende Handlungskonzepte oder Standards zur ärztlichen Verhütungsberatung wären empfehlenswert. Hier sind Konzepte und Fortbildungen erforderlich, die über eine Methodenauffrischung hinausgehen.

d) Forschungsbedarfe

Die Verbandsvertreterinnen und -vertreter sehen Forschungsbedarfe im Themenfeld. Sie heben u. a. hervor:

- Hintergründe der Entstehung ungewollter Schwangerschaften: Hier sollte biografischen Unterschieden, altersspezifischen Besonderheiten sowie kulturellen Besonderheiten (Migrationshintergrund) mehr Bedeutung zugemessen werden.
- Männer und Verhütung/Schwangerschaftsabbruch: In der Geburtsvorbereitung seien Männer nicht mehr wegzudenken. Auch bei der Entstehung ungewollter Schwangerschaften, der Verhütung und im Kontext des Abbruchs haben sie besondere Anteile, Interessenlagen, kommunikative Bedarfe und Kompetenzen. Diese sind nicht erforscht.
- Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs: Es fehlen aktuelle Forschungen zu diesem Thema.
- Aufklärung über Empfängnisverhütung: Verbesserung der Verhütungsberatung und der kommunikativen Kompetenzen der Ärztinnen und Ärzte (Beratungsschwerpunkte, sprachliche Klarheit, Berücksichtigung der kulturellen und kommunikativen Ressourcen der Frauen).

4. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Die folgenden Aspekte zielen insbesondere auf die Frauen der Altersgruppe zwischen 25 und 35 Jahren. Sie ergeben sich aus der Wahrnehmung der Beraterinnen, Ärztinnen und Ärzte und anderer Expertinnen und Experten. Sie repräsentieren also Annahmen von und Erfahrungen mit den Haltungen der Frauen selbst. Ihre Verifizierung steht noch aus.

- Die Annahme, dass die gesellschaftlichen Veränderungen der vergangenen zwei Jahrzehnte das generative Verhalten auch in Fragen der Familienplanung beeinflussen, wird durch die befragten Expertinnen bestätigt. Vor allem die **Wandlungen der sozialen Lebensbedingungen, beruflichen Herausforderungen, Lebensansprüche und Rollenverständnisse** beeinflussen die Reaktion auf eine ungeplante Schwangerschaft und das Entscheidungsverhalten, wenn auch auf offensichtlich sehr vielschichtige Weise.
- Auf jeweils verschiedene Weise betrifft dies **Frauen aus unterschiedlichen Bildungs- und Sozialschichten**. Hervorgehoben wird die Situation von Frauen in prekären Beschäftigungsverhältnissen (von „ungelernt“ bis „akademischer Abschluss“), ALG-II-Empfängerinnen, Studentinnen, Akademikerinnen, Alleinerziehenden, Frauen mit Migrationshintergrund. Es wirkt **das Erleben sowohl der realen als auch der durch eine Schwangerschaft antizipierten Lebensbedingungen** und führt zu einer **Polarisierung von Entscheidungsprozessen**. Für eine große Gruppe von Frauen mit unterschiedlichem Sozial- und Bildungsstatus, vor allem aber für höher qualifizierte Frauen, ist vor allem die Gefahr der dauerhaften beruflichen Abkopplung und des sozialen Abstiegs relevant.
- Die **grundsätzliche Haltung der Frauen zum Schwangerschaftsabbruch** hat sich offensichtlich verändert. Allerdings wird dies sehr unterschiedlich wahrgenommen. Die Einschätzungen reichen von einer größeren Selbstverständlichkeit in der Wahrnehmung reproduktiver Autonomie bis zu erhöhter emotionaler Brisanz der Entscheidungssituation. In jedem Fall wird ein Abbruch immer als ein **besonderes Ereignis** im Leben einer Frau wahrgenommen. Das individuelle Entscheidungsgeschehen in seiner Konflikthaftigkeit ist neben der Intensität des Kinderwunsches (und damit der Bereitschaft, „das Kind zu adoptieren“ – L. Boltanski) auch durch die grundsätzliche Haltung zum Abbruch beeinflusst. Weltanschauliche und religiöse Einstellungen, ethische Werte, moralische Normen und kulturelle Traditionen spielen eine besondere Rolle, aber auch der öffentliche Diskurs zum Thema.
- Auch bei Frauen dieser Altersgruppe spielen **Defizite oder Unsicherheiten im Körper- und Verhütungswissen, in Verhütungskompetenz und Verhütungsverhalten** eine große Rolle bei der Entstehung ungeplanter, ungewollter

Schwangerschaften. Besonders bedeutsam scheinen paarkommunikative Probleme, die Qualität der ärztlichen Verhütungsberatung sowie die subjektive Risikoeinschätzung. Frauen mit Migrationshintergrund haben offensichtlich häufig sprachlich bedingte (Beipackzettel...) und andere Hemmungen im ärztlichen Gespräch. Auch nichtlegalitäre Geschlechterbeziehungen und damit Kommunikationsdefizite sind hier relevant.

- Nahezu alle Expertinnen beklagen **Probleme im Zugang zu sicherer Verhütung** für sozial schwache Frauen. Dies führe zu einer stärker situationsgebundenen Nutzung von zum Teil unsicheren Verhütungsmethoden, die das Risiko ungewollter Schwangerschaften erhöhen. Ebenso wird von fast allen Expertinnen der komplizierte Zugang zur **Pille danach** benannt. Dies führe in der internen Risikoabwägung der Frauen und Paare oft dazu, das Risiko zu verdrängen.
- Die Expertinnen bestätigen den hohen **Wert partnerschaftlicher und familialer Sicherheiten** im Kontext der Entscheidung für ein Kind, gerade vor dem Hintergrund der ansonsten hochgradig unkalkulierbaren Lebenswelt. Je instabiler Paarbeziehungen sind, je weniger Vertrauen die Frauen in die familien- und partnerschaftsorientierte Haltung ihrer Partner haben, je eher Partner sich gegen das Austragen des Kindes artikulieren, desto eher entscheiden sich Frauen für einen Abbruch. Dies steht nicht für Abhängigkeit vom Partner, sondern ist in der Regel eine eigenständige Entscheidung im Interesse der persönlichen und familienbezogenen Lebensplanung.
- Das **subjektive Erleben des „richtigen Zeitpunktes“** hat nach Meinung der Expertinnen einen bedeutsamen Einfluss auf die Annahme einer ungeplanten Schwangerschaft. Im Kontext der gewandelten Lebensbedingungen (späterer Zeitpunkt des Berufs- oder Studienabschlusses und des Berufseinstiegs sowie ungenügende finanzielle Grundsicherungen, auch bei den Partnern der Frauen) führen dazu, dass eine Schwangerschaft heute noch mit 25 als „zu früh“ erlebt werden kann und mit 35 als „durchaus jetzt dran“, mithin zu einem früheren Zeitpunkt auch nicht gewollt wird. Dies betrifft vor allem Frauen mit Hochschulabschluss. Später stellt sich die Frage einer möglichen (weiteren) Schwangerschaft zunehmend vor dem Hintergrund nachlassender Fruchtbarkeit.
- **Hilfebedarfe** sehen die Expertinnen eher in Faktoren, die längerfristige Sicherheiten schaffen, als in kurzfristigen finanziellen Erleichterungen, wenngleich von Letzteren auch wichtige Signale ausgehen. Klare berufliche Perspektiven, soziale Sicherheit und eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie spielen die Hauptrolle. Weitere Handlungsbedarfe werden in der Verbesserung der ärztlichen Verhütungsberatung, der Verbesserung der Qualität der Versorgung und Betreuung im Kontext des Abbruchs selbst gesehen.

5. Schlussfolgerungen und Forschungsbedarfe

a) Grundsätzliches

Die Befunde bestätigen, dass die gewandelten Lebensbedingungen, -orientierungen und -ansprüche der vergangenen zwei Jahrzehnte einen erheblichen Einfluss auf das reproduktive Verhalten und die Entscheidungsverläufe bei ungewollter Schwangerschaft haben. Dem steht ein eklatanter Mangel an wissenschaftlichen Analysen dieser Zusammenhänge gegenüber. Die letzten größeren empirischen Untersuchungen liegen mehr als 20 Jahre zurück. Aktuelle Befunde gibt es kaum, außer der retrospektiv angelegten Studie „frauen leben“. Der zögerliche Umgang mit dieser für Frauenleben so bedeutsamen Thematik kann mit der Sensibilität diesem politisch brisanten Thema gegenüber erklärt werden. In der Folge entsteht allerdings eine Art „Sprachlosigkeit“, die Freiräume für ultrakonservative Argumentationen öffnet und öffentliche Diskurse behindert. Damit wird Information behindert, Stigmatisierung befördert, ein reifer Umgang mit dem Thema erschwert. Nicht zuletzt werden Argumente und Daten so genannter „Lebensschützer“ nicht wirklich durch eigenständige Analysen beantwortet.

Aus fachlicher Sicht ist eine Weiterführung der wissenschaftlichen Arbeit erforderlich. Auch die Expertinnen verweisen darauf, dass die wirkliche Perspektive sowohl von Frauen als auch von Männern in diesem Kontext erforscht werden sollte. Das Sekundärwissen von Beraterinnen sowie Ärztinnen und Ärzten reiche dazu nicht aus. Beispielhaft hat die Studie zu den Teenagerschwangerschaften gezeigt, dass sich aus einer Direktbefragung von Frauen richtungsweisende Schlussfolgerungen für Handlungsbedarfe und eine wirksame Optimierung von Angeboten ableiten lassen.

Allerdings ist unverzichtbar, dass eine derartige Studie das Thema der Entscheidungsverläufe bei ungewollter Schwangerschaft nicht losgelöst von der generellen Frage nach Familienplanung und Realisierungsaspekten von Kinderwünschen von Frauen und Männern in der heutigen Zeit begreift. Wenn Familienplanung Lebensplanung ist³⁰, ergibt sich daraus ein ganzheitlicher Forschungsanspruch.

b) Inhaltliche Schwerpunkte

Inhaltlich sollten folgende Schwerpunktsetzungen im Mittelpunkt stehen:

- **Heutige Lebensansprüche, Lebensbedingungen und die Verkomplizierung von Familienplanung:** Es sollte erforscht werden, wie sich gewandelte Lebensansprüche und Rollenkonzepte von Frauen und Männern heute darstellen, wie sie gelebt werden (können) und welche Bedeutung dies für ihre Konzeptualisierung von Familienplanung hat. Dabei gewinnen die weitere Flexibilisierung der Arbeitswelt, die zunehmenden Mobilitätsansprüche an Berufstätige, an ihre Fort- und

³⁰ Vgl. Helfferich (2001)

Weiterbildungsbereitschaft, aber auch die Bedrohtheit konstanter Arbeitsbiografien eine besondere Bedeutung.

- **Polarisierung von Entscheidungsverhalten:** Es ist unklar, ob sich die Polarisierung im Entscheidungsverhalten zur Realisierung von Kinderwünschen, insbesondere auch im Kontext ungeplanter Schwangerschaften, in Abhängigkeit vom Sozial- und Bildungsstatus von Frauen und Paaren vollzieht oder ob sich diese Zuordnung aufzulösen beginnt und andere Kriterien bedeutsamer werden.
- **Vom Phasenmodell zur Parallelität von Berufstätigkeit und Mutterschaft:** Es scheint auch für die alten Bundesländer zunehmend zur akzeptierten Norm zu werden, Beruf und Familie auch zeitlich miteinander verbinden zu wollen und von vom Phasenmodell (Beruf, Familie, Wiedereinstieg in den Beruf) abzurücken. Inwiefern die Nichtlebarkeit von parallelen Modellen verstärkt dazu führt, dass ungeplante Schwangerschaften als ungewollt erfahren werden und mithin in einen Abbruch münden können, sollte differenzierter analysiert werden³¹.
- **Der „richtige Zeitpunkt“ und die neuen „kollektiven Normen“:** Es ist fraglich, ob das Herausschieben des „richtigen Zeitpunktes“ und das stärkere Hervortreten individueller Berufs- und Lebensansprüche durch eine möglicherweise wachsende Zahl von Frauen unterschiedlichster Bildungshintergründe vordergründig als „individuelle Handlungsstrategie“ gewertet werden können oder ob sie nicht doch eher ein Zeichen neuer „kollektiver“ Selbstverständnisse und Normen sind. Es sind neue Aspekte der vielschichtigen Zusammenhänge von Wertebildungen und ihren Auswirkungen auf das Entscheidungsverhalten zu Schwangerschaft und damit Handlungsansätze für eine Beförderung früheren „Erwachsenwerdens“ zu erwarten³².
- **Bedeutung „gelingender“ Partnerschaft, reproduktive Autonomie und Entscheidungsverhalten:** Neu auszuloten ist auch das spannungsvolle Verhältnis dieser Aspekte im Familienplanungsverhalten, insbesondere im Kontext der Entscheidung für oder gegen das Austragen eines Kindes. Einerseits befördern die dynamisierten, resp. tendenziell unsicheren und schwerer kalkulierbaren sozialen Rahmenbedingungen den Wert verlässlicher Partnerschaften für ein „Projekt Kind“, andererseits muss dies nicht im Widerspruch zur grundsätzlich gewachsenen Autonomie von Frauen stehen, die sie auch hinsichtlich ihrer Entscheidung in der Kinderfrage leben wollen.
- **Weltanschauliche Werte und kulturelle Traditionen:** Diese Aspekte scheinen in der individuellen Festlegung des „richtigen Zeitpunktes“ ebenso ihren Ausdruck zu finden, wie in der Klarheit einer Entscheidungsfindung bei ungeplanter/ungewollter

³¹ von der Lippe, Bernardi (2006), S. 1 f.

³² Vgl. u. a.: Weller (2000), S. 14

Schwangerschaft und der Verarbeitung eines Abbruchs. Gerade in einer multikulturellen Gesellschaft wie der in Deutschland bedarf dies der Betrachtung. Interessant ist weiterhin, ob und inwiefern die festgestellten Tendenzen des kaum noch stattfindenden öffentlichen Diskurses zum Thema Schwangerschaftsabbruch zu einer Individualisierung und Entpolitisierung beitragen, die das Erleben von Schuld und Scham eher verstärkt.

- **Die Rolle des Partners und die Akzeptanz der männlichen Sicht:** Die Rolle der Männer im Entscheidungsprozess bei ungeplanter Schwangerschaft ist ausgesprochen vielfältig und muss auch im Kontext der sich wandelnden Rollenkonzepte verstanden werden. Das patriarchale Selbstverständnis männlicher Verantwortung und Definitionsmacht löst sich zunehmend auf und weicht egalitären Ansprüchen. Interessant ist herauszuarbeiten, wie die Balance zwischen der Akzeptanz der Entscheidung der Frau durch den Mann und der Kenntlichmachung eigener Interessenlagen und Wahrnehmungen von Verantwortung und ggf. von Ängsten gelebt wird und gelingt oder welche Widersprüche sich auftun und wie sie gelöst werden.
- **Das familiale und soziale Umfeld:** Offensichtlich hat sich auch die Stabilität des familialen und sozialen Umfelds als Sicherungsanker und Unterstützungsfeld in seiner alltäglichen Verfügbarkeit verändert. Ob und inwiefern diese Tatsache auch Entscheidungsverläufe zur Familienplanung und in Sonderheit bei ungeplanter Schwangerschaft beeinflusst, ist eine weitere Frage. Ebenso sollte analysiert werden, ob und ggf. inwiefern auch Familienangehörige auf Entscheidungen im Kontext ungewollter Schwangerschaften direkt oder indirekt Einfluss nehmen.
- **Körperwissen, Verhütungskompetenz und Verhütungsverhalten:** Es kann angenommen werden, dass sich in den sinkenden Abbruchraten eine größere Verfügbarkeit und Anwendungsbereitschaft sowie Anwendungskompetenz von sicheren Kontrazeptiva zeigt. Ungeplante Schwangerschaften können trotzdem auch Folge nicht gelungener oder nicht praktizierter Verhütung sein. Die Aussagen über konkrete Zusammenhänge setzen allerdings die Auseinandersetzung mit Aspekten wie dem Zugang zu Verhütung (Kosten, Zugangswege), der Nutzung von Verhütungsmöglichkeiten (Psycho- und Paardynamiken, Anwendungskompetenz, Wissen über Fruchtbarkeit und Zeugungsfähigkeit) und der Informiertheit (Qualität der ärztlichen und anderer Informationen und Beratungsangebote) voraus.
- **Entscheidungsverläufe und Verarbeitungsweisen:** Möglicherweise sind trotz hoch individueller Ursachen ungeplanter Schwangerschaften und Entscheidungshintergründe typische Verläufe herauszuarbeiten. Ihre Bedeutung für die künftige Verarbeitung des Abbruchs als mögliches Ereignis in einem Frauenleben ist mit Sicherheit hierdurch wesentlich tangiert.

Für diese und weitere zu generierende Fragestellungen ist es essentiell, soziale, kulturelle und weltanschauliche Differenzierungen herauszuarbeiten. Unterschiede sind am ehesten zu erwarten zwischen den alten und neuen Bundesländern, großstädtischen und ländlichen Regionen, Menschen mit und ohne Migrationshintergrund (sowie dem konkreten Migrationshintergrund) und mit unterschiedlichem Sozial- und Bildungsstatus. Diese Differenzen sind voraussichtlich nicht linear, sondern werden möglicherweise ausgleichenden oder kumulierenden Charakter tragen.

c) **Methodische Aspekte**

Methodisch ist eine zweistufige empirische Untersuchung empfehlenswert, im Design ähnlich der Studie zu den Teenagerschwangerschaften³³. Zielgruppe sollten Frauen zwischen 25 und 35 Jahren sein.

Erstens sollten in einer *quantitativen Studie* Frauen anhand eines standardisierten Fragebogen befragt werden. Um Entscheidungsprozesse in ihrer Unterschiedlichkeit sichtbar zu machen, sollten drei Gruppen von Frauen befragt werden:

- Frauen, die sich für einen Abbruch entschieden haben,
- Frauen, die einen Abbruch erwogen, sich dann aber doch für das Austragen entschieden haben, und
- Frauen, für die das Austragen der Schwangerschaft nicht mit derartigen Konflikten verbunden war.

Ein Problem stellt die Rekrutierung der Probandinnen dar. Es könnte eine erste fragebogengestützte Basisbefragung unmittelbar nach der Schwangerschafts(konflikt-)beratung oder sozialen Beratung, aber in deutlicher Abkopplung von ihr durch die Beraterin oder eine andere geschulte Person vorgenommen werden. Ergänzend sollte der Zugang über ärztliche Praxen erfolgen. Eine zweite Fragebogenbefragung sollte mit einem gewissen Zeitabstand nach dem Abbruch oder nach Geburt des Kindes erfolgen, um die nachträgliche Einschätzung der Entscheidung mit einer gewissen „emotionalen Distanz“ zu ermöglichen. Es kann erwogen werden, den die Probandinnen aus der Gruppe der Frauen der ersten Befragung zu rekrutieren, indem sie im Rahmen der Erstbefragung durch die Beraterinnen und Arztpraxen gefragt werden, ob sie in sechs bis zwölf Monaten für ein fragebogengestütztes Gespräch zur Verfügung stehen und angeschrieben werden dürfen. Die Befragung sollte durch speziell geschulte Interviewerinnen durchgeführt werden.

Die Befragung sollte in unterschiedlichen Regionen durchgeführt werden: alte und neue Bundesländer, Ballungsgebiet, ländlicher Raum. Bei Ansprache über Beratungsstellen sollten unterschiedliche Träger einbezogen sein.

Zweitens sollten *qualitative leitfadengestützte bzw. teilstandardisierte Interviews* die quantitativen Ergebnisse vertiefen. Es sollten Probandinnen sein, die sich auch zu den quantitativen Befragungen bereit erklärt hatten und die einverstanden sind, danach auch für ein ausführliches Interview zur Verfügung zu stehen.

³³ Matthiesen et al. (2009)

Wünschenswert wäre eine parallele Befragung von Männern. Bei einer qualitativen Befragung könnten dies die Partner der Frauen sein, was allerdings ausschließt, dass Männer, die mit der Entscheidung der Frau nicht einverstanden waren und deren Beziehungen auseinandergegangen sind, einbezogen werden können. Eine quantitative Befragung erweist sich möglicherweise als zu schwer zu realisieren (Zugang).

Anhang

- A) Literaturverzeichnis
- B) Literaturrecherche
- C) Auswertung Länderberichte zur Beratung nach § 219 StGB

A) Literatur

Bien, W., Marbach, J.H.: Partnerschafts- und Familiengründung – Ergebnisse der 3. Welle des Familien-Survey, Opladen 2008

Birg, H., Flöthmann, J. u. a.: Frauenerwerbsquote und Fertilität in Deutschland. Regionalanalyse der 439 Land- und Stadtkreise. Bielefeld 2007

Boltanski, L.: Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens. Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main 2007

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Verhütungsverhalten Erwachsener. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung 20- bis 44-Jähriger. Köln 2007

Busch, U.: Die Pflichtberatung zum Schwangerschaftsabbruch in den neuen Bundesländern. In: Recht der Jugend und des Bildungswesens 01/1994

Busch, U.: Schwangerschaftsabbruch in Ost und West. Die Perspektive der neuen Bundesländer. In: pro familia magazin 01/2007

Busch, U.; Gäckle, A.: Die Familienplanungslotterie Oder: Verhütung unter Druck. In: pro familia magazin 03/2007

Fthenakis, W.; Kalicke, B.; Peitz, G.: Paare werden Eltern. Die Ergebnisse der LBS-Studie. Leske und Budrich 2002

Häsing, H., Janus, L.: Ungewollte Kinder. Annäherungen, Beispiele, Hilfen. Reinbek bei Hamburg 1994

Häußler-Sczepan M.: Arzt und Schwangerschaftsabbruch. Freiburg 1989

Häußler-Sczepan, M., Wienholz, S. u. a.: Teenagerschwangerschaften in Sachsen. In: BZgA (Hrsg.): Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 26, Köln 2005

Häußler-Sczepan, M., Busch, U. u. a.: Teenagerschwangerschaften in Berlin und Brandenburg. In: BZgA (Hrsg.): Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 28, Köln 2008

Helfferrich, C. u. a.: Frauen leben: eine Studie zu Lebensläufen und Familienplanung. In: Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 19. (Hrsg. BZgA), Köln 2001

Hemmerling, A.: Die emotionale Verarbeitung und Akzeptanz des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit Mifepriston (Mifegyne). Dissertation an der Medizinischen Fakultät Charite der Humboldt-Universität zu Berlin 2003

Holzhauser, B.: Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Die Rolle des reformierten 218 StGB bei der Entscheidungsfindung betroffener Frauen. Freiburg 1989

Hoßmann, I., Kröhnert, S. u. a.: Kleine Erfolge. Berliner Institut für Bevölkerung und Entwicklung (Hrsg.), Berlin 2006, <http://www.berlin-institut.org/weitere-veroeffentlichungen/kleine-erfolge.html>

Institut für Demoskopie Allensbach: Einflussfaktoren auf die Geburtenrate. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung. Umfrage 5177. Allensbach 2004

Jütte, R.: Geschichte der Abtreibung. München 1993

Knopf, M., Meyer, E. u. a.: Traurig und befreit zugleich. Reinbek bei Hamburg 1995

Langsdorf, M.: Kleiner Eingriff, großes Trauma. Abtreibung und die (seelischen) Folgen. Braunschweig 2000

von der Lippe, H., Bernardi, L.: Zwei deutsche Ansichten über Kinder und Karriere. Lebensentwürfe junger Erwachsener in Ost und West. In: Demografische Forschung. Aus Erster Hand 03.2006

Lunneborg, P.: Jetzt kein Kind. Warum Abtreibung eine positive Entscheidung sein kann. Weinheim, Basel 2002

Matthiesen, S., Block, K. u. a.: Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch bei minderjährigen Frauen. In: BZgA (Hrsg.): Forschung und Praxis der Sexualaufklärung, Band 32, Köln 2009

Meyer, E. u. a.: Das hätte nicht noch mal passieren dürfen. Frankfurt/Main 1990

pro familia magazin „Schwangerschaftsabbruch“. 01/2007

Schlenzka, W.: Kinder unerwünscht? Das Paradoxon der deutschen Geburtenrate und Wege aus der Krise.. Berlin 2006

Schriftenreihe Demografische Forschung. Aus Erster Hand. Max-Planck-Institut für Demografische Forschung

Statistisches Bundesamt: Schwangerschaftsabbrüche 2007. Fachserie 12, Reihe 3. Wiesbaden 2008

Statistisches Bundesamt: Datenreport 2004. Wiesbaden 2004

Sütterlin S.: Kinderwunsch in Deutschland. Berliner Institut für Bevölkerung und Entwicklung. Berlin 2009

Weller, K.: Die Verkomplizierung der Familienplanung. In: pro familia magazin 02/1997

Weller, K.: frauen leben. Abschlußbericht zum Studienteil „Qual2“. Unveröffentlichtes Manuskript. Merseburg 2000

Wimmer-Puchinger, B.: Schwangerschaft als Krise. Berlin, Heidelberg
1992

B) Literaturrecherche

Nr.	Autor	Titel	Jahr	Verlag/ Institution/ Schriften- reihe	Art der Arbeit	Kategorie/ Fachrichtung	Sonst./ Bemerkungen
1	Althans Kathrin u.a.	Inmitten von Lust und Last: Frauenalltag und Religiosität	2000	Don-Bosco-Verl.	Buch	Soziologie	
2	Boltanski Luc	Soziologie der Abtreibung: zur Lage des fötalen Lebens	2007	Suhrkamp	Buch	Soziologie/ Medizin	www.gbv.de/dms/bs/toc/522229182.pdf
3	Daum Vanessa	Grundlagen zum Thema Schwangerschaftsabbruch und sozialpädagogische Konsequenzen	2008	FH Kiel, FB Soziale Arbeit und Gesundheit	Diplomarbeit	Sozialwiss.	
4	Diehl Sarah	Deproduktion. Das Recht auf Schwangerschaftsabbruch im internationalen Kontext	2007	Alibri	Buch	Sozialwiss	
5	Duden Barbara	Der Frauenleib als öffentlicher Ort Vom Missbrauch des Begriffes Leben	2007	Mabuse 2. erw. Auflage	Buch	Sozialwiss./ Psychologie	
6	Feldhaus- Plumin, Erika	Pränataldiagnostik und psychosoziale Beratung	2008	Archiv für Wissenschaft und Praxis der sozialen Arbeit. – Berlin: DV, Dt. Verein für öffentliche und private Fürsorge	Aufsatz	Sozialwiss./ Psychosoziale Beratung	
7	Hahn Daphne	Modernisierung und Biopolitik: Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945	2000	Campus-Verl.		Soziologie/ Recht	Inhaltsverz.: www.gbv.de/dms/spk/sbb/recht/toc/310175704.pdf
8	Hörner Richard	Abtreibung und der Paragraph 218 StGB: eine beschreibende Analyse	2005	Wörth am Rhein/ Reihe philosophische Schriften	Bd. 5: Soziologische Schriften	Soziologie	

Nr.	Autor	Titel	Jahr	Verlag/ Institution/ Schriftenreihe/	Art der Arbeit	Kategorie/ Fachrichtung	Sonstiges/ Bemerkungen
9	Krause Nina	Schwangerschaftsabbruch: Selbstbestimmungsrecht der Frau und Schutz des werdenden Lebens – ein Widerspruch?	2007	FH Hildesheim	Diplomarbeit	Sozialwiss,	
10	Krähnke Uwe	Selbstbestimmung Zur gesellschaftlichen Konstruktion einer normalen Leitidee	2007	Velbrück	Buch	Sozialwiss./ Soziologie	
11	Matthiesen Silja	Wandel von Liebesbeziehungen und Sexualität. Empirische und theoretische Analysen	2007	Psychosozial- Verlag	Studie	Soziologie	
12	Mähne Doreen	Schwangerschaftskonfliktberatung – nach Zulassung der Abtreibungspille Mifegyne	2000	Uni Halle	Diplomarbeit		
13	Mesner Maria	Geburten/Kontrolle. Reproduktionspolitik im 20. Jh.	vorauss. 2009	Böhlau	Buch	Sozialwiss	
14	Pratz-Holst Katja	Analyse der Beratungstätigkeit zum Schwangerschaftsabbruch von 1997 – 2000	2007	Uni Frankf./Main	Dissertation	Sozialwiss	
15	Reutemann Ingrid	Beratung als Pflicht: Schwangerschaftskonfliktberatung als Chance	2007	Blätter der Wohlfahrtspflege: deutsche Zeitschrift für soziale Arbeit Bd. 154	Aufsatz	Sozialwiss.	

Nr.	Autor	Titel	Jahr	Verlag/ Institution/ Schriftenreihe/	Art der Arbeit	Kategorie/ Fachrichtung	Sonstiges/ Bemerkungen
16	Bauer Ursula	Paragraph 218. Gesprächssituationen aus dem Alltag der Schwangerschaftskonfliktberatung. In: Weinberger S.: Klientenzentrierte Gesprächsführung	2008	Juventa		Psychosoziale Beratung	
17	Holthausen-Markou Sophia, Reimer Christian	Psychische Probleme und das Dilemma des späten Schwangerschaftsabbruches	09/04	Zeitschrift Psychotherapeut/ Springer Verl.	Artikel Seiten 362-366	Psychologie/ Psychotherapie	
18	Katzwinkel Detlev	Das Kind, das ich nie geboren habe: was nach einer Abtreibung geschehen kann; Erfahrungsberichte, Fakten und Informationen	2007	Brockhaus		Psychologie	
19	Koschorke Martin	Schwangerschaftskonflikt-Beratung. In: Nestmann F. u.a. (Hg.): Das Handbuch der Beratung	2007	dgvt-Verlag	Band 2	Psychosoziale Beratung	
20	Langsdorff Maja	Kleiner Eingriff großes Trauma? Schwangerschaftskonflikt, Abtreibung und die (seelischen) Folgen	2000	Books on Demand	Buch	Psychologie	
21	Linder Rupert	Liebe, Schwangerschaft, Konflikt und Lösung Erkundungen zur Psychodynamik des Schwangerschaftskonflikts	2008	Mattes	Buch	Psychologie/ Therapie	
22	Schäfer Andrea	Posttraumatische Belastungsreaktion bei Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation	2008	Uni Münster Westf.	Dissertation	Psychologie	www.miami.uni-muenster.de/servlets/DerivateServlet/Derivate-4350/diss_schaefer.pdf
23	Stanford Susan M.	Werde ich morgen weinen?: Heil werden nach einer Abtreibung	2005	Francke Buchhandlung		Psychologie	

Nr.	Autor	Titel	Jahr	Verlag/ Institution/ Schriftenreihe/	Art der Arbeit	Kategorie/ Fachrichtung	Sonstiges/ Bemerkungen
24	Keil Siegfried	Protestantische Positionen Beiträge zur Sexualethik und Familienpolitik	2004	Vektor	Buch	Ethik	
25	Lux Vanessa	Die Pränataldiagnostik in der Schwangerenvorsorge und der Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik	2007	Institut Mensch, Ethik, Wissenschaft (IMEW) Expertise	Diplomarbeit (Uni Berlin)	Ethik/ Medizin	
26	Schulz Stefan, u.a.	Körper – Form – Seele Visualisierungen des Ungeborenen und die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch	2005	Klartext	Schriftenreihe	Ethik	
27	Wiesemann Claudia	Von der Verantwortung ein Kind zu bekommen Eine Ethik der Elternschaft	2006	Beck	Buch	Ethik	
28	Wiesing Urban	Ethik in der Medizin. Ein Studienbuch	2004	Reclam	Reader	Ethik/Medizin	
29	Wolf Caroline	Gegner oder Verbündete im Lebensschutz? Die Entwicklung ethischer Positionen deutscher Humangenetiker und der Bundesvereinigung Lebenshilfe im Vergleich	2008	Mabuse	Buch	Ethik	
30	Beckmann Rainer	Der Streit um den Beratungsschein	2000	Naumann	Buch	Religion	www.gbv.de/dms/bsz/toc/bsz083257020inh.pdf
31	Koch Dieter & Gisela	Abtreibung: Bestimmen wir, wer leben darf	2003	Idea e.V. Evang. Nachrichtenagentur	Schriftenreihe Idea- Dokumentatio n	Religionswiss./ Ethik	

Nr.	Autor	Titel	Jahr	Verlag/ Institution/ Schriftenreihe/	Art der Arbeit	Kategorie/ Fachrichtung	Sonstiges/ Bemerkungen
32	Kohler-Weiß Christiane	Schutz der Menschwerdung: Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt als Themen evangelischer Ethik	2003		Dissertation	Religionswiss./ Ethik	
33	Lippold Michael W.	Schwangerschaftsabbruch in der Bundesrepublik Deutschland: Sachstandsbericht und kritische Würdigung aus theologisch-ethischer Perspektive	2000	Evang. Verl.-Anst.	Dissertation	Religionswiss.	
34	Lohner Alexander	Personalität und Menschenwürde: eine theologische Auseinandersetzung mit den Thesen der "neuen Bioethiker"	2000	Regensburg: Pustet	Schriftenreihe	Religionswiss.	Inhaltsverz. unter: www.gbv.de/dms/bsz/ toc/bsz083786112inh.pdf
35	Mantei Simone	Nein und Ja zur Abtreibung: die evangelische Kirche in der Reformdebatte um § 218 StGB; (1970-1976)	2004	Vandenhoeck & Ruprecht/ Schriftenreihe	Dissertation	Religionswiss.	
36	Spieker Manfred	Kirche und Abtreibung in Deutschland: Ursachen und Verlauf eines Konfliktes	2001	Schöningh	Buch	Religionswiss.	
37	Bydliniski Franz	Mensch von Anfang an?: mit Beiträgen der interdisziplinären Tagung zum Status ungeborener Kinder	2008	Schriftenreihe Rechtsethik; 4/ Springer Verl.	Artikel	Rechtsphilosophie	www.gbv.de/dms/bsz/toc/bsz273243098inh. pdf
38	Eser Albin	Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich: Befunde, Einsichten, Vorschläge	2000	Freiburg im Breisgau/ ed iuscrim	Projektbericht	Recht	
39	Heitzmann Barbara	Rechtsbewusstsein in der Demokratie: Schwangerschaftsabbruch und Rechtsverständnis	2002	Westdt. Verlag	Dissertation	Rechtssoziologie/ Rechtspsychologie	

Nr.	Autor	Titel	Jahr	Verlag/ Institution/ Schriftenreihe/	Art der Arbeit	Kategorie/ Fachrichtung	Sonstiges/ Bemerkungen
40	Hofstätter Heiko	Der embryopathisch motivierte Schwangerschaftsabbruch: Recht und Rechtswirklichkeit	2000	Lang/ Europäische Hochschulschriften	Dissertation	Recht/ Medizin	
41	Lesch Heiko Hartmut	Notwehrrecht und Beratungsschutz: zur Zulässigkeit der Nothilfe gegen die nach § 218a Abs. 1 StGB tatbestandslose Abtötung der Leibesfrucht	2000	Schöningh	Schriftenreihe	Recht	Inhaltsverz.: www.gbv.de/dms/spk/sbb/recht/toc/308128680.pdf
42	Seibel Jan	Straf- und zivilrechtliche Probleme des „beratenen“ Schwangerschaftsabbruchs nach § 218 a Absatz 1 StGB	2007 (?)			Recht/ Ethik	
43	Wirth Gesine	Strafrechtliche und rechtsethische Probleme der Spätabtreibung: wann ist das Leben lebenswert; eine Darstellung und kritische Würdigung der Spätabtreibung aus strafrechtlicher und rechtsethischer Sicht	2006		Dissertation	Recht/Ethik	
44	Müller Wolfgang P.	Die Abtreibung: Anfänge der Kriminalisierung 1140 - 1650	2000	Böhlau	Schriftenreihe	Medizin	
45	Rath Werner, Winkler Matthias	Medikamentöse Geburtseinleitung	2001	Uni-Med. Verl.		Medizin	
46	Franz Barbara	Öffentlichkeitsrhetorik: massenmedialer Diskurs und Bedeutungswandel	2000	Dt. Univ.-Verl.	Dissertation	sonstige	Inhaltsverz.: www.gbv.de/dms/bs/toc/311986862.pdf
47	Rey Anne- Marie	Die Erzeugelmacherin: Das 30-jährige Ringen um die Fristenregelung	2007	Edition Xanthippe, Zürich	Buch	sonstige	
48	Schwarzen- berger Julia	Hebammen im Nationalsozialismus	2008	Linzer Schriften zur Frauenforschung	Diplomarbeit	sonstige	
49	von Keitz Ursula	Im Schatten des Gesetzes: Schwangerschaftskonflikt und Reproduktion im deutschsprachigen Film 1918 bis 1933	2005	Marburg: Schüren	Dissertation	sonstige	

C) Auswertung Anfrage Berichtswesen der Bundesländer

April 2009

1. Die Erfassung und Auswertung in den Bundesländern

Fast alle Bundesländer erfassen jährlich die Berichte der Träger von Schwangerschaftsberatungsstellen zu den Beratungen nach § 5 SchKG. Allerdings geschehen sowohl die Erfassung als auch die Auswertung sehr unterschiedlich.

Erfassungsweisen:

- anlassbezogenes Abfragen bei den Trägern bzw. Beratungsstellen
- Sammlung und Sichtung der zum Teil vorliegenden Berichte der Träger, zumeist auf der Grundlage eingereicherter Tätigkeitsberichte
- Erfassung der Beratungsleistungen der Träger (Zahl der Beratungen, Beratungsschwerpunkte)
- Erfassung von Klientendaten (Alter, Angaben zu Gründen, Angaben zu vermittelten Informationen, Staatsangehörigkeit, Kinderzahl etc.)
- Erfassung der Angaben nach den Beratungsprotokollen nach § 10 SchKG.

Auswertungen:

- qualitative Auswertung und Diskussion in z. T. jährlich oder zweijährlich stattfindenden Veranstaltungen mit den Vertreterinnen und Vertreter der Beratungsstellen
- quantitative Auswertung der Beratungsleistungen der Beratungsstellen im jeweiligen Bundesland im Vergleich
- quantitative Auswertung der statistischen Daten aus den Berichten der Träger der Beratungsstellen
- quantitative Auswertung der Daten aus den Beratungsprotokollen nach § 10 SchKG
- qualitativ - quantitative Analysen in jährlichem Rhythmus oder in größeren Zeitabständen
- qualitativ-quantitative Analysen über Tendenzen, z. T. im Vergleich mit bundesdeutschen Statistiken

Aufgrund dieser Unterschiede in der Erfassung und Auswertung lassen sich keine vergleichbaren Untersuchungen vornehmen. Es können lediglich exemplarisch einige der umfassenderen Berichte analysiert werden (Berlin, Bremen, NRW, Brandenburg). Allerdings müssen auch hier mindestens zwei einschränkende Bedingungen berücksichtigt werden.

1. Es gibt keine einheitlichen Indikatoren zu Klientendaten, Angaben von Gründen und vermittelten Informationen. Die Indikatoren sind sehr unterschiedlich im Grad der Abstraktion.

2. Die erhobenen Gründe werden durch die Beraterinnen aufgrund ihrer Reflexion der Beratungssituation angegeben. Sie müssen nicht mit den wirklichen Gründen der Klientin identisch sein und werden möglicherweise nicht vollständig erfasst (d. h. es werden ggf. nur die Gründe erfasst, die die Beraterin für wesentlich hält).
3. Die vermittelten Informationen sind ebenfalls eher unter dem Aspekt erfasst, welche Angaben die Beraterinnen als die wesentlichsten erachtet. Bestimmte Informationen werden möglicherweise angekreuzt, weil die Beraterinnen eine diesbezügliche Erwartungshaltung durch den Adressaten der Statistik/Zuwendungsgeber spüren.

Aus diesen Gründen kann geschlussfolgert werden, dass differenzierte, valide und verifizierbare Aussagen über Entstehung ungewollter Schwangerschaften, Entscheidungsverhalten, Gründe für die Entscheidung zum Abbruch und mögliche Hilfen eine grundsätzlich andere Form der wissenschaftlichen Bearbeitung voraussetzen.

2. Allgemeine Ergebnisse

Die Berichte lassen trotzdem Tendenzen erkennen, vor allem, wenn sie bereits seit Jahren nach dem gleichen Raster erstellt werden. Diese Tendenzen sollen im Folgenden dargestellt werden.

1. In den Ländern, die detailliertere Berichte zur Verfügung gestellt haben, gibt es deutliche **Unterschiede zwischen der Zahl der Abbrüche und der Zahl der Beratungen** (Letztere ist 20 bis 30 % höher). Die Differenz wird unterschiedlich bewertet (als Ergebnis der Beratung, die eine Perspektive für ein Leben mit einem Kind eröffnen konnte, ODER als auf der Grundlage der verfügbaren Daten nicht einschätzbar).
2. Es scheint weitgehend tendenziell **steigende Zahlen der Schwangerschaftsberatung** (insbesondere der sozialen Beratung, hier vor allem. zu Stiftungsgeldern) versus leicht **sinkenden Zahlen zur Beratung nach § 219 StGB** zu geben. Da die Zahl der Lebendgeburten nicht adäquat steigt, ist zu erwarten, dass die Steigerung in diesem Beratungsbereich eine Widerspiegelung zunehmender sozialer Probleme im Kontext von Schwangerschaft ist.
3. **Soziale Gründe** haben auch bei den Beratungen zum **Schwangerschaftsabbruch** Priorität. Hervorgehoben werden in vorliegenden Detailberichten wirtschaftliche/finanzielle Probleme, Probleme im Kontext von Ausbildung/Studium bzw. Arbeitsplatz. Etwa 42 bis 43 % der Beratungsprotokolle in Berlin geben diese Gründe an (es sind Mehrfachnennungen bei der Angabe von Gründen möglich). In NRW stehen die wirtschaftlichen/finanziellen Gründe in der Rangfolge der Gründe auf Platz 1, Ausbildung und berufliche Situation auf Platz 4, wobei der Unterschied nur ein Prozent ausmacht (11 vs. 10 %). In Brandenburg werden diese Gründe ebenfalls sehr hochrangig angeführt: finanzielle/wirtschaftliche Probleme zu 52 %, Probleme in Schule, Ausbildung Studium, zusammengefasst mit beruflicher Situation 61 %.
4. Fast gleich prioritär werden in beiden Auswertungen **partnerschaftlich-familiale Gründe** genannt. In Berlin sogar zu 46 %

mit den meisten Nennungen, in NRW nach den wirtschaftlich-finanziellen Gründen auf Rang 2, aber mit ebenfalls 11 % immer noch fast gleichwertig. Partnerschaftliche Gründe, zusammengefasst mit familialen, bilden auch in Brandenburg mit 57 % einen hochrangig angegebenen bzw. erfassten Grund für die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch.

Der Anteil der Männer, die ihre Frauen zur Pflichtberatung begleiten liegt in den zur Auswertung herangezogenen Bundesländern mit etwa 20 % relativ hoch. Wofür dies im Einzelnen steht, ist den Berichten nicht zu entnehmen.

5. Offensichtlich geben ebenfalls sehr viele Frauen **körperliche und/oder psychische Belastungen** als sehr bedeutsamen Faktor für ihre Entscheidung an, vor allem mit zunehmendem Alter (deutlicher ab einem Alter von 30 Jahren aufwärts) und wenn sie bereits Kinder haben. In NRW ist dieser Grund auf Rangplatz 3, mit nur sehr wenig Abstand von den zuvor genannten Gründen., in Brandenburg bildet er gemeinsam mit der hier zu einem Indikator zusammengefassten „Angst vor Verantwortung“ mit 55 % den am häufigsten angegebenen Grund, in Berlin wird er allerdings nur zu 21 % angegeben.
6. In eher **sehr geringem Maße** werden Gründe benannt wie: befürchtete Schädigungen des Kindes, religiöse und weltanschauliche Einstellungen, generell kein Kinderwunsch oder Vergewaltigung. Die abgeschlossene Familieplanung und das Alter der Frau (zu jung oder zu alt) sind in Brandenburg relevanter (31 % bzw. 28%) als in Berlin und NRW (etwa 7 bis 8 %).
7. **Soziodemografische Parameter** beeinflussen offensichtlich alle benannten angegebenen Gründe, insbesondere das Alter, der Familienstand (der z. T. mit dem Alter korreliert), in Berlin die separat erhobene Differenzierung in deutsche und ausländische Frauen und in Brandenburg eine erkennbare regionale Differenzierung zwischen wirtschaftlich stärkeren und schwachen Regionen. Es ergeben sich Aspekte, denen in einer Studie weiter nachgegangen werden sollte:
 - **Alter der Frauen:** Die Frauen, die sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, sind zumeist zwischen 25 und 35 Jahren. Je nach Erfassungsmethode stellt die Analyse aus NRW fest, dass der höchste Anteil der Frauen zwischen 27 und 34 Jahren ist, in Berlin sind 47 % der Frauen zwischen 20 und 29 Jahren und 34 % zwischen 30 und 39 Jahren. Der Berliner Statistik sind die differenziertesten Daten zu entnehmen: Die hohen Abbruchquoten in Berlin liegen insbesondere in der Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen und gehen dann allmählich zurück. Gleichzeitig steigen in diesen beiden Altersgruppen die Geburtenraten enorm (sie sind in der Altersgruppe 30 bis 34 Jahre am höchsten). Die Abbruchquoten (Abbrüche je Lebendgeburten) sinken erheblich. Während sich jüngere Frauen tendenziell eher für einen Abbruch als für das Austragen entscheiden, liegt die geringste Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch bei der Altersgruppe der 25- bis 39-jährigen Frauen, insbesondere bei den Frauen im Alter zwischen 30 und 35 Jahren. Dies spricht dafür, dass die Integration eines Kindes in die persönlichen Lebenspläne in den „jüngeren“ Altersgruppen noch nicht so möglich scheint, partnerschaftliche und berufliche Klarheiten noch fehlen. Dies korreliert mit den angegebenen Gründen von Frauen dieser Altersgruppen. Dieser Befund ist eine Widerspiegelung des sich weiter erhöhenden Erstgeburtsalters.

- **Familienstand:** Hier macht ebenfalls am ehesten die Berliner Statistik auswertbare Aussagen. Allerdings ist die Tatsache, dass sich verheiratete Frauen seltener für einen Abbruch entscheiden als ledige und dass bestimmte Gründe eher von ledigen Frauen genannt werden (z.B. Ausbildung, Partnerschaftsprobleme), vermutlich eine Widerspiegelung des gestiegenen Heiratsalters und zugleich der Lebenssituation in dieser Altersgruppe (s. o.).
- **Kinderzahl:** Auch hier gibt am ehesten die Berliner Statistik Anhaltspunkte. Durchschnittlich haben in Berlin 44 % der Frauen noch kein Kind. Die Streuung zwischen den Altersgruppen entspricht wiederum den Darlegungen unter dem Aspekt des Alters: Von den 20- bis 24-Jährigen hatten etwa 65 % noch kein Kind, bei den 30- bis 34-Jährigen etwa 25 %. Frauen, die bereits Kinder hatten, entschieden sich im Alter bis zu 29 Jahren bei erneuter Schwangerschaft meist für einen Abbruch, zwischen 30 und 34 Jahren war die Abbruchquote gleich, bei den über 34-Jährigen fiel die Entscheidung für den Abbruch am häufigsten, wenn bereits zwei Kinder vorhanden waren.
- **Staatsangehörigkeit:** Lediglich der Berliner Bericht untersucht alle Indikatoren auch unter dem Aspekt der Staatsangehörigkeit der beratenen Frauen. Etwa 25 % von ihnen waren nichtdeutsche Frauen, insbesondere mit türkischem Migrationshintergrund. Unterschiede wurden in mehrfacher Hinsicht festgestellt. So sind mehr deutsche Frauen kinderlos (46 %) als ausländische (31 %), wenn sie in eine Pflichtberatung kommen. Allerdings ist der Anteil der beratenen Migrantinnen dann deutlich höher als derjenige der deutschen Frauen, wenn sie bereits zwei Kinder haben. Deutsche Frauen sind zu 70 % ledig und zu 18 % verheiratet, Migrantinnen zu 39 % ledig und zu 42 % verheiratet. Der Anteil der jüngeren Frauen (zwischen 20 und 25 Jahren) an den deutschen beratenen Frauen ist höher als der Anteil der älteren und höher als der Anteil der nichtdeutschen Frauen der gleichen Altersgruppe. Bei den Migrantinnen ist insbesondere die Altersgruppe zwischen 30 und 35 Jahren besonders stark vertreten.

Dies alles kann für unterschiedliche Partnerschafts-, Berufs- und Lebenskonzepte ebenso sprechen wie für Unterschiede im Sexual- und Verhütungsverhalten. Hinweise darauf geben die Abweichungen in den jeweils angegebenen Gründen für den erwogenen Abbruch. So werden ausbildungs- und arbeitsplatzbedingte Gründe deutlich mehr von deutschen Frauen (47 %) angesprochen als von Migrantinnen (31 %), Partnerschaftsprobleme werden eher von Migrantinnen (49 %) als von deutschen Frauen (45 %) benannt. Bei wirtschaftlichen Problemen liegen beide Gruppen dicht beieinander.

- **Regionale Aspekte:** Die Daten aus dem Land Brandenburg bieten die Möglichkeit, die Frage nach regionalen Unterschieden in Abhängigkeit von der wirtschaftlichen und sozialen Problematik der Region zu stellen. An dieser Stelle wird lediglich die potente Potsdamer Region mit dem Problemkreis Uckermark verglichen. In Potsdam werden etwas eher die berufliche Situation, zurzeit kein Kinderwunsch und Angst vor Überforderung angegeben, deutlich stärker sogar Partnerschaftsprobleme. In der Uckermark ist der Anteil „alleinerziehend“ etwa doppelt so hoch wie in Potsdam. Auch Gründe, die im Alter der Schwangeren, der Gesundheit oder familialen Umständen liegen, werden hier häufiger benannt. Diese Befunde können dafür sprechen, dass in Potsdam der Anteil junger Frauen in Ausbildung und Studium sowie beruflich ambitionierter Frauen höher

ist. Finanzielle Probleme spielen allerdings in beiden Regionen eine annähernd gleich hohe Rolle.

3. Folgerungen

Trotz der vorgenannten Einschränkungen hinsichtlich der Aussagefähigkeit der Daten und ihrer Vergleichbarkeit zwischen den Bundesländern bieten die Ergebnisse doch Hinweise auf Fragestellungen, denen in einer Studie dezidiert nachgegangen werden sollte:

1. Gründe, Hintergründe, Einstellungen und Werte für Entscheidungen zum Schwangerschaftsabbruch sollten sorgsamer differenziert werden. Angegebene Gründe können Rechtfertigungsanteile sowohl gegenüber dem vermeintlich gesellschaftlich oder sozial Akzeptierten als auch gegenüber der befragenden Person und sich selbst enthalten. Hintergründe wie die soziale Lage oder die wirtschaftliche Situation bilden zwar wichtige Bedingungsfaktoren, da sie Belastungen repräsentieren und Lebensvorstellungen in ihrer Umsetzbarkeit beeinflussen. Sie stellen aber keine linearen Einflussfaktoren dar, sondern sind in Relation zum Kinderwunsch und der partnerschaftlichen Situation zu betrachten. Werte und Einstellungen haben eine starke regionale Prägung und Stabilität und können Entscheidungen und deren Verarbeitung erschweren oder erleichtern.
2. Soziodemografische Aspekte, insbesondere Alter, Familienstand, Migrationshintergrund, Bildungsstand und Berufstätigkeit sollten stärker vor dem Hintergrund der jeweiligen regionalen und kulturellen Besonderheiten betrachtet und bewertet werden. Generell ist die Repräsentanz bestimmter Altersgruppen genauer zu hinterfragen. Aus der Tatsache, dass der Anteil der 25- bis 35-Jährigen bei den Frauen, die sich zum Abbruch entscheiden, höher ist, als der Anteil anderer Altersgruppen, kann nicht im Umkehrschluss gefolgert werden, dass die Neigung, Kinder zu bekommen, in dieser Altersgruppe am geringsten wäre. Ein Blick auf die Quoten (Abbruch vs. Lebendgeburten) präzisiert die Einschätzungen.
3. Die bisherigen Daten lassen vermuten, dass die Entscheidungen am ehesten mit den Lebenskonzepten von Frauen korrelieren. Veränderte Lebenskonzepte einerseits (Berufstätigkeit als gleichwertiger Anspruch, hohe Ansprüche an Beziehungsqualität und Gleichberechtigung in der Beziehung) und zunehmende soziale Unsicherheiten bzw. starker Flexibilitätsdruck andererseits erschweren weitreichende Entscheidungen der Familiengründung oder -erweiterung. Insofern tragen auch bessere soziale Rahmenbedingungen, Chancengleichheit und berechenbar klare Zukunftsperspektiven zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften bei.
4. Es kann keine realistische Zielstellung sein, Schwangerschaftsabbrüche komplett zu vermeiden, wohl aber die Zahl ungewollter Schwangerschaften zu verringern. Welche Rolle dabei Verhütungswissen, Körperwissen, Verhütungskompetenz und partnerschaftliches Verhütungsverhalten spielen, ist für erwachsene Frauen und Paare nicht dezidiert untersucht worden. Die Beratungsprotokolle der Pflichtberatung zeigen, dass Beraterinnen sehr häufig Verhütungsberatung anbieten oder durchführen. Ob dem tatsächlich ein Bedarf seitens der Klientinnen nach mehr Wissen und

Kompetenz vorausgegangen ist (oder Präventionswunsch der Beraterinnen), kann nicht ermittelt werden. Empirische, ebenfalls regional und soziodemografisch differenziert betrachtete Befunde zum Verhütungsverhalten Erwachsener stehen noch aus.

5. Eine weitere Auswertung von Länderberichten sollte nur punktuell vorgenommen werden, um Hinweise auf weitere Fragestellungen zu generieren. Systematische Auswertungen der Länderberichte würden eine systematische Erfassung nach einheitlichen Kriterien voraussetzen. Dies wird von den Ländern mehrheitlich nicht gewünscht. Auch aus wissenschaftlicher Sicht ist eine empirische Erhebung mit klarer Zielstellung einer flächendeckenden Langzeitabfrage vorzuziehen. Im Übrigen bietet lediglich das Land Berlin die Möglichkeit eines Vergleiches seit 1996 und damit eine Aussage über Tendenzen (unter Berücksichtigung der o. g. Einschränkungen). Eine Studie, die Veränderungen in Entscheidungsverläufen ermitteln will, müsste als Langzeitstudie angelegt sein. Eine Querschnittsstudie wird diesem Anspruch nicht gerecht werden können.