Kurzexpertise **Arbeitspapier** Dokumentation Bericht

Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa

Regelungen und Versorgungslagen des Schwangerschaftsabbruchs im Ländervergleich

Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Schweden und Spanien

Sarah Molter, Julia Lux, Katrin Lange, Friederike Sprang

September 2023

Abstract

Die Möglichkeit, eine Schwangerschaft abzubrechen, ist eine Grundvoraussetzung für reproduktive Selbstbestimmung und damit auch für Geschlechtergleichstellung.

Das Arbeitspapier vergleicht Regelungen, Kostenübernahme und Versorgungslage sowie Daten zu Abbrüchen in Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Schweden und Spanien. Es bezieht dabei die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation, die menschenrechtlichen Standards im Bereich reproduktiver und sexueller Rechte und das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit mit ein. So können Ansatzpunkte identifiziert werden, wie auf nationaler Ebene Regelungen und Zugänge zu Schwangerschaftsabbrüchen auszugestalten sind, sodass die Rechte und Gesundheit schwangerer Personen effektiv gewährleistet werden.

Inhaltsverzeichnis

Abstract **II**

Inhaltsverzeichnis **III**

Tabellenverzeichnis **IV**

Abbildungsverzeichnis **IV**

Verzeichnis Infoboxen und Exkurse **V**

Glossar **VI**

1 Einleitung **1**

2 Schwangerschaftsabbrüche und Menschenrechte **4**

2.1 Internationale Ebene 4

2.2 Europäische Ebene 10

3 Nationale Ebene: Europäische Staaten im Überblick **13**

4 Schwangerschaftsabbrüche im Ländervergleich **17**

4.1 Regelungen, Kostenübernahme und Versorgungslage 17

4.2 Gesellschaftliche Einstellungen 47

4.3 Daten und menschenrechtliche Relevanz 51

5 Zusammenfassung und Fazit **60**

Literaturverzeichnis **65**

Anhang **73**

I. Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zu Schwangerschaftsabbrüchen 73

II. Ländertabellen: Regelungen, Kostenübernahme, Versorgungslage 75

III. Abbruchraten und weitere Daten zu reproduktiver Gesundheit 120

Aktuelle Publikationen **126**

Impressum **127**

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs 31
Tabelle 2: Übersicht Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs 37
Tabelle 3: Übersicht Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs 43
Tabelle 4: Empfehlungen der WHO zu Schwangerschaftsabbrüchen 73
Tabelle 5: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland 75
Tabelle 6: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland 79
Tabelle 7: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland 80
Tabelle 8: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Frankreich 84
Tabelle 9: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in Frankreich 88
Tabelle 10: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in Frankreich 89
Tabelle 11: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in den Niederlanden 93
Tabelle 12: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in den Niederlanden 98
Tabelle 13: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in den Niederlanden 99
Tabelle 14: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Schweden 103
Tabelle 15: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in Schweden 106
Tabelle 16: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in Schweden 107
Tabelle 17: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Spanien 109
Tabelle 18: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in Spanien 115
Tabelle 19: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in Spanien 115
Tabelle 20: Abbruchraten und weitere Daten zu reproduktiver Gesundheit 120

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen 48
Abbildung 2: Anteil unsicherer Schwangerschaftsabbrüche 58

Verzeichnis Infoboxen und Exkurse

Hinweise zu Vorgehen und Quellenangaben 2
Infobox: reproduktive Gerechtigkeit 9
Empfehlung der WHO: Abbrüche entkriminalisieren 18
Exkurs: französische Verfassungsänderung 20
Empfehlung der WHO: keine Strafbarkeit bei Abbrüchen 21
Empfehlung der WHO: Indikationen abschaffen 22
Empfehlung der WHO: Verknüpfung mit Schwangerschaftsdauer abschaffen 23
Empfehlung der WHO: verpflichtende Beratung und Wartezeiten abschaffen 25
Empfehlung der WHO: Notwendigkeit des Einverständnisses Dritter abschaffen 26
Empfehlung der WHO: Gewissensklauseln abschaffen 27
Empfehlung der WHO: Verfügbarkeit von Informationen sicherstellen 29
Empfehlung der WHO: Kosten übernehmen 35
Infobox: Abbruchmethoden 39
Empfehlung der WHO: Kreis der Anbieter*innen erweitern 40
Empfehlung der WHO: gute, offene und freiwillige Beratung sicherstellen 41
Exkurs: reproduktive Gerechtigkeit und unerwünschte Elternschaft 49
Infobox: Zugang zu Verhütungsmitteln 53
Infobox: französische und schwedische Datenerhebungspraxis 54
Exkurs: Nötigung zum Abbruch und reproduktive Kontrolle 56

Glossar

Begriff	Erläuterung
Abbruch auf Verlangen	Auch als freiwilliger Abbruch bezeichnet. Die schwangere Person muss keine Gründe für den Abbruch angeben.
Abbruch nach Indikation	Es muss von offizieller Stelle festgestellt werden, dass ein wichtiger Grund für den Abbruch vorliegt, zum Beispiel, dass die Gesundheit der schwangeren Person in Gefahr ist (**medizinische Indikation**), eine schwere Beeinträchtigung des Fötus vorliegt (**embryopathische Indikation**), die Schwangerschaft aus einer Straftat hervorgeht (**kriminologische Indikation**) oder sich die schwangere Person in einer sozialen Notlage befindet (**soziale Indikation**).
Embryo	Entwicklungsstadium bis zur neunten Woche p.c. (Familienplanung.de o. J.).
Fötus	Entwicklungsstadium ab der neunten Woche p.c. (ebd.).
Gewissensklausel	Medizinisches Personal kann die Durchführung eines Abbruchs aufgrund von Werten oder religiösen Überzeugungen ablehnen.
Kürettage / Ausschabung / Dila(ta)tion & Curettage (D&C)	Eine operative Abbruchmethode, bei der ein Instrument in den Uterus eingeführt wird, um Gewebe im Inneren manuell abzutragen.
Langzeitverhütungsmittel	Im Englischen auch LARC (longterm acting reversible contraception – lang wirkende, umkehrbare Verhütung). Hierzu zählen Hormonimplantate, -injektionen und Spiralen, die jeweils langfristig verhütend wirken, nach deren Absetzen oder Entnahme die Fruchtbarkeit aber wiederhergestellt werden kann.
LGBTIQ*	LGBTIQ* ist eine Abkürzung für die Begriffe lesbisch, schwul (im Englischen „gay“), bisexuell, trans*, inter* und queer und damit eine Abkürzung für sexuelle Orientierungen[1] und geschlechtliche

[1] **Sexuelle Orientierung** ist „die Fähigkeit eines Menschen, sich emotional und sexuell intensiv zu Personen desselben oder eines anderen Geschlechts (gender) oder mehr als einen Geschlechts (gender) hingezogen zu fühlen und vertraute und sexuelle Beziehungen mit ihnen zu führen“ (HES 2008: 13, Präambel).

	Identitäten[2]. Trans* bezeichnet Personen, die sich nicht oder nicht nur dem Geschlecht zugehörig fühlen, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde. Inter* bezeichnet Personen mit Variationen der Geschlechtsmerkmale. Queer ist ein Sammelbegriff für alle nicht-heteronormativen[3] und nicht-cisgeschlechtlichen[4] Lebensweisen und Identitäten und steht an dieser Stelle stellvertretend für diese.[5] Das Sternchen * steht für die Vielfalt geschlechtlicher und sexueller Verortungen, die nicht im Akronym angegeben sind, sowie für die „Prozesshaftigkeit und Unabgeschlossenheit von geschlechtlichen Positionierungen“ (Fütty 2019: 17 zit. nach Dionisius 2020: 78).[6]
Medikamentöser Abbruch	Es werden zwei Medikamente (Mifepriston, Misoprostol) im Abstand von ein bis drei Tagen eingenommen, die dazu führen, dass der Embryo oder Fötus ausgestoßen wird. Nach der Weltgesundheitsorganisation sind medikamentöse Abbrüche bis zur 10. Woche p.c. möglich (WHO 2022a: 68). In vielen Staaten wird die Methode nur bis zur 7. Woche p.c. angewendet.
People of Colour	People of Colour ist eine solidarisierende Selbstbezeichnung von Menschen, die Erfahrungen von Rassismus teilen (Ha 2009). Wenn in diesem Arbeitspapier der Begriff People of Colour verwendet wird, sind alle Menschen gemeint, die in der (nationalen) Mehrheitsgesellschaft strukturelle, institutionelle und interpersonelle Machtungleichheiten und daher Diskriminierungen rassistischer Art erleben.
Reproduktive Gerechtigkeit	Reproduktive Gerechtigkeit ist ein aktivistisch-wissenschaftliches Konzept, das auf drei miteinander verbundenen Grundprinzipien basiert: (1) das Recht, ein Kind unter selbst gewählten Bedingungen zu bekommen; (2) das Recht, kein Kind zu bekommen durch Verhütung, Abbruch oder Enthaltsamkeit; und (3) das Recht, Kinder in einem sicheren und gesunden Umfeld frei von individueller oder staatlicher Gewalt zu betreuen (Ross 2017: 290). Es verbindet Fragen

[2] **Geschlechtliche Identität** ist „das tief empfundene innere und persönliche Gefühl der Zugehörigkeit zu einem Geschlecht (gender), das mit dem Geschlecht (sex), das der betroffene Mensch bei seiner Geburt zugewiesen wurde, übereinstimmt oder nicht übereinstimmt; […]“ (HES 2008: 13, Präambel).

[3] **Heteronormativität** bezeichnet „[…] die Normen der Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit und fasst diese als gesellschaftliches Machtverhältnis […]. Cisnormativität ist Teil des heteronormativen Machtverhältnisses und bezeichnet die Norm, sich diesseits des bei Geburt zugewiesenen Geschlechts zu verorten“ (Dionisius 2020: 78).

[4] „„**Cis**“ (lat.) bedeutet „diesseits“ und bezeichnet im Kontext des Begriffs „cisgeschlechtlich“ Personen, deren geschlechtliche Verortung mit dem Geschlecht übereinstimmt, das ihnen bei Geburt zugewiesen wurde“ (Dionisius 2020: 80).

[5] Beispielsweise für **nicht-binäre Personen**: „Nichtbinär ist […] ein Überbegriff für alle Geschlechter, die nicht rein männlich oder rein weiblich sind. […] Ausschlaggebend für die Identität als nichtbinär ist aber nur das eigene Empfinden.“ (Queerulant_in e. V. 2019: 37).

[6] Sollten andere Schreibweisen verwendet werden, wurden diese vom Ursprungstext übernommen und kontextabhängig verwendet.

	der reproduktiven Gesundheit mit dem Prinzip der sozialen Gerechtigkeit.
Reproduktive Kontrolle und Zwang	Verhalten, das die selbstständige Entscheidungsfindung einer Person in Bezug auf ihre reproduktive Gesundheit, einschränkt (Grace / Anderson 2018).
Schwangere Person	Auch nicht weiblich gelesene Personen können schwanger sein, beispielsweise nicht-binäre und trans* Personen (siehe Glossar LGBTIQ*). Wenn in diesem Papier dennoch von Frauen gesprochen wird, ist dies vom Ursprungstext übernommen und der Kontext macht die Beibehaltung notwendig. Beispielweise bei Kennzahlen wie der Abbruchrate, die sich auf nach der nationalen Statistik erhobene Frauen beziehen.
Schwangerschaftsabbruch	Das absichtlich herbeigeführte vorzeitige Beenden einer Schwangerschaft (Familienplanung.de o. J.). Der Begriff „Abtreibung“ wird aufgrund seiner widersprüchlichen Konnotation nicht verwendet: Zwar wurde der Begriff von der westdeutschen Frauenbewegung ab den 1950er Jahren in einem emanzipatorisch-feministischen Zusammenhang genutzt („Abtreibung ist ein Menschenrecht“), er wird jedoch auch in konservativen bis hin zu fundamental-religiösen Kreisen eindeutig ablehnend gebraucht („Abtreibung ist Mord“) (Krolzik-Matthei 2019: 4f.).
Schwangerschaftsdauer	Die Schwangerschaftsdauer wird unterschiedlich berechnet, entweder als Zeit seit dem ersten Tag der letzten Periode (**post menstruationem, p.m.**) oder seit dem vermuteten Zeitpunkt der Empfängnis (**post conceptionem, p.c.**) – etwa zwei Wochen nach Beginn der letzten Periode. Im Rahmen des Papiers wird die Rechnung ab p.c. genutzt. Dort, wo Angaben darlegen, dass für die angegebene Schwangerschaftsdauer ab dem ersten Tag der letzten Periode gerechnet wurde, wurden zwei Wochen abgezogen: Damit entspricht beispielsweise der 14. Woche p.m. die 12. Woche p.c.
Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte	„Sexuelle und reproduktive Gesundheit ist ein Zustand des körperlichen, emotionalen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf alle Aspekte der Sexualität und Reproduktion, nicht nur das Fehlen von Krankheit, Dysfunktion oder Gebrechen. […] Jede einzelne Person hat das Recht, Entscheidungen über den eigenen Körper zu treffen und Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen, die dieses Recht unterstützen“ (Guttmacher-Lancet Kommission 2018).

Ungeplante Schwangerschaft	Schwangerschaften, die aus Sicht der schwangeren Person ungewollt und / oder vom Zeitpunkt her unpassend sind (Santelli et al. 2003).
Uterus	Organ, in dem bei einer Schwangerschaft die Entwicklung eines Embryos / Fötus stattfindet. Da der deutsche Begriff Gebärmutter nicht inklusiv für trans*- und nicht-binäre Menschen ist und einen zentralen Aspekt von Abbruchstigma und Unausweichlichkeit von Mutterschaft (vgl. Kumar et al. 2009) reproduziert, wird in diesem Papier der lateinische Begriff verwendet.
Vakuumaspiration / Absaugung / Dila(ta)tion & Evacuation	Eine operative Abbruchmethode, bei der ein Instrument in den Uterus eingeführt wird, mit Hilfe dessen Gewebe im Inneren abgesaugt wird.

1 Einleitung

Der Zugang zu und das Recht auf einen legalen, sicheren und kostenfreien Schwangerschaftsabbruch ist in Europa hart umkämpft: Befürworter*innen eines Rechts auf Abbruch fordern ein, dass jede schwangere Person über den eigenen Körper und damit über den Abbruch einer Schwangerschaft selbst bestimmen können muss. Abbruchsgegner*innen wollen den Zugang zu Abbrüchen einschränken oder ganz streichen und stellen damit die Rechte des Fötus oder Embryos über die Rechte der schwangeren Person.[7]

Fakt ist, Verbote und restriktive Regelungen verhindern Abbrüche nicht, sondern führen vermehrt zu unsicheren Abbrüchen (Ganatra et al. 2017). Diese können gesundheitliche Konsequenzen bis zum Tod der schwangeren Person zur Folge haben. Völkerrechtlich stellen Beschränkungen des Zugangs zu oder die Kriminalisierung von Abbrüchen Menschenrechtsverletzungen dar (Kapitel 2). Sie sind eine Form geschlechtsbezogener Diskriminierung und Gewalt.

Der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch ist mit dem Recht verbunden, frei entscheiden zu können, ob und mit welchen Mitteln eine Person Kinder bekommen möchte. Reproduktive Rechte sind menschenrechtlich verankert und eine Grundvoraussetzung für Geschlechtergleichstellung. Dazu gehören das Recht auf Informationen, Ressourcen und Dienste zu Sexualität, Familienplanung und Verhütung, die eine solche freie Entscheidung, frei von Zwang und Diskriminierung, ermöglichen.

Sich für oder gegen eine Schwangerschaft zu entscheiden, ist nicht allein eine Folge individueller Präferenzen, sondern ist stark in soziale und institutionelle Beziehungen eingebettet und maßgeblich von gesetzlichen, betrieblichen und infrastrukturellen Rahmenbedingungen abhängig. Dass allein das Recht auf einen Abbruch nicht ausreicht, um soziale Gerechtigkeit für vulnerable Gruppen im Bereich der Reproduktion herzustellen, verdeutlicht das wissenschaftlich-aktivistische Konzept der Reproduktiven Gerechtigkeit (siehe Kapitel 2). Es betont den intersektionalen Anspruch der Forderung nach sozialer Gerechtigkeit im Bereich sexueller und reproduktiver Rechte und Gesundheit (siehe Infobox reproduktive Gerechtigkeit und Infobox Reproduktive Gerechtigkeit und unerwünschte Schwangerschaft).

Unter welchen Voraussetzungen eine schwangere Person ihre Schwangerschaft abbrechen kann, wird in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union rechtlich unterschiedlich geregelt: Das Spektrum reicht von einer weitestgehend selbstbestimmten Entscheidung in SCHWEDEN oder den NIEDERLANDEN bis hin zu einem nahezu vollständigem Verbot in Malta (Kapitel 3). Gesetzliche Regelungen, Kostenübernahme und Versorgungslage variieren stark. In den letzten Jahren haben manche Staaten restriktivere Gesetze erlassen; andere wiederum, insbesondere FRANKREICH und SPANIEN, haben ihre Gesetze weiter liberalisiert und damit den Zugang zu Abbrüchen erleichtert.

[7] Dieses Arbeitspapier wurde rund um dem International Safe Abortion Day am 28. September 2023 gemeinsam mit dem Dossier Selbstbestimmung unter Druck? Das Recht auf Schwangerschaftsabbruch in Europa der Beobachtungsstelle (Lange 2023) veröffentlicht. Das Dossier beschäftigt sich mit europäischen, nationalen und zivilgesellschaftlichen Perspektiven auf ein Recht auf Schwangerschaftsabbruch.

In DEUTSCHLAND bestehen vergleichsweise restriktive Regelungen. Der Schwangerschaftsabbruch steht gemäß § 218 Strafgesetzbuch (StGB) grundsätzlich unter Strafe, bleibt jedoch in den ersten zwölf Wochen ab Empfängnis straffrei, wenn schwangere Personen sich vorher beraten lassen und die gesetzliche Wartezeit einhalten. Ein Abbruch ist auch erlaubt, wenn die Gesundheit der schwangeren Person in Gefahr ist, eine Beeinträchtigung des Fötus vorliegt oder die Schwangerschaft aus einer Straftat heraus entstanden ist. Auf internationaler Ebene fordern unter anderem die Weltgesundheitsorganisation und der Ausschuss für das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau eine vollständige Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs (WHO 2022a: 24, CEDAW 2015: 51 (l)), um die sexuelle und reproduktive Gesundheit schwangerer Personen zu schützen. Eine Kommission soll bis März 2024 für DEUTSCHLAND prüfen, ob und wie Schwangerschaftsabbrüche außerhalb des Strafgesetzbuches geregelt werden könnten.[8] Dies ist zum Beispiel in Belgien, FRANKREICH und Luxemburg der Fall.

Nach einer **menschenrechtlichen Verortung** von Schwangerschaftsabbrüchen auf internationaler und europäischer Ebene (Kapitel 2) und einem kurzen **Überblick zur Lage in Europa** (Kapitel 3) wird die Situation zu Abbrüchen in den fünf Staaten genauer analysiert. Verglichen werden in einem ersten Schritt (Kapitel 4.1) die **gesetzlichen Bedingungen** für einen Abbruch, wie verpflichtende Beratungen und Wartezeiten sowie der gesetzlich freie Zugang zu Informationen. Auch berücksichtigt wird die **Übernahme der Kosten**, die klinisch-medizinische **Versorgungslage** und der Zugang zu Beratungsangeboten. Die ausführlichen Informationen zu den einzelnen Staaten einschließlich Quellenangaben finden sich im Anhang II. Ein Blick auf die **gesellschaftlichen Einstellungen** zu Abbrüchen (Kapitel 4.2) und Stigmatisierung leitet über zu einer Diskussion der **Zahlen zu Abbrüchen und menschenrechtlichen Implikationen** (Kapitel 4.3). Hierbei wird insbesondere in den Blick genommen: „wie oft“ (Häufigkeit und Dunkelziffer), „wann“ (Schwangerschaftsdauer), „warum“ (Abbrüche nach Indikationen) und „wie“ (Abbruchmethoden) finden Abbrüche statt. Im **Fazit** (Kapitel 5) werden die Erkenntnisse der Kapitel zusammengefasst und Implikationen der Ergebnisse diskutiert.

Hinweise zu Vorgehen und Quellenangaben

Als Referenzrahmen für die Regelungen zu Schwangerschaftsabbrüchen wurden die aktuellen Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation aus 2022 zu „abortion care“ genutzt (Anhang I).

Die Informationen und Daten zu den Staaten, die die Grundlage für den Ländervergleich in Kapitel 4 darstellen, wurden durch eine Desktop- und Literaturrecherche zusammengetragen. Neben Gesetzestexten, Webseiten von Ministerien und zivilgesellschaftlichen Organisationen sowie wissenschaftlicher Literatur, wurde auf Übersichten zur Gesetzeslage zurückgegriffen, wie sie insbesondere die Weltgesundheitsorganisation und zivilgesellschaftliche Organisationen wie das Centre for Reproductive Rights oder die International Planned Parenthood Orga-

[8] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 31. März 2023: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/kommission-zur-reproduktiven-selbstbestimmung-und-fortpflanzungsmedizin-konstituiert-sich-223460

nisation bereitstellen. Die detaillierten nationalen Informationen einschließlich Quellenangaben finden sich in Tabellenform im Anhang II. Die statistischen Daten zu Abbrüchen finden sich ebenfalls in Tabellenform im Anhang III. Im Fließtext werden der Übersichtlichkeit halber nur Quellenverweise eingefügt, die über diese Informationen beziehungsweise Quellen hinausgehen.

Die Recherchen für dieses Arbeitspapier wurden zwischen Januar und April 2023 durchgeführt. Zu einzelnen Aspekten wurden nach April 2023 weitere Informationen eingeholt. Alle im Arbeitspapier angegebenen Internetquellen sind aktuell verfügbar [Stand: 06.09.2023].

2 Schwangerschaftsabbrüche und Menschenrechte

2.1 Internationale Ebene

Völkerrechtlich gibt es kein explizites Recht auf Schwangerschaftsabbruch. Der Zugang zu einem legalen und sicheren Schwangerschaftsabbruch ist jedoch eng mit im Völkerrecht verankerten Menschenrechtsstandards verbunden. Diese Standards umfassen das Recht auf

- Leben,
- Gesundheit,
- Sicherheit,
- eine freie Entscheidung, ob und mit welchen Mitteln eine Person Kinder bekommen möchte,
- Privatsphäre,
- Informationen und Bildung,
- Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung,
- ein Leben frei von Gewalt, Diskriminierung und Folter oder anderer Misshandlung sowie
- Nutzung des wissenschaftlichen Fortschritts (WHO 2022c).

Diese Menschenrechte sind in internationalen Konventionen, wie dem Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women, CEDAW), dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (International Covenant on Civil and Political Rights, ICCPR), dem Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, ICESCR) und weiteren[9] verankert. Alle im Arbeitspapier betrachteten Staaten (DEUTSCHLAND, FRANKREICH, NIEDERLANDE, SCHWEDEN, SPANIEN) haben die genannten Übereinkommen ratifiziert.[10] Dementsprechend ist es **Aufgabe der Staaten, ihren völkerrechtlichen Verpflichtungen nachzukommen und die Achtung, den Schutz sowie die Gewährleistung der Menschenrechte sicherzustellen**.[11] Als Kontrollmechanismus berichten die Vertragsstaaten im Staatenberichtsverfahren regelmäßig an die dafür eingesetzten UN-Vertragsorgane zum Stand der Umsetzung der von ihnen ratifizierten Konventionen. Die Vertragsorgane prüfen wiederum die Berichte und veröffentlichen auf dieser Grundlage Bedenken und Empfehlungen zur Umsetzung der Übereinkommen.[12]

---

[9] Übereinkommen über die Rechte des Kindes (Convention on the Rights of the Child, CRC), Übereinkommen der Vereinten Nationen gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe (United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CAT), Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (Convention on the Rights of Persons with Disabilities, CRPD), Internationales Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von rassistischer Diskriminierung (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, ICERD).

[10] https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Treaty.aspx

[11] https://www.ohchr.org/en/instruments-and-mechanisms/international-human-rights-law

[12] https://www.ohchr.org/en/treaty-bodies/what-treaty-bodies-do

Insbesondere die **Weltgesundheitsorganisation** macht in ihren aktuellen Empfehlungen zu Schwangerschaftsabbrüchen deutlich, dass Beschränkungen des Zugangs zu einem legalen und sicheren Schwangerschaftsabbruch die Verwirklichung der genannten Menschenrechte gefährden können und spricht sich für eine **komplette Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen** aus (WHO 2022b: 4ff.). So führt beispielsweise die Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen zu vermehrten risikoreichen Abbrüchen, was gesundheitliche Konsequenzen bis zum Tod der schwangeren Person zur Folge haben kann. Damit werden das Recht auf Gesundheit, das Recht auf Sicherheit sowie das Recht auf Leben der schwangeren Person verletzt (ebd.: 11).

Basierend auf den genannten Menschenrechten ist der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch Teil der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (sexual and reproductive health and rights, SRHR) (UNFPA 2014: 23). Das Recht auf reproduktive Gesundheit ist seit 1994 als Menschenrecht anerkannt und beschreibt nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern die Verwirklichung eines Zustands des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in allen Angelegenheiten, die die Sexualität und Fortpflanzung des Menschen betreffen.[13]

Bei den ersten Weltbevölkerungskonferenzen (1954 in Rom und 1965 in Belgrad) wurden reproduktive Rechte im internationalen Diskurs zunächst nicht menschenrechtlich, sondern **bevölkerungspolitisch** verhandelt. Die Reglementierung von Schwangerschaftsabbrüchen und Verhütungsmitteln zielte darauf ab, das Bevölkerungswachstum zu kontrollieren und einer „Überbevölkerung“[14] im Globalen Süden entgegenzuwirken. Während bevölkerungspolitische Maßnahmen im Globalen Norden meist darauf ausgelegt waren, rückläufige Geburtenzahlen durch geburtenfördernde Maßnahmen anzukurbeln, beabsichtigte internationale Bevölkerungspolitik durch geburtenreduzierende Maßnahmen wie beispielsweise (Zwangs-)Sterilisierungen und Verhütungsmittelprogramme die Bevölkerung im Globalen Süden selektiv zu reduzieren (HBS / GWI 2022).

Der erste völkerrechtliche Schritt in Richtung eines Paradigmenwechsels für eine **menschenrechtliche Betrachtungsweise** von Familienplanung und Fortpflanzung erfolgte bei der ersten Internationalen Konferenz für Menschenrechte in Teheran 1968 (Klein / Wapler 2019: 20). Das Recht, dass jede Person frei und selbstbestimmt entscheiden darf ob, wie viele und mit welchen Mitteln sie Kinder bekommen möchte, wurde in der Proklamation von Teheran[15] erstmalig als Menschenrecht behandelt (pro familia 2017: 8). Im Anschluss daran wurde das Recht auf selbstbestimmte Familienplanung auch in menschenrechtlichen Übereinkommen veran-

---

[13] Programme of Action, ICPD Cairo; Abs 7.2.

[14] Der Begriff geht auf den Ökonomen Robert Malthus zurück, der das weltweite Bevölkerungswachstum mit Ressourcenwachstum in Verbindung setzte und schlussfolgerte, dass ein stetiger Zuwachs an Menschen auf der Welt zu weniger Lebensqualität, Armut und Hungersnöten führen würde. Als Lösung wurde und wird immer wieder versucht, das Bevölkerungswachstum bestimmter Gruppen aufzuhalten (HBS / GWI 2022). Dabei liegt der Fokus auf dem afrikanischen Kontinent, was die rassistische und neokolonialistische Prägung des Begriffs zum Ausdruck bringt (Schultz 2020: 25ff.).

[15] Artikel 16:”[...] couples have a basic human right to decide freely and responsibly on the number and spacing of their children and a right to adequate education and information in this respect.”

kert: Im 1979 in Kraft getretenen Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau[16] sowie im 2006 verabschiedeten Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen[17].

Der bedeutendste völkerrechtliche Meilenstein wurde schließlich mit der menschenrechtlichen Verankerung von reproduktiver Gesundheit und Rechten[18] bei der **Weltbevölkerungskonferenz der Vereinten Nationen 1994 in Kairo** erreicht (Klein / Wapler 2019: 20). Aus den universellen Menschenrechten wurde in Kairo das individuelle Recht auf freie und selbstbestimmte Entscheidungen in Bezug auf den eigenen Körper, Partnerschaft und Familienplanung abgeleitet und die Vertragsstaaten dazu aufgefordert, den Zugang zu umfassender reproduktiver Gesundheitsversorgung sicherzustellen (HBS / GWI 2022).

Bei der **vierten Weltfrauenkonferenz** ein Jahr später in **Peking (1995)** wurde das Recht auf reproduktive Gesundheit im internationalen Konsens erneut bestätigt (Gilby et al. 2021: 2f.). Allerdings wurde weder in Kairo, noch in Peking ein Recht auf den legalen Zugang zum Schwangerschaftsabbruch in den verabschiedeten Abkommen miteingeschlossen. Sowohl das Aktionsprogramm der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz als auch die Pekinger Erklärung und Aktionsplattform weisen jedoch darauf hin, dass Abbrüche dort, wo sie bereits legal sind, sicher stattfinden können sollen.[19] Ebenso wird auf den Gesundheitsaspekt von risikoreichen, illegalen Abbrüchen verwiesen.[20] Aufgrund der Ablehnung einiger Staaten wurde der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch als Teilaspekt des Rechts auf selbstbestimmte Familienplanung in den Erklärungen aus Kairo und Peking aber nicht mit aufgenommen.[21] (Wichterich 2015: 8f.).

Dem gegenüber stehen verschiedene **Stellungnahmen der UN-Vertragsorgane**[22], die für die Überwachung der internationalen Menschenrechtsabkommen zuständig sind. In ihren Allgemeinen Bemerkungen (General Comments) legen sie die jeweiligen Menschenrechtsverträge

---

[16] CEDAW; Art 16 1 lit. e.

[17] CRPD; Art. 23 1 lit. b.

[18] Sexuelle Rechte sind im Kairoer Aktionsprogramm nicht enthalten. Bis heute konnte sich die internationale Gemeinschaft auf keine Definition einigen, da sexuelle Rechte Aspekte berühren, denen nicht alle UN-Vertragsstaaten zustimmen.

[19] "In circumstances where abortion is not against the law, such abortion should be safe", Beijing Declaration and Platform for Action, Art.106 (k), Programme of Action, ICPD Cairo; § 8.25.

[20] Siehe zum Beispiel: "Unsafe abortions threaten the lives of a large number of women, representing a grave public health problem [...]" Beijing Declaration and Platform for Action, Art. 106 (j); „However, a significant proportion of the abortions carried out are self-induced or otherwise unsafe, leading to a large fraction of maternal deaths or to permanent injury to the women involved" Programme of Action, ICPD Cairo; § 8.19.

[21] In beiden Erklärungen wurde der Schwangerschaftsabbruch als Methode von Familienplanung explizit ausgeklammert: "In no case should abortion be promoted as a method of family planning. [...] " Beijing Declaration and Platform for Action, Art.106 (k), Programme of Action, ICPD Cairo; § 8.25.

[22] Siehe zum Beispiel Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 22: on the right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), Abs. 10, 13, 28, 34, 40, 41, 45, 49(a), 57, E/C.12/GC/22 (2016); Committee on the Rights of the Child (CRC), General Comment No. 20 (2016) on the implementation of the rights of the child during adolescence, Abs. 60, CRC/C/GC/20 (2016); General Comment No. 15 (2013) on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24), CRC/C/GC/15 (2013); General recommendation No. 35 on gender-based violence against women, updating general recommendation No. 19, Abs. 18,

näher aus und sprechen Empfehlungen an die Vertragsstaaten aus, die jedoch rechtlich nicht bindend sind. In diesen Bemerkungen folgern die UN-Vertragsorgane aus Beschränkungen des Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch oder der Kriminalisierung von Abbrüchen die Verletzung der Rechte der schwangeren Person auf Leben und Sicherheit[23] und benennen restriktive Regulierungen von Abbrüchen zudem als eine Form von Diskriminierung[24] sowie geschlechtsbezogener Gewalt und Folter[25]. Gleichzeitig wird der Schwangerschaftsabbruch als wesentlicher Teil der Verwirklichung sexueller und reproduktiver Gesundheit anerkannt[26] (IPPF EN 2019: 5f.). Dementsprechend wird den Vertragsstaaten in den Allgemeinen Bemerkungen empfohlen, **Schwangerschaftsabbrüche zu entkriminalisieren und einen diskriminierungsfreien Zugang zu sicheren Abbrüchen zu gewährleisten**[27].

Neben Allgemeinen Bemerkungen sprechen die UN-Vertragsorgane im Rahmen der Berichtsprüfung (Concluding Observations) im Staatenberichtsverfahren konkrete Empfehlungen an einzelne Vertragsstaaten aus (UN 2002). In Bezug auf restriktive Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch wurden unter anderem DEUTSCHLAND[28] und SPANIEN[29] dazu aufgefordert, Hindernisse beim Zugang zum Schwangerschaftsabbruch abzubauen.

Auch der **UN-Menschenrechtsausschuss** hat 2016 erstmalig als Reaktion auf eine Individualbeschwerde im Fall Mellet gegen Irland anerkannt, dass die **Kriminalisierung und das Ver-**

29(c)(i), CEDAW/C/GC/35 (2017); General Recommendation No. 33 (2015) on women's access to justice, Abs. 51(l), CEDAW/C/GC/33 (2015).

[23] Siehe zum Beispiel: " [...] denial of abortion often leads to maternal mortality and morbidity, which in turn constitutes a violation of the right to life or security [...]" CESCR, General Comment No. 22, Abs.10.

[24] Siehe zum Beispiel. "Some criminal codes or acts and/or criminal procedure codes discriminate against women by: [...] (b) Criminalizing forms of behaviour that can be performed only by women, such as abortion" CEDAW, General Recommendation No.33, Abs. 47 (b).

[25] Siehe zum Beispiel. "Violations of women's sexual and reproductive health and rights, such as [...] criminalization of abortion, denial or delay of safe abortion and/or post-abortion care, forced continuation of pregnancy, [...], are forms of gender-based violence that, depending on the circumstances, may amount to torture or cruel, inhuman or degrading treatment" CEDAW, General Recommendation No. 35, Abs.18 (Siehe Glossar zur Verwendung des Begriffs „schwangere Personen" anstatt „Frauen" in diesem Arbeitspapier).

[26] Siehe zum Beispiel: "There exists a wide range of laws, policies and practices that undermine autonomy and right to equality and non-discrimination in the full enjoyment of the right to sexual and reproductive health, for example criminalization of abortion or restrictive abortion laws" CESCR, General Comment No. 22, Abs.34.

[27] Siehe zum Beispiel: "Preventing unintended pregnancies and unsafe abortions requires States to adopt legal and policy measures to guarantee all individuals access to affordable, safe and effective contraceptives and comprehensive sexuality education, including for adolescents; to liberalize restrictive abortion laws; to guarantee women and girls access to safe abortion services and quality post-abortion care, including by training health-care providers; and to respect the right of women to make autonomous decisions about their sexual and reproductive health" CESCR, General Comment No. 22, Abs. 28.

[28] Human Rights Committee, Concluding Observations: Germany, Abs. 18, CCPR/C/DEU/CO/7 (2021), zu obligatorischen Wartezeiten vor dem Schwangerschaftsabbruch, dem Schwangerschaftsabbruch als Strafbestand, der Belästigung von schwangeren Personen, die sich zu einem freiwilligen Schwangerschaftsabbruch beraten lassen sowie zu Hindernissen für den gleichberechtigten Zugang zu erschwinglichen Verhütungsmethoden; CEDAW, Concluding Observations: Germany, Abs. 37(b), CEDAW/C/DEU/CO/7-8 (2017), zur Beratungspflicht, obligatorischen Wartezeit und der Erstattung des Abbruchs durch die Krankenkasse in allen Fällen.

[29] CESCR, Concluding Observations: Spain, Abs. 43-44, E/C.12/ESP/CO/6 (2018), zur Verweigerung des Schwangerschaftsabbruchs durch Ärzt*innen oder medizinisches Personal aus Gewissensgründen und der Einschränkung des Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch für schwangere Personen zwischen 16 und 18 Jahren und mit Behinderungen.

bot von Schwangerschaftsabbrüchen unvereinbar mit internationalen Menschenrechtsstandards sind.[30] Das wurde in der Allgemeinen Bemerkung Nr.36[31] zur Konkretisierung des Rechts auf Leben vom UN-Menschenrechtsausschuss 2019 erneut bestätigt. Demnach darf eine Regulierung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht das Recht auf Leben der schwangeren Person oder eines ihrer weiteren Rechte aus dem Internationalen Pakt über bürgerliche und politische Rechte (wie beispielsweise das Recht auf Privatsphäre und das Recht auf Nichtdiskriminierung) verletzen.

Erstmals seit der vierten Weltfrauenkonferenz in Peking 1995 brachte das **UN Generation Equality Forum 2021** unter anderem Regierungen, internationale Organisationen, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Jugendorganisationen und Gewerkschaften zusammen, um die Gleichstellung der Geschlechter weiter voranzubringen. Der in diesem Rahmen verabschiedete Global Acceleration Plan ist auf fünf Jahre (bis 2026) ausgelegt und umfasst sechs Action Coalitions, eine davon zu körperlicher Selbstbestimmung sowie sexuellen und reproduktiven Rechten und Gesundheit. Angestrebt wird in diesem Bereich unter anderem die Ausweitung des Zugangs zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen weltweit. In dem fünfjährigen Prozess sollen im Aktionsplan festgehaltene Verpflichtungen umgesetzt werden.[32]

Als Fazit zu diesen Ausführungen kann festgehalten werden: **Die menschenrechtliche Dimension des Zugangs zum Schwangerschaftsabbruch ist international anerkannt und eine Kriminalisierung sowie ein Verbot gilt als unvereinbar mit internationalen Menschenrechtsstandards**. Trotz der hier aufgezeigten Auslegungen verschiedener Menschenrechtsverträge durch die UN-Vertragsorgane und der entsprechenden Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation ist das Recht auf einen uneingeschränkten Zugang zu Schwangerschaftsabbruch noch an keiner Stelle bindend festgehalten.

Zudem gibt es, auch auf Wirken der Anti-Gender- und Abbruchsgegner*innen-Bewegung hin (siehe ausführlich Lange 2023), auf UN-Ebene starken Widerstand gegen sexuelle und reproduktive Rechte und Gesundheit und den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch. Allianzen aus staatlichen und nichtstaatlichen rechtspopulistischen und antifeministischen Akteur*innen versuchen, sexuelle und reproduktive Rechte unter dem Deckmantel von Religion sowie kulturellen und traditionell-familiären Werten bei UN-Verhandlungen zu untergraben. Dadurch nehmen sie nachweisbar Einfluss auf die vereinbarte Sprache zu sexuellen und reproduktiven Rechten und Gesundheit in UN-Dokumenten[33], die zunehmend durch „traditionelle“ und „familienbezogene“ Formulierungen ersetzt wird. Dazu gehört, dass das Thema Zugang zu einem

---

[30] Human Rights Committee, Views adopted by the Committee under article 5(4) of the Optional Protocol, concerning communication No. 2324/2013, CCPR/C/116/D/2324/2013.

[31] Human Rights Committee, General Comment No. 36 (2018) on article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, on the right to life, Abs. 8, CCPR/C/GC/36 (2018).

[32] Generation Equality Forum. Action Coalitions: A Global Acceleration Plan for Gender Equality, Draft March 2021.

[33] Wie beispielsweise die Agreed Conclusions der Commission on the Status of Women (2014–2019) und UN General Assembly Resolutions (2014–2019).

sicheren Schwangerschaftsabbruch seit 2017 immer häufiger aus den UN-Dokumenten verschwindet (Gilby et al. 2021).

Es muss betont werden, dass die bestehenden menschenrechtlichen Standards im Bereich reproduktiver und sexueller Rechte nicht von allen Menschen in gleicher Weise in Anspruch genommen werden können. **Vulnerable Gruppen**, deren Rechte hier besonders stark eingeschränkt sind, umfassen nach den Empfehlungen zu Schwangerschaftsabbrüchen der Weltgesundheitsorganisation: Menschen in ländlichen Regionen, in finanziellen Notlagen, Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, von geschlechtsbezogener Gewalt betroffene Menschen, trans*[34] oder nicht-binäre Personen, Menschen mit geringer Bildung, Menschen mit HIV, Menschen aus ethnischen oder religiösen Minderheiten, People of Colour und vertriebene Menschen (WHO 2022a: 12f., 21).[35]

Infobox: Reproduktive Gerechtigkeit

Vulnerable Gruppen haben aufgrund erfahrener Diskriminierung, ihrer finanziellen Lage oder aufgrund fehlender Beratungs- und Infrastrukturen häufig nicht den nötigen Zugang zu umfassender reproduktiver Gesundheitsversorgung. Auch muss angemerkt werden, dass der Diskurs zu reproduktiven Rechten und selbstbestimmter Familienplanung bislang vor allem die Forderung der weißen, bürgerlichen „Pro Choice“-Bewegungen sowie die Forderungen von Abbruchsgegner*innen („Anti Choice“- beziehungsweise im Deutschen oft „Lebensschutz“-Bewegungen) auf der anderen Seite widerspiegelt (Luna / Luker 2013). Damit wird die Perspektive vulnerabler Gruppen, insbesondere People of Colour, die mitunter bevölkerungspolitischen Maßnahmen zur Geburtenreduktion ausgesetzt waren und teilweise noch sind, ausgeblendet.

Die Perspektive der reproduktiven Gerechtigkeit löst die binäre und zu vereinfachte Gegenüberstellung zwischen „Pro Choice“ und „Anti Choice“ auf und verdeutlicht, dass das Recht auf Abbruch nur ein Schritt auf dem Weg dahin ist, reproduktive Gerechtigkeit für alle, und hier insbesondere für vulnerable Personen, herzustellen (Ross 2017). Von Feminist*innen of Colour 1994 in den USA entwickelt, verbindet das Konzept ein Verständnis von sozialer Gerechtigkeit mit reproduktiver Gesundheit anhand von drei Grundprinzipien: 1) Das Recht darauf, kein Kind zu bekommen; aber eben auch 2) Das Recht darauf, ein Kind zu bekommen;[36] und

[34] In der Vergangenheit mussten sich trans* Personen bei einer Geschlechtsanpassung, unter anderem in Deutschland, Frankreich, Schweden, Spanien und den Niederlanden, sterilisieren lassen. Dadurch wurde die Elternschaft betroffener Personen verhindert oder erschwert. Bis heute sind Schwangerschaften von trans*-Personen stigmatisiert. Schweden und die Niederlande habe inzwischen Reparationen an betroffene Personen gezahlt (Lange 2022).

[35] Auch inter*-Personen sind in ihrer reproduktiven Selbstbestimmung besonders eingeschränkt. Durch, oftmals als gewaltvoll erlebte, medizinische Eingriffe im Säuglings- oder Kindesalter zur Herstellung eines eindeutigen Geschlechts ist die Elternschaft betroffener Personen verhindert oder erschwert. Zudem sind Schwangerschaften von inter*-Personen weiterhin stigmatisiert (Queerulant_in e. V. 2019: 29–30).

[36] Das zweite Prinzip richtet sich unter anderem gegen teils historische, teils weiterhin praktizierte Zwangssterilisierungen, etwa von People of Colour, Menschen mit geringem Einkommen, Menschen mit Behinderungen, oder LGBTIQ*-Personen. Das Prinzip verweist im Rahmen der Möglichkeiten von reproduktiver Technologie auf die Rechte von Menschen, die reproduktive Unterstützung benötigen.

3) Das Recht, das Kind in einem sicheren und gesunden Umfeld zu umsorgen[37] (Ross 2017: 290f.). Prinzip 1 verweist auf Zugänge zu Sexualaufklärung, Verhütung und Schwangerschaftsabbrüchen. Durch Prinzip 2 wird die Perspektive von Personen, deren Elternschaft gesellschaftlich als unerwünscht gilt, stark gemacht und daran erinnert, dass eine feministische Sicht auf Reproduktion auch weitere soziale und ökonomische Faktoren in den Blick nehmen muss. Dazu gehören Bevölkerungspolitik, Geschlechterbilder, Geburtsbedingungen und Reproduktionstechnologien.[38]

2.2 Europäische Ebene

2.2.1 Europarat

Auch auf europäischer Ebene gibt es kein explizites Recht auf Schwangerschaftsabbruch, jedoch existieren rechtliche und politische Instrumente, die in diesem Kontext von Bedeutung sind.

Ein rechtsverbindliches Instrument auf der Ebene des Europarats ist die seit 1953 geltende **Europäische Menschenrechtskonvention des Europarats** (EMRK).[39] Diese ist ein völkerrechtlicher Vertrag zwischen den Mitgliedstaaten des Europarats. Neben dem allgemeinen Diskriminierungsverbot (Art. 14 EMRK) enthält Artikel 3 ein Verbot von Folter und unmenschlicher oder erniedrigender Strafe und Behandlung sowie Artikel 8 ein Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens. Nach Auslegung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte umfasst letzterer auch die Entscheidung für oder gegen Kinder.[40] Zudem erklärt Artikel 39 des Übereinkommens des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von geschlechtsbezogener Gewalt (Istanbul-Konvention) Abbrüche und Sterilisierungen, die ohne Zustimmung der betroffenen Person erfolgen, zu einer Straftat.[41]

Der **Europäische Gerichtshof für Menschenrechte** (EGMR) ist seit 1959 für die Einhaltung der Europäischen Menschenrechtskonvention zuständig. Er urteilt über Verletzungen der in der EMRK anerkannten Rechte bei Beschwerden von Individuen und Staaten. Die Urteile des EGMR sind für die betroffenen Staaten bindend. Entsprechend führte ein Urteil des EGMR im

---

[37] Das dritte Prinzip verweist auf strukturelle Hindernisse für das selbstbestimmte Eltern- und Kindsein. Das können patriarchale Strukturen sein, etwa, wenn häusliche Gewalt und Missbrauch das Familienumfeld bestimmen. Ebenso kapitalistische Zusammenhänge, die die Einkommenssicherheit, die zur Verfügung stehende Zeit (Work-Life-Balance) der Eltern oder die Betreuung und Bildung der Kinder dominieren (Gärtner et al. 2020; vgl. auch Haller / Schlender 2021). Auch Polizeigewalt gegenüber bestimmten Bevölkerungsgruppen oder „environmental racism“ fallen unter diesen Aspekt. Beispiele für letztere sind die Kontaminierung von Trinkwasser in Schwarzen Stadtvierteln oder industrielle Verschmutzung in indigenen Gebieten (vgl. auch Hoover 2018). Hier können klimapolitische Kämpfe anknüpfen.

[38] Auch in Deutschland beziehen unterschiedliche Organisationen diese Perspektive mit ein beziehungsweise arbeiten mit dem Konzept: https://repro-gerechtigkeit.de/de/der-begriff/; https://www.boell.de/de/reproduktive-gerechtigkeit; https://www.fes.de/themenportal-gender-jugend-senioren/gender-matters/the-future-is-feminist-archive/artikelseite/reproduktive-gerechtigkeit-selbstbestimmung-fuer-alle

[39] https://www.echr.coe.int/documents/convention_deu.pdf

[40] A., B. und C v. Irland, 2010 (25579/05), par. 212.

[41] https://rm.coe.int/1680462535

Jahr 2010[40] zur damaligen Zeit zu einem neuen Gesetz in Irland[42], das einen Rechtsrahmen für die Beurteilung der Gefahr für das Leben der schwangeren Person durch die Schwangerschaft festsetzte (Buijsen 2023). Auch gegen Polen gab es in der Vergangenheit Urteile des EGMR, die den nicht bestehenden Zugang zum Schwangerschaftsabbruch als Verletzung von Artikel 8 und in zwei Fällen auch von Artikel 3 einstuften.[43] Diese führten zu Entschädigungszahlungen von Polen an die betroffenen Personen. In der Sitzung des EGMR vom 5. bis 7. Juni 2023 wurde die fehlende Umsetzung der im Rahmen der Urteile ausgesprochenen Empfehlungen bemängelt und Polen erneut aufgefordert einen wirksamen Zugang zum legalen Schwangerschaftsabbruch sicherzustellen.[44]

Neben den rechtsverbindlichen Urteilen des EGMR hat auf der Ebene des Europarates die **Parlamentarische Versammlung des Europarates** (PACE) verschiedene Resolutionen verabschiedet, die den Schwangerschaftsabbruch betreffen. Aus diesen ergibt sich für die Mitgliedstaaten jedoch keine Rechtsverbindlichkeit.

Die erste Resolution zum Schwangerschaftsabbruch im April 2008 forderte die Mitgliedstaaten auf, **Abbrüche innerhalb angemessener Fristen zu entkriminalisieren**, schwangeren Personen die Ausübung ihres Rechts auf einen sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch zu garantieren und Beschränkungen aufzuheben, die den Zugang zu einem sicheren Abbruch verhindern. PACE verwies zudem auf die diskriminierenden Auswirkungen, die Beschränkungen des Zugangs zu sichereren, erschwinglichen und angemessenen Abbrüchen nach sich ziehen.[45]

Im Jahr 2022 griff PACE die verschiedenen Formen von **Belästigung von schwangeren Personen**, die einen Abbruch vornehmen lassen wollen, auf. Darunter fallen Stigmatisierung, einseitige Beratung, psychologischer Druck und Manipulation durch Einzelpersonen und Organisationen. PACE forderte die Mitgliedstaaten dazu auf Maßnahmen zu implementieren, um die Belästigung von schwangeren Personen durch Abbruchsgegner*innen zu stoppen[46] (siehe zu Gehsteigbelästigungen auch Kapitel 4.1.3.3).

Im März 2023 informierte PACE über die Bedeutung von **diskriminierungsfreien Zugängen** zu sexueller und reproduktiver Gesundheitsversorgung. Sie rief unter anderem dazu auf, Richtlinien und Gesetze zu implementieren, die sicherstellen, dass sich alle Menschen in ihrer Sexualität und Familienplanung frei und ohne Zwang entfalten können. Darunter auch die Umsetzung innovativer Technologien für einen verbesserten Zugang zu eigenständig durchgeführten medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen (siehe Kapitel 4.1.3.1).[47]

---

[42] Protection of Life During Pregnancy Act (2013).

[43] Tysiac v. Poland, 2007 (5410/03), R.R. v Poland, 2011 (27617/04), P. und S. v Poland, 2012 (57375/08)

[44] https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=0900001680ab81ed

[45] PACE Resolution 1607 (2008), Access to safe and legal abortion in Europe.

[46] PACE Resolution 2439 (2022), Access to abortion in Europe: stopping anti-choice harassment.

[47] PACE Resolution 2490 (2023), Innovative approaches to sexual and reproductive health and rights.

2.2.2 Europäische Union

Auf **Ebene der Europäischen Union** sind für die Regelung des Schwangerschaftsabbruchs als Teilbereich der öffentlichen Gesundheit die einzelnen Mitgliedstaaten zuständig. Damit ist die Gesetzgebungskompetenz der Europäischen Union gemäß Artikel 5.3 des Vertrags über die Europäische Union[48] eingeschränkt. Die Europäische Union kann schwangeren Menschen in Europa nicht grundsätzlich das Recht auf einen sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch garantieren; sexuelle und reproduktive Rechte sind nicht explizit in den EU-Verträgen festgehalten.

Auch wenn explizite Zuständigkeiten und eine Verankerung in den EU-Verträgen fehlen, berühren sexuelle und reproduktive Rechte im Allgemeinen und das Recht auf Schwangerschaftsabbruch im Besonderen Politikfelder, in denen die Europäische Union – wenn auch eingeschränkt – tätig werden kann, wie beispielsweise Gesundheit, Geschlechtergleichstellung, geschlechtsbezogene Gewalt, Grundrechte, Zivilgesellschaft und Demokratie (siehe ausführlich Lange 2023).

Das **Europäische Parlament** nimmt im Gegensatz zu den anderen europäischen Institutionen eine aktive Rolle bei der Einforderung eines europaweiten Rechts auf Schwangerschaftsabbruch ein. In den vergangenen zwanzig Jahren gab es immer wieder Berichte, Entschließungen, öffentliche Anhörungen und Presseerklärungen, die sich auf die Gleichstellung der Geschlechter, auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte sowie auf einen legalen und sicheren Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch beziehen, insbesondere in den Jahren 2002, 2013 und seit 2021 (zur Einordnung siehe ausführlich Berthet 2023: 15f., Berthet 2022; Mondo / Close 2018).

Auslöser für die jüngsten Initiativen des Parlaments waren insbesondere die besorgniserregenden Entwicklungen in Polen 2020 und in den Vereinigten Staaten 2022.[49] Diese nutzten die Abgeordneten des Parlaments nicht nur um auf die jeweilige nationale Lage aufmerksam zu machen, sondern auch, um das Recht auf sichere und legale Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der Europäischen Union zu schützen und / oder wieder einzufordern[50]. Etwa soll das Recht auf Schwangerschaftsabbruch in die **Charta der Grundrechte der Europäischen Union**[51] aufgenommen werden.

Das Parlament ordnet den sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch als Grundrecht der in der EU lebenden Menschen ein. Konkret soll dem Europäischen Rat der folgende Vorschlag

---

[48] https://dejure.org/gesetze/EU/5.html

[49] In Polen ist es seit 2020 weitgehend unmöglich, Schwangerschaftsabbrüche legal vornehmen zu lassen. In den Vereinigten Staaten wurde am 24. Juni 2022 das verfassungsmäßige Recht auf einen legalen Schwangerschaftsabbruch durch eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofs nach fast 50 Jahren wieder abgeschafft (siehe auch Lange 2023).

[50] Entschließung des Europäischen Parlaments vom 7. Juli 2022 (2022/2742(RSP)); Entschließung des Europäischen Parlaments vom 24. Juni 2022 (2020/2215(INI)); Entschließung des Europäischen Parlaments vom 9. Juni 2022 (2022/2665(RSP)).

[51] Charta der Grundrechte der Europäischen Union – GRC – vom 7. Dezember 2000, ABl.EU vom 30.3.2010, C 83/389. Artikel 21 der Grundrechtecharta enthält ein allgemeines Diskriminierungsverbot in Anlehnung an Artikel 14 EMRK; Artikel 7 Achtung des Privat- und Familienlebens entspricht Artikel 8 EMRK. Auch der französische Präsident Emmanuel Macron hat dies gefordert. Siehe parallel dazu aktuelle Bestrebungen in Frankreich, dem Recht auf Schwangerschaftsabbruch Verfassungsrang zu verleihen.

zur Änderung der Charta unterbreitet werden: „Artikel 7a (neu) Recht auf Abtreibung: Jeder [sic!] hat das Recht auf sichere und legale Abtreibung.“[52] Eine Änderung der Grundrechtecharta bedarf gemäß Artikel 48 des Vertrags über die Europäische Union[53] der Einberufung eines Konvents zur Überarbeitung der EU-Verträge durch den Europäischen Rat und der Zustimmung aller 27 EU-Mitgliedstaaten. Jedoch gibt es eine Reihe von Staaten, allen voran Polen und Ungarn, die in der Vergangenheit bereits gleichstellungspolitische Vorhaben blockiert haben. Darüber hinaus würde die bloße Aufnahme einer Bestimmung in die Charta nicht die Aufteilung der Zuständigkeiten zwischen der EU und ihren Mitgliedstaaten verändern und hätte auch keine direkten Auswirkungen auf die Harmonisierung von geltenden nationalen Regelungen zu Schwangerschaftsabbrüchen. Jedoch könnte die EU in ihrer bisherigen Rolle mehr als symbolisch gestärkt werden. Und es wäre auch seitens der EU-Mitgliedstaaten schwerer erklärbar, das Recht auf Schwangerschaftsabbruch national einzuschränken, wenn es in der Charta verankert wäre (Hervey / Banerjee 2003).

Das Europäische Parlament verweist in den Entschließungen aus dem vergangenen Jahr auf die menschenrechtliche Einordnung des Schwangerschaftsabbruches der Vereinten Nationen und die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation. Dabei argumentiert es auch im Sinne des Konzepts reproduktiver Gerechtigkeit. Die EU-Mitgliedstaaten werden unter anderem aufgefordert, Schwangerschaftsabbrüche zu entkriminalisieren, Hindernisse für legale Abbrüche zu beseitigen und ihre nationalen Rechtsvorschriften zu Schwangerschaftsabbrüchen mit internationalen Menschenrechtsstandards in Einklang zu bringen (siehe ausführlich Lange 2023).

3 Nationale Ebene: Europäische Staaten im Überblick

Bis in die 1970er Jahre hinein war in vielen Staaten Europas ein Schwangerschaftsabbruch verboten. Im Laufe der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts lockerte – bis auf wenige Ausnahmen – ein europäischer Staat nach dem anderen seine Gesetzgebung. Dies geschah vor allem aufgrund erfolgreicher feministischer Proteste und starker zivilgesellschaftlicher Bewegungen sowie der parallelen Anerkennung sexueller und reproduktiver Rechte auf der internationalen Ebene als Menschenrechte (siehe Kapitel 2.1).

Alle Staaten Europas reglementieren den Schwangerschaftsabbruch gesetzlich.[54] Abbrüche sind entweder im Strafgesetz und / oder in anderen Gesetzen geregelt. Außerhalb Europas sind ausschließlich Kanada und Südkorea Beispiele für Staaten, in denen Abbrüche nicht rechtlich reglementiert werden (Bredler / Chiofala 2023).

---

[52] https://www.europarl.europa.eu/news/de/press-room/20220701IPR34349/abgeordnete-fur-aufnahme-des-rechts-auf-abtreibung-in-eu-charta-der-grundrechte

[53] https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=celex%3A12016M048

[54] Für einen Index und ein vergleichendes Ranking zum Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen siehe den European Abortion Policies Atlas 2021 (IPPF EN 2021). Siehe für eine detailliertere Übersicht: Marques-Pereira 2023: 13ff, 183ff.; IPPF EN 2019.

Ein Schwangerschaftsabbruch auf Wunsch der schwangeren Person (häufig auch Abbruch auf Verlangen) ist rechtlich bis zu einer bestimmten Frist mittlerweile im überwiegenden Großteil der Europäischen Union möglich.[55]

In einigen Staaten sind Schwangerschaftsabbrüche mit besonders wenigen Einschränkungen für die schwangere Person möglich, wie beispielsweise in Dänemark, Finnland, Frankreich, den Niederlanden und Schweden.

Die Regelungen in SCHWEDEN gelten europaweit als die liberalsten und kommen einem Recht auf Schwangerschaftsabbruch am nächsten (Marques-Pereira 2023: 37). Ein Schwangerschaftsabbruch ist bis zur 16. Woche nach Empfängnis (p.c.) straffrei (und nicht rechtswidrig) und kann ohne Angabe von Gründen von der schwangeren Person selbst entschieden werden.

Auch in den NIEDERLANDEN haben schwangere Personen bereits seit den 1980er Jahren einen vergleichsweise niedrigschwelligen Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen, obwohl der Schwangerschaftsabbruch auch hier weiterhin im Strafgesetz geregelt ist. Aufgrund der im europäischen Vergleich längsten Frist von 22. Wochen p.c., die sich an der angenommenen Lebensfähigkeit des Fötus außerhalb des Körpers der schwangeren Person orientiert, fahren viele schwangere Personen aus anderen Staaten, insbesondere auch aus DEUTSCHLAND, für einen Abbruch dorthin.

In der Mehrzahl der EU-Staaten wird der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen durch verschiedene Regelungen erschwert: Selbst, wenn Abbrüche nicht grundlegend verboten sind, gibt es Einschränkungen durch Beratungspflichten, Wartezeiten und vergleichsweise kurze Fristen für den Abbruch wie beispielsweise in Deutschland, Italien, Österreich und Portugal.

In Italien kann der Abbruch nach Beratung und einer einwöchigen Bedenkzeit vorgenommen werden. Ärzt*innen können den Eingriff aber aus Gewissensgründen verweigern und eine überwiegende Mehrheit macht in dem katholisch geprägten Land von dieser Möglichkeit Gebrauch. Wie sich Italien nach der Wahl von Giorgia Meloni zur italienischen Ministerpräsidentin und dem Sieg ihres rechten Bündnisses rund um die rechtsradikale und postfaschistische Partei „Fratelli d'Italia" im vergangenen Jahr (2022) entwickelt, bleibt abzuwarten. Die Schwerpunktsetzung der Familienpolitik zeigt sich bereits in der geänderten Benennung des Ministeriums für Familie, Geburtenrate und Chancengleichheit: die Geburtenrate wurde als Leitbegriff neu aufgenommen, während Chancengleichheit an letzter statt vormals erster Stelle steht (siehe ausführlich Lange 2023).

In den letzten Jahren haben einige Staaten ihre Gesetze weiter liberalisiert und damit den Zugang zu Abbrüchen erleichtert, so beispielsweise die Republik Irland, Frankreich, Luxemburg, Spanien und Zypern.

[55] Dies ist der Fall in Belgien, Bulgarien, Dänemark, DEUTSCHLAND, Estland, FRANKREICH, Griechenland, Republik Irland, Italien, Kroatien, Lettland, Litauen, Luxemburg, den NIEDERLANDEN, Österreich, Portugal, Rumänien, SCHWEDEN, der Slowakei, Slowenien, SPANIEN, der Tschechischen Republik, Ungarn und Zypern.

Die Republik Irland hatte eines der strengsten Gesetze in Europa. Dem Embryo und späteren Fötus standen dieselben Rechte zu wie der schwangeren Person. Gemäß dieser Gesetzeslage waren Schwangerschaftsabbrüche auch nach Vergewaltigungen, Inzest oder, wenn der Fötus schwer beeinträchtigt oder nicht lebensfähig war – bis 2013 auch noch bei gesundheitlicher Gefahr für die schwangere Person (Burrell / Griffiths 20174) – strafbar. Das Gesetz konnte nach einem Referendum 2018 abgeschafft werden, auch weil feministische Aktivist*innen eine sehr erfolgreiche Kampagne für den Schwangerschaftsabbruch durchführten.[56] Eine Schwangerschaft kann nun innerhalb der ersten zehn Wochen p.c. ohne Angaben von Gründen straffrei abgebrochen werden. Damit hat sich das katholisch geprägte Irland mit einem großen Schritt hin zu einer liberaleren Gesetzeslage bewegt.

FRANKREICH hat mit wesentlichen Reformen 2016 und 2022 seine Regelungen liberalisiert und könnte in Europa der erste Staat sein, der dem Recht auf Schwangerschaftsabbruch Verfassungsrang gibt. Auch SPANIEN hat seit 2023 liberalere Regelungen.

Dass es sich bei dem Recht auf Schwangerschaftsabbruch weiterhin um ein gesellschaftlich stark umkämpftes Thema handelt, zeigen Entwicklungen in Litauen (Denkovski et al. 2021: 55), Kroatien[57] oder der Slowakei. Dort konnten politische Vorhaben, Schwangerschaftsabbrüche weiter zu kriminalisieren oder auch ganz zu verbieten, allerdings durch starke zivilgesellschaftliche Bewegungen und feministischen Widerstand bisher verhindert werden.

Allein in der Slowakei wurden seit 2018 27 Gesetzesentwürfe von verschiedenen rechten Parteien und Abgeordneten vorgelegt, um Schwangerschaftsabbrüche zu beschränken (siehe ausführlich den Beitrag von Adriana Mesochoritisová in Lange 2023). Nach der derzeitigen Rechtslage sind diese seit 1993 bis zur 10. Woche p.c. legal. Danach ist ein Abbruch weiterhin möglich, wenn die Gesundheit oder das Leben der schwangeren Person in Gefahr ist oder eine embryopathische Indikation vorliegt. Ähnlich wie in Italien verweigern jedoch viele Ärzt*innen einen Abbruch unter Berufung auf ihr Gewissen.

In anderen Staaten, insbesondere in Polen und Ungarn, wurde gegen den Protest feministischer Bewegungen, die Freiheit für schwangere Personen, einen sicheren und legalen Abbruch vornehmen zu lassen, stark eingeschränkt.[58]

In Polen ist es seit 2020 weitgehend unmöglich, Schwangerschaftsabbrüche legal vornehmen zu lassen – außer bei Vergewaltigung, Inzest oder Gefahr für Leben und Gesundheit der schwangeren Person. Die Geburt muss demnach auch dann stattfinden, wenn der Fötus schwer beeinträchtigt oder nicht lebensfähig ist – was bis dahin mehr als 90 Prozent aller

---

[56] https://www.nwci.ie/images/uploads/15089_TFY_Review_WEB.pdf

[57] Siehe ausführlich: Anić 2021; https://hrabra.com/abortion-in-croatia/; http://www.zenska-mreza.hr/2021/02/03/reakcija-zenske-mreze-hrvatske-na-pokusaj-donosenja-zakona-o-zabrani-prava-na-prekid-trudnoce/

[58] Siehe beispielsweise https://taz.de/Schwangerschaftsabbrueche-in-Ungarn/!5878203/

Schwangerschaftsabbrüche in Polen ausmachte.[59] Die Entscheidung des polnischen Verfassungsgerichts, dessen Legitimität in der Europäischen Union höchst umstritten ist[60], führte zu wochenlangen Unruhen, Massenprotesten und Streiks im Land. Bis heute formiert sich immer wieder Widerstand gegen diese Gesetzeslage. Der letzte Anlass war die Verurteilung einer polnische Aktivistin zu acht Monaten gemeinnütziger Arbeit, weil sie einer schwangeren Person bei der Beschaffung von Abbruchspillen geholfen hatte.[61]

In Ungarn kann ein Schwangerschaftsabbruch bis zur 10. Woche p.c. legal durchgeführt werden, wenn die schwangere Person sich zuvor hat beraten lassen. In Ausnahmefällen gilt eine verlängerte Frist von 24 Wochen p.c.. 2022 wurden die Regelungen verschärft, Schwangere müssen sich künftig die Herztöne des Embryos / Fötus anhören, bevor sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen können.[62]

Malta ist das EU-Land mit der restriktivsten Gesetzgebung. Das Gesetz stammt aus dem Jahr 1850. Der Schwangerschaftsabbruch ist grundsätzlich verboten und steht unter Androhung von Gefängnisstrafen für schwangere Personen und Ärzt*innen, selbst bei Vergewaltigung, Inzest oder wenn der Fötus schwer beeinträchtigt oder nicht lebensfähig ist.[63] Im Juni 2023 wurde die Gesetzgebung minimal gelockert: Wenn Lebensgefahr für die schwangere Person besteht, darf ein Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden.[64]

Der Blick auf Europa zeigt sehr unterschiedliche Situationen in den einzelnen Staaten, was den legalen Zugang zu Abbrüchen betrifft. Allerdings ist eine Legalisierung selten gleichbedeutend mit einer qualitativ-hochwertigen Versorgungslage und einer guten Zugänglichkeit von sicheren Schwangerschaftsabbrüchen, auch weil das gesellschaftliche Stigma weiterhin sehr stark ist (Kapitel 4.2). Die Anti-Gender und die Abbruchsgegner*innen-Bewegung sind darüber hinaus in vielen Staaten Europas (und weltweit) aktiv darin, sich für ein Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen einzusetzen (siehe ausführlich Lange 2023). Ihnen steht dennoch eine Vielzahl von Organisationen und breiter Bündnisse von Aktivist*innen entgegen, die sich für das Recht auf Schwangerschaftsabbruch europaweit einsetzen.

---

[59] Zur Entwicklung in Polen, auch als Ergebnis des Wirkens der Anti-Gender-Bewegung und dem feministischen Protest dagegen siehe Graff / Korolczuk 2022.

[60] https://germany.representation.ec.europa.eu/news/rechtsstaatlichkeit-kommission-verklagt-polen-wegen-verstossen-gegen-eu-recht-durch-den-polnischen-2023-02-15_de

[61] https://www.spiegel.de/ausland/polen-aktivistin-wegen-beihilfe-zur-beschaffung-von-abtreibungspillen-verurteilt-a-12ab5ab0-76a9-483d-aa69-ccf11ece67f1?sara_ref=re-so-app-sh; siehe auch Lange 2023.

[62] Die Einführung dieser Bedingung geht auf die rechtsextreme Partei Mi Hazánk (Unsere Heimat) zurück. Die Gruppierung zog nach der Wahl im April 2022 erstmals ins Parlament ein. Zum Versuch der autonomen Gemeinschaft Castilla y León in Spanien ein ebenfalls verpflichtendes Abhören der Herztöne einzuführen siehe Kapitel 4.1.1.1.

[63] https://www.welt.de/politik/ausland/article239655707/Schwangerschaftsabbruch-Recht-auf-Abtreibung-ist-in-der-EU-nicht-so-geschuetzt-wie-viele-glauben.html

[64] https://www.spiegel.de/ausland/schwangerschaftsabbrueche-malta-lockert-sein-abtreibungsgesetz-minimal-a-b8e8b591-838d-4ca0-ab34-b2e79da61168

4 Schwangerschaftsabbrüche im Ländervergleich

In dem vorliegenden Vergleich werden insbesondere europäische Staaten mit eher liberalen Regelungen in den Blick genommen, das heißt solche Staaten, in denen schwangere Personen wenigen gesetzlichen Einschränkungen unterliegen, wenn sie eine Schwangerschaft abbrechen wollen. Damit soll der Gesetzesrahmen und die Praxis besser verstanden werden, die in Europa den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation mit Blick auf „abortion care" am nächsten kommen.[65]

Die NIEDERLANDE und SCHWEDEN gelten nach einem Index der International Planned Parenthood Federation zum Zugang zu Abbrüchen als Staaten mit einem sehr guten Zugang (SCHWEDEN 94 %, NIEDERLANDE 85 %) (IPPF EN 2021). Die Regelungen gelten ungeachtet kleinerer Reformen in SCHWEDEN seit 1974, in den NIEDERLANDEN bereits seit 1984.

Im Vergleich dazu haben FRANKREICH und SPANIEN erst kürzlich den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen vereinfacht. FRANKREICH mit wesentlichen Reformen 2016 und 2022 und SPANIEN 2010 und 2023. Während FRANKREICH zentralistisch organisiert ist, haben die 17 autonomen Gemeinschaften in SPANIEN rechtliche Kompetenzen im Bereich öffentlicher Gesundheit – einige Gemeinschaften regeln den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen restriktiver als andere. Der Index der International Planned Parenthood Federation zum Zugang zu Abbrüchen wurde zuletzt 2021 und damit vor den letzten Reformen der beiden Staaten erhoben, weshalb dieser hier nicht aussagekräftig ist (FRANKREICH 84 %, SPANIEN 71 %).

DEUTSCHLANDS Regelungen zu Schwangerschaftsabbrüchen gelten seit 1995 und waren zur damaligen Zeit Ergebnis einer Debatte über die Zusammenführung der westdeutschen restriktiven Regelung und der liberaleren Praxis in der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) seit 1972 (Bock 2021). Sie sind zum heutigen Zeitpunkt im europäischen Vergleich eher restriktiv. DEUTSCHLAND erreicht entsprechend auf dem Index der International Planned Parenthood Federation zum Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen nur 62,5 Prozent.

4.1 Regelungen, Kostenübernahme und Versorgungslage

Der Referenzrahmen für den vorliegenden Ländervergleich orientiert sich an den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zu „abortion care" (WHO 2022a).[66] In ihren 54 Empfehlungen berücksichtigt die Weltgesundheitsorganisation den rechtlichen und politischen Rahmen, die gesundheitliche Versorgung und den Zugang zu weiteren Diensten für Beratung und

[65] Die detaillierten nationalen Informationen einschließlich Quellenangaben finden sich in Tabellenform im Anhang II. Im Fließtext werden für eine bessere Übersicht nur Quellenverweise eingefügt, die über diese Informationen beziehungsweise Quellen hinausgehen (siehe Hinweise zu Vorgehen und Quellenangaben).

[66] Der Leitfaden ersetzt beziehungsweise aktualisiert Empfehlungen aus früheren Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation: Safe abortion: technical and policy guidance for health systems (2012), Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception (2015), Medical management of abortion (2018).

Informationen.[67] Die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation werden an entsprechender Stelle im Text aufgegriffen und finden sich als Übersicht in Anhang I.

Im folgenden Teil zur **Gesetzeslage** werden unter anderem die geltenden Fristen für Abbrüche sowie Regelungen zu rechtfertigenden Indikationen (zum Beispiel bei Gefahr der Gesundheit der schwangeren Person) verglichen. Es werden weitere gesetzliche Bedingungen für einen Abbruch analysiert, wie verpflichtende Beratungen und Wartezeiten. Darüber hinaus wird die Möglichkeit des medizinischen Personals, einen Abbruch aus Gewissensgründen abzulehnen und der freie Zugang zu Informationen verglichen.

Da die Gesetzeslage allein keine Auskunft über die faktischen Zugänge und die Situation für die schwangeren Personen in den jeweiligen Staaten gibt, werden zusätzlich praktische Zugangsprobleme in Bezug auf **Kosten** für den Abbruch und die **Versorgungslage** mit Einrichtungen dargestellt.

Ausführliche Ländertabellen einschließlich aller Quellen finden sich in Anhang II.

4.1.1 Regelungen

Alle fünf hier betrachteten Staaten beschränken den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen gesetzlich. Es zeigen sich hinsichtlich der gesetzlichen Regulierung jedoch unterschiedliche Vorgehensweisen und verschiedene liberale Regelungen.

4.1.1.1 Wo ist der Schwangerschaftsabbruch geregelt?

Es kann unterschieden werden, ob Staaten den Abbruch im Strafgesetz oder außerhalb des Strafgesetzes regeln.

Abbrüche sind häufig nicht in einem einzigen Gesetz geregelt, sondern über mehrere Gesetze und Gesetzesbücher, zum Teil über unterschiedliche Gesetzesbereiche. Diese können neben dem Strafrecht medizinisches Recht, Gesundheitsrecht, Sozialrecht, Verwaltungsrecht, pharmazeutische Regulierung, Berufsrecht oder Arbeitsrecht einschließen.

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: Abbrüche entkriminalisieren

Die Weltgesundheitsorganisation spricht sich klar für eine vollständige Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen aus (WHO 2022a: 24). Das bedeutet, dass Schwangerschaftsabbrüche strafrechtlich nicht (mehr) erwähnt werden und andere strafrechtliche Kategorien, etwa Mord oder Totschlag, ebenfalls nicht auf Abbrüche angewendet werden. Darüber hinaus sollte es keine Strafen für die schwangere Person oder das unterstützende (medizinische) Personal geben. Auch die Bereitstellung von Informationen ist dabei mit einbezogen (ebd.: xiii).

[67] Die Weltgesundheitsorganisation gibt auch Empfehlungen zu medizinisch-klinischen Aspekten wie der Nutzung bestimmter Medikamente etc. Diese wurden in der vorliegenden Analyse nicht oder nur am Rande berücksichtigt.

Die Grundlage für diese Empfehlung bildet eine Metaanalyse zahlreicher Studien, die aufzeigen, dass kriminalisierte Abbrüche schwerwiegende Folgen für schwangere Personen und Gesundheitspersonal haben (WHO 2022b: 4ff.):

- Höhere Zahl verzögerter / späterer Abbrüche,
- Höhere Zahl rechtswidriger Abbrüche (teils unsichere Abbrüche),
- Höhere Zahl selbst durchgeführter Abbrüche (teils unsichere Abbrüche),
- Kosten für schwangere Person (zum Beispiel Reisekosten),
- Systemkosten (höhere Kosten für Versorgung nach Komplikationen bei unsicheren Abbrüchen und durch verzögerten Zugang zu Nachsorge),
- Strafverfahren (jedoch unterschiedliche Durchsetzung),
- Arbeitsbelastung für Anbieter*innen (einschließlich Verweise an andere Einrichtungen, schriftliche Stellungnahmen etc., um sich nicht strafbar zu machen),
- Geringeres Angebot durch Anbieter*innen aufgrund von Sorge um strafrechtliche Konsequenzen,
- Geringere Verfügbarkeit von geschultem Personal.

Die genannten Aspekte bedeuten für die schwangere Person immense psychische und physische Belastungen und haben mitunter tödliche Konsequenzen. Laut Weltgesundheitsorganisation werden dadurch das Recht auf Leben, Freiheit und Sicherheit der Person, Recht auf Gesundheit, Recht frei von Folter oder grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe zu leben, sowie Recht auf Gleichheit und nicht diskriminiert zu werden, verletzt (Kapitel 2).

In DEUTSCHLAND und den NIEDERLANDEN wird der Schwangerschaftsabbruch über das **Strafrecht** geregelt. Weitere Ausführungen und ergänzende Regelungen finden sich in weiteren Gesetzen (in DEUTSCHLAND im Schwangerschaftskonfliktgesetz, in den NIEDERLANDEN im Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch). Dabei regelt DEUTSCHLAND den Schwangerschaftsabbruch so, dass er grundsätzlich rechtswidrig ist. Wenn die genannten Voraussetzungen im Gesetz erfüllt werden (Frist, Beratung, Wartezeit), ist er jedoch nicht strafbar.

In den NIEDERLANDEN ist ein Schwangerschaftsabbruch nur illegal, wenn er von einer nicht autorisierten Person durchgeführt wird (festgehalten im Gesetz zum Schwangerschaftsabbruch) oder, wenn er ab der Lebensfähigkeit des Fötus außerhalb des Uterus (als Grenze gilt zur Zeit die 22. Woche p.c.)[68] stattfindet (festgehalten im Strafgesetz).

SPANIEN hat 2010 ein Organgesetz über die sexuelle und reproduktive Gesundheit und den freiwilligen Schwangerschaftsabbruch verabschiedet. Ein Organgesetz betrifft in SPANIEN verfassungsrechtlich relevante Themen wie Grundrechte und öffentliche Freiheiten und es gelten Besonderheiten beim Gesetzgebungsverfahren gegenüber gewöhnlichen Gesetzen. Das Gesetz umfasst neben Regelungen zum Abbruch auch Maßnahmen zu Sexualaufklärung und

[68] Siehe Kapitel 4.1.1.3 zum Einfluss der Frühgeborenenmedizin auf diese Grenze.

Verhütung und zielt grundlegend auf eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Männern und Frauen in Hinblick auf sexuelle Gesundheit. Vor 2010 war der Abbruch komplett im Strafgesetz geregelt. Das Strafgesetz enthält nun nur noch Artikel, die Strafen für einen Abbruch außerhalb der rechtlichen Regelungen (die im Organgesetz verankert sind) festlegen.

SCHWEDEN und FRANKREICH regeln den Zugang zu Abbrüchen außerhalb des Strafrechts (SCHWEDEN seit 1974, FRANKREICH seit 2016). SCHWEDEN hat ein eigenes Abbruchgesetz, das dem Sozialrecht zugeordnet ist. FRANKREICH regelt den Schwangerschaftsabbruch im Gesundheitsgesetz. Bei unrechtmäßigen Abbrüchen verweisen sowohl FRANKREICH als auch SCHWEDEN auf Artikel im jeweiligen Strafrecht. In FRANKREICH sind jedoch Fälle, in denen schwangere Personen den unrechtmäßigen Abbruch selbst durchführen, seit 2001 nicht mehr im Strafrecht, sondern im Gesundheitsrecht geregelt (Kapitel 4.1.1.2).

FRANKREICH könnte in nächster Zeit als erster Staat in Europa eine Verankerung des Rechts auf Schwangerschaftsabbruch in die Verfassung aufnehmen.

Exkurs: Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs in der französischen Verfassung

FRANKREICH könnte in Europa der erste Staat sein, der dem Recht auf Schwangerschaftsabbruch Verfassungsrang gibt. Der Senat hat am 1. Februar 2023 über einen Entwurf abgestimmt, der „die Freiheit der Frau, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen“ enthält. Der ursprüngliche Entwurf von Oktober 2022 sah die Formulierung „Recht auf Abtreibung“ vor.

Der Vorschlag wurde mit 166 zu 152 Stimmen im Senat angenommen. Linke Senator*innen begrüßten die Entscheidung als „historisch“, da eine Ablehnung der neuen Formulierung allen Diskussionen um die Verankerung in der Verfassung ein Ende bereitet hätte.[69] Verfassungsrechtler*innen schätzen die Differenz zwischen beiden Begriffen aus juristischer Perspektive als eher unbedeutend ein, da Rechte und Freiheiten in der französischen Verfassung den gleichen Schutz genießen.[70] Kritiker*innen und Aktivist*innen befürchten dennoch, dass das Ersetzen des „Rechts“ durch „Freiheit“ es künftigen Regierungen ermöglichen würde, den Schwangerschaftsabbruch stärker zu regulieren oder sich für dessen Schutz als nicht zuständig zu erachten.[71]

Am Weltfrauentag, dem 8. März 2023, kündigte Präsident Macron an, in den nächsten Monaten einen Gesetzentwurf vorzulegen, wobei die Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs Teil einer größeren Verfassungsänderung werde.[72] Ein andernfalls notwendiges Referendum

[69] https://www.lemonde.fr/politique/article/2023/02/01/le-senat-vote-l-inscription-dans-la-constitution-de-la-liberte-de-recourir-a-l-ivg_6160176_823448.html.

[70] https://www.francetvinfo.fr/societe/ivg/ivg-dans-la-constitution-quelle-est-la-portee-juridique-du-terme-liberte-de-la-femme-vote-par-le-senat-au-detriment-de-la-notion-de-droit-a-l-avortement_5636108.html.

[71] https://www.bfmtv.com/societe/ivg-dans-la-constitution-ce-que-change-le-choix-du-mot-liberte-plutot-que-celui-du-droit-a-y-recourir_AD-202302030343.html

[72] https://www.lemonde.fr/politique/article/2023/03/09/inscription-de-l-ivg-dans-la-constitution-l-annonce-d-emmanuel-macron-saluee-mais-ses-modalites-inquietent_6164723_823448.html. Im Mai 2023 wurde auch im G7 Hiroshima Communiqué der

zur Verfassungsreform würde es dann nicht geben. In der Bevölkerung stößt die Idee der Festschreibung in der Verfassung mit 81 Prozent (Stand Oktober 2022) auf mehrheitliche Zustimmung.[73]

4.1.1.2 Wer kann sich strafbar machen?

Personen, die einen Abbruch außerhalb der gesetzlichen Regelungen durchführen, können sich in allen hier betrachteten Staaten strafbar machen – auch wenn dies im Einvernehmen mit der schwangeren Person geschieht. Schwangere Personen selbst können sich nur in Deutschland und Spanien strafbar machen.

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: keine Strafbarkeit bei Abbrüchen

Entsprechend der Empfehlung einer vollständigen Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen (WHO 2022a: 24) sollten sich weder schwangere Personen, die eine Schwangerschaft abbrechen, noch das unterstützende medizinische, beratende oder sonstige Personal strafbar machen. Dies betrifft nicht nur den Abbruch selbst, sondern auch die Bereitstellung von Informationen (ebd.: xiii). Siehe auch Box zur Entkriminalisierung.

Personen, die einen Abbruch durchführen, meistens Ärzt*innen, können sich in allen fünf Staaten strafbar machen, wenn sie sich nicht an die gesetzlichen Regelungen halten und beispielsweise nicht für den Abbruch autorisiert sind oder den Abbruch nach der gesetzlichen Frist durchführen. Für Abbrüche nach der gesetzlichen Frist gibt es in den Staaten unterschiedliche Prozesse, die Ärzt*innen durchlaufen müssen, um sich nicht strafbar zu machen (siehe Kapitel 4.1.1.3). Abbrüche ohne das Einvernehmen der schwangeren Person stellen in allen Staaten eine Straftat dar.

Schwangere Personen können sich in FRANKREICH, den NIEDERLANDEN und SCHWEDEN nicht selbst strafbar machen, wenn sie gegen die rechtlichen Vorgaben zum Abbruch verstoßen und damit einen unrechtmäßigen / illegalen Abbruch in Anspruch nehmen oder durchführen.

In DEUTSCHLAND und SPANIEN können sie sich dagegen strafbar machen. Jedoch gibt es einige einschränkende Umstände: In DEUTSCHLAND bleibt die Tat zum Beispiel für die schwangere Person straflos, wenn der Schwangerschaftsabbruch zwar nach der Frist von 12 Wochen p.c. aber innerhalb von 22 Wochen p.c. (nach einer Pflichtberatung und von einem*einer Ärzt*in) vorgenommen wird. Sie kann unbefristet straffrei bleiben, wenn ein Gericht die „besondere Bedrängnis“ zum Zeitpunkt des Eingriffs anerkennt. Entsprechend kann sich eine schwangere Person in Deutschland aber weiterhin strafbar machen, wenn sie die Frist überschreitet, die Pflichtberatung nicht wahrnimmt oder die Wartezeit nicht einhält. Nach Wegfall der verpflichtenden Bedenkzeit und Beratung durch die Gesetzesreform vom Februar 2023, können sich schwangere Personen in SPANIEN nur noch durch Überschreiten der Frist strafbar machen.

Staats-und Regierungschef*innen die Verpflichtung zu sexuellen und reproduktiver Gesundheit und Rechten, einschließlich des Zugangs zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen und Nachsorge festgehalten.

[73] https://fr.statista.com/statistiques/1318458/opinion-francais-ivg-consittution/

Ausmaß und Höhe der Strafe im Falle eines rechtswidrigen Abbruchs sind für schwangere Personen geringer als für andere beteiligte Personen oder werden wie oben beschrieben unter bestimmten Bedingungen ganz ausgesetzt. In SPANIEN können schwangere Personen nur zu einer Geldstrafe verurteilt werden, Ärzt*innen dagegen auch zu einer Freiheitsstrafe. In DEUTSCHLAND können auch schwangere Personen mit bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe bestraft werden.

4.1.1.3 Was gilt bei Abbrüchen auf Verlangen und bei Abbrüchen nach Indikation?

Unterschieden wird ein Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen und ein Abbruch auf Basis einer rechtfertigenden Indikation. Bei einem Abbruch auf Verlangen muss die schwangere Person keine Gründe für den Abbruch angeben. Bei einem Abbruch auf Basis einer Indikation muss von offizieller Stelle, meistens von einem*einer Ärzt*in, bescheinigt werden, dass ein wichtiger Grund (Indikation) für den Abbruch vorliegt. Indikationen können sein, dass die Gesundheit der schwangeren Person in Gefahr ist, eine schwere Beeinträchtigung des Fötus vorliegt, die Schwangerschaft aus einer Straftat hervorgeht oder sich die schwangere Person in einer sozialen Notlage befindet. Für Abbrüche auf Basis einer Indikation gelten meist längere Fristen. Abbrüche auf Verlangen machen dennoch den Großteil der Abbrüche aus.

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: Indikationen abschaffen

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt, keine Gesetze und Regelungen zu rechtfertigenden Indikationen zu erlassen und stattdessen den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen zugänglich zu machen (WHO 2022a: 26).

Diese Empfehlung stützt sich ebenfalls auf Studien, die zeigen, dass die Existenz von rechtfertigenden Indikationen (etwa Schwangerschaft aufgrund von Vergewaltigung oder Inzest, Abbruch wegen Lebensgefahr für die schwangere Person oder schwerer bis tödlicher Krankheit des Embryos / Fötus) ähnliche unerwünschte Effekte hat wie die generelle Kriminalisierung von Abbrüchen (siehe Box zur Entkriminalisierung). Grund dafür ist, dass die Bescheinigung von Indikationen viel Zeit in Anspruch nimmt oder Abweisungen mit sich bringt und daher den Zugang zu Abbrüchen erschwert, verlangsamt und begrenzt (WHO 2022b: 61ff.). Als besonders betroffen identifiziert die Weltgesundheitsorganisation hier finanziell schlechter gestellte Personen, Menschen, die im ländlichen Raum leben, und Menschen mit niedriger formaler Bildung.

Nach DEUTSCHEM Recht gilt ein Abbruch auf Verlangen weiterhin als rechtswidrig (sogenannter „Abbruch nach der Beratungsregelung“). Ein Abbruch auf Basis einer Indikation gilt dagegen nicht als rechtswidrig. Diese Unterscheidung hat direkte Folgen für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse (letztere werden übernommen), aber auch indirekte Auswirkungen auf die Versorgungslage. Denn rechtswidrige Abbrüche nach der Beratungsregelung gelten nicht als reguläre Gesundheitsleistung, die von den öffentlichen Einrichtungen bereitgestellt werden muss (siehe Kapitel 4.1.3.1). In den anderen vier Staaten ergeben sich keine solchen

Unterscheidungen hinsichtlich der Rechtmäßigkeit des Abbruchs. Indikationen haben hier nur Auswirkungen auf die Frist zum Abbruch.

Alle Staaten bis auf die NIEDERLANDE geben **Wochenfristen für den Abbruch auf Verlangen** an (DEUTSCHLAND 12. Woche p.c., SPANIEN 12. Woche p.c. (2010 von 10 auf 12 Wochen erhöht), FRANKREICH 14. Woche p.c. (2022 von 12 auf 14 Wochen erhöht), SCHWEDEN 16. Woche p.c.).[74] In den NIEDERLANDEN werden keine Wochen angeben, sondern auf die Lebensfähigkeit des Fötus außerhalb des Körpers der schwangeren Person verwiesen. Diese Grenze wird in den NIEDERLANDEN mit der 22. Woche p.c. angegeben. Es existiert jedoch keine feststehende Definition zu dem Zeitpunkt, ab dem ein Fötus außerhalb des Uterus lebensfähig ist (Boland 2010: 69). So beeinflussen insbesondere Fortschritte in der Frühgeborenenmedizin diese Angabe. Frühgeborene haben mittlerweile eine deutlich höhere Überlebenschance als noch vor einigen Jahrzehnten. Unter anderem haben bessere Medikamente, intravenöse Ernährung und Beatmungstechniken dazu beigetragen. Im Vergleich zu anderen Staaten wird in den NIEDERLANDEN eine vergleichsweise späte Grenze für die Lebensfähigkeit des Fötus angesetzt (Proost et al. 2021: 3). SCHWEDEN und SPANIEN nennen als Grenze zur Lebensfähigkeit aktuell die 20. Woche p.c. Die Fristen zu medizinischen und embryopathischen Indikationen orientieren sich in den beiden Staaten an diesen Grenzen.

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: Verknüpfung mit Schwangerschaftsdauer abschaffen

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt Gesetze und Regelungen, die Schwangerschaftsabbrüche ab einer bestimmten Schwangerschaftsdauer verbieten, zu reformieren und festgelegte Fristen zu vermeiden (WHO 2022a: 28). Die Verknüpfung von straffreien Schwangerschaftsabbrüchen mit einem bestimmten Stadium der Schwangerschaft führt zu späteren Abbrüchen, unsicheren selbst durchgeführten Abbrüchen oder zur Fortführung einer ungewünschten Schwangerschaft, weil die Dauer der Schwangerschaft erst festgestellt werden muss. Jugendliche schwangere Personen, Personen mit psychischen Beeinträchtigungen, Personen, die in versorgungsarmen Regionen leben, und Menschen mit niedriger formaler Bildung sind besonders stark von Einschränkungen, die an die Dauer der Schwangerschaft geknüpft sind, betroffen (WHO 2022b: 115ff.).

Abbrüche auf Basis einer Indikation sind in allen fünf Staaten meist länger möglich als solche auf Verlangen.

Eine **medizinische Indikation** besteht, wenn das Leben oder die Gesundheit der schwangeren Person durch die Schwangerschaft in Gefahr ist. Die genaueren Definitionen dazu in den Gesetzestexten unterscheiden sich zwischen den Staaten und sind nicht eindeutig formuliert

[74] Bei Vergleichen der Wochenfrist wird häufig nicht die unterschiedliche Berechnung der Schwangerschaftsdauer berücksichtigt (siehe Glossar), sodass es hier mitunter zu Verzerrungen kommt. Die spanischen und schwedischen Fristen von 14 beziehungsweise 18 Wochen im Gesetz werden ab dem ersten Tag der letzten Periode berechnet (p.m.), siehe unter anderem (IPPF EN 2019: 34) oder https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?category[1352]=1352. Nach der Umrechnung in der Dauer ab Empfängnis (p.c.) entspricht dies jeweils einer um zwei Wochen kürzeren Frist. In DEUTSCHLAND und FRANKREICH wird die Frist ab p.c. berechnet (ebd.). Die Niederlande haben in dem Gesetz vom 16. Januar 2023 festgehalten, dass die Schwangerschaftsdauer ab p.m. berechnet wird: https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2023-43.html.

(Boland 2010: 69). Häufig wird hier gar keine Frist[75] für den Abbruch genannt (DEUTSCHLAND, FRANKREICH, NIEDERLANDE) oder es wird explizit betont, dass bei Lebensgefahr keine Frist gilt (SCHWEDEN). In SPANIEN liegt die offizielle Frist bei der 20. Woche p.c.

Von der medizinischen Indikation kann die **embryopathische Indikation** unterschieden werden, bei der eine schwerwiegende Behinderung / Erkrankung oder eine Nicht-Lebensfähigkeit des Fötus festgestellt wird. Auch hier besteht in DEUTSCHLAND, FRANKREICH und den NIEDERLANDEN keine Frist. In SPANIEN gilt die 20. Woche p.c., bei der Nicht-Lebensfähigkeit des Fötus gibt es keine Frist. In SCHWEDEN gilt die Lebensfähigkeit des Fötus außerhalb des Uterus als Frist, bis zu der Abbrüche auf Basis einer Indikation durchgeführt werden können. Nach Angabe der Expertin Kristina Gemzell Daniellson wurde eine gesetzliche Frist in Wochen bewusst nicht im Gesetzestext festgehalten, damit die medizinischen Entwicklungen in der Frühgeborenenversorgung Berücksichtigung finden können. Das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt wendet aktuell eine Frist von 19 Wochen p.c. plus sechs Tagen an. In DEUTSCHLAND ist die embryopathische Indikation nicht gesetzlich festgelegt, sie ist indirekt über die medizinisch-soziale Indikation erfasst: Ein Abbruch ist demnach möglich, falls ärztlich festgestellt wird, dass durch die Beeinträchtigungen des Kindes die physische oder psychische Gesundheit der schwangeren Person in Gefahr ist.[76]

Neben Indikationen, die sich auf die Gesundheit beziehen, wird eine **kriminologische** und eine **soziale Indikation** unterschieden. Von den fünf betrachteten Staaten definiert jedoch nur DEUTSCHLAND eine kriminologische Indikation im Gesetz: Sie liegt vor, wenn nach ärztlicher Erkenntnis dringende Gründe dafürsprechen, dass die Schwangerschaft aus einer Straftat – wie beispielsweiser einer Vergewaltigung oder einem sexuellen Missbrauch von Kindern – hervorgeht. Die Straftat muss nicht angezeigt worden sein. Es gibt bei einer kriminologischen Indikation keine verlängerte Frist im Vergleich zum Abbruch auf Verlangen (12. Woche p.c.). Allein die Beratungspflicht entfällt und die Kosten für den Abbruch werden (wie bei allen Indikationen) übernommen. Eine soziale Indikation wird als solche nur in SCHWEDEN im Gesetzestext erwähnt. Danach kann ein Abbruch aufgrund zum Beispiel jungen Alters, schwieriger Lebensbedingungen oder Sucht der schwangeren Person bewilligt werden. Es ist davon auszugehen, dass in den anderen Staaten eine soziale Indikation zum Teil in die medizinische Indikation mit einfließt, da sich schwangere Personen in Notlagen meist auch in psychischen Notlagen befinden, was gegebenenfalls über die medizinische Indikation abgedeckt wird.

Um eine Indikation zu bescheinigen, müssen von ärztlicher beziehungsweise amtlicher Seite bestimmte **Vorgehensweisen** eingehalten werden. In DEUTSCHLAND und SPANIEN muss dies durch eine*n zweite*n Ärzt*in festgestellt werden. Für SPANIEN ist festgehalten, dass bei Lebensgefahr auf ein Gutachten verzichtet werden kann. In FRANKREICH muss eine Konsultation

[75] Allerdings wird meist der Beginn der Geburt grundsätzlich als Zeitpunkt definiert, zu dem das Kind einen vollumfänglichen strafrechtlichen Schutz innehat. Ab diesem Zeitpunkt greifen dann nicht mehr die Regelungen zu einem unrechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch, sondern Mord oder Totschlag.

[76] Diese Annahme der Unzumutbarkeit wird an unterschiedlicher Stelle als problematisch hervorgehoben, denn sie verstärkt das gesellschaftlich dominante Bild von Behinderung, welches Beeinträchtigungen automatisch mit Leiden, Schmerzen und Autonomieverlust gleichsetzt (siehe unter anderem Achtelik 2019: 27).

und Stellungnahme durch ein multidisziplinäres Team erfolgen: Ärzt*in mit gynäkologisch-geburtshilflicher und pränataldiagnostischer Qualifikation, Fachärzt*in für das jeweilige medizinische Problem, Ärzt*in oder Hebamme, die die schwangere Person bestimmt, Psycholog*in oder Sozialarbeiter*in. Auch in den NIEDERLANDEN soll – wenn der Gesundheitszustand der schwangeren Person dies zulässt – ein multidisziplinäres Beratungsteam (zwei Gynäkolog*innen, eine*r nicht selbst in die Behandlung eingebunden, ein*e Kinderärzt*in und gegebenenfalls ein*e weitere*r Fachärzt*in) für die Entscheidung zur medizinischen Indikation zusammenkommen. Die NIEDERLANDE haben bei einer embryopathischen Indikation und einem Abbruch nach der 22. Woche p.c. einen eigenen Bewertungsausschuss eingerichtet. Dieser entscheidet *nach* dem Abbruch über die Rechtmäßigkeit. Dies führt zu rechtlicher Unsicherheit auf Seiten der Ärzt*innen, weshalb Personen solche Abbrüche teils in Belgien vornehmen lassen, wo ein Ausschuss *vor* dem Abbruch über die Rechtmäßigkeit entscheidet. Auch in SPANIEN entscheidet ein klinisches Komitee davor, ob ein Abbruch nach der Frist von 20 Wochen p.c. aufgrund der Nicht-Lebensfähigkeit des Fötus rechtmäßig ist. In SCHWEDEN muss bei allen Abbrüchen nach der 16. Woche p.c. das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt den Abbruch erlauben. Im Falle der kriminologischen Indikation in DEUTSCHLAND reicht eine ärztliche Beurteilung. Die Straftat, beispielsweise die Vergewaltigung, muss nicht zur Anzeige bei der Polizei gebracht werden, allerdings muss nach ärztlicher Erkenntnis eine rechtswidrige Tat vorliegen (siehe dazu auch Kapitel 4.3.3).

4.1.1.4 Gelten weitere Bedingungen für einen Abbruch?

Weitere Bedingungen für einen Schwangerschaftsabbruch können das Äußern einer Notlage, eine **verpflichtende Beratung** oder eine **verpflichtende Wartezeit** (zwischen Beratung / Diagnose und Abbruch) sein, was in den hier untersuchten Staaten jedoch nur noch selten gesetzlich gefordert wird. Das Einverständnis Dritter muss bei unter 18-Jährigen zum Teil in Form der Einwilligung der Sorgeberechtigten oder gesetzliche*n Vertreter*in eingeholt werden.

Von den hier untersuchten Staaten wird nur noch in den NIEDERLANDEN gefordert, dass schwangere Personen bei einem Abbruch auf Verlangen offiziell äußern, dass sie sich in einer **Notlage** befinden. Diese Regelung wird in der Praxis jedoch sehr liberal ausgelegt. In FRANKREICH wurde 2014 die Notwendigkeit abgeschafft, den Abbruch mit einer Notlage zu begründen.

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: verpflichtende Beratung und Wartezeiten abschaffen

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt die Abschaffung von verpflichtender Beratung und verpflichtenden Wartezeiten (WHO 2022a: 37, 41). Beides erhöht die Kosten für die schwangere Person, da sie mehrmals oder für einen längeren Zeitraum von der Arbeit freigestellt werden muss. Längere Reisezeiten zu Beratungsstellen oder durchführenden Kliniken verstärken diese Problematik. Dies bedeutet auch, dass schwangere Personen häufig offenlegen müssen, dass sie einen Abbruch vornehmen, was das Recht auf Privatsphäre beeinträchtigt.

People of Colour, Menschen mit geringen finanziellen Ressourcen oder Menschen, die in versorgungsarmen Regionen leben, sind besonders negativ von Beratungs- und Wartezeitregelungen betroffen (WHO 2022b: 155ff.).

Die hier untersuchten Staaten haben, mit Ausnahme von DEUTSCHLAND und eingeschränkt weiterhin die NIEDERLANDE, die Pflichtberatung und Wartezeit gestrichen.

In DEUTSCHLAND muss die schwangere Person eine „Schwangerschaftskonfliktberatung" wahrnehmen, die nur durch eine staatlich anerkannte Beratungsstelle erfolgen und bescheinigt werden kann. Beratung bieten staatliche, kirchliche und freie Träger*innen an. Sie soll, wie es im Schwangerschaftskonfliktgesetz heißt, dem „Schutz des ungeborenen Lebens" dienen, aber ergebnisoffen geführt werden. Die Beratung informiert auf Wunsch der schwangeren Person auch über Verhütungsmethoden und kann anonym bleiben. Nach der verpflichtenden Beratung muss eine Wartezeit von drei Tagen eingehalten werden. Bei einer medizinischen oder embryopathischen Indikation müssen ebenfalls drei Tage Wartezeit nach der Diagnose vergehen, bis der Abbruch erfolgen kann – es sei denn „Leib oder Leben der schwangeren Person ist in Gefahr".

In den NIEDERLANDEN muss die schwangere Person ebenfalls eine Beratung bei einem*einer Ärzt*in wahrnehmen. Es sollte bereits 2020 geprüft werden, ob Online-Angebote die Beratung ersetzen können. Seit Januar 2023 entfallen die ehemals verpflichtenden fünf Tage Wartezeit in den NIEDERLANDEN. Die Länge der Wartezeit wird nun von der schwangeren Person in Absprache mit dem*der behandelnden Ärzt*in festgelegt und kann auch null Tage betragen.

In FRANKREICH wurde die Beratungspflicht mit anschließender Bedenkzeit mit der Reform im März 2022 abgeschafft. Sie gilt nur noch für minderjährige schwangere Personen. Es sind jedoch zwei ärztliche Vorgespräche und -untersuchungen vorgeschrieben. SPANIEN hat die Beratungspflicht und die verpflichtende Wartezeit mit der Gesetzesreform aus Februar 2023 abgeschafft. Auch in SCHWEDEN besteht keine Beratungspflicht. Schwangere Personen haben jedoch ein Recht auf eine freiwillige Beratung.

Ein **Einverständnis Dritter** wird in den betrachteten Staaten meist bei Minderjährigen von den Erziehungsberechtigten benötigt. Es kann aber durch eine ärztliche Einschätzung der minderjährigen Person als einwilligungsfähig auch häufig früher ausgesetzt werden.

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: Notwendigkeit des Einverständnisses Dritter abschaffen

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt die Abschaffung von Regelungen, die eine Einverständniserklärung Dritter vorsehen (WHO 2022a: 43). Gesetzliche Regelungen sehen bei Schwangerschaften von Jugendlichen häufig das Einverständnis der Erziehungsberechtigten vor. Studien zeigen allerdings, dass dies (jugendliche) schwangere Personen unter Druck setzt und womöglich gefährdet, da sie familiären Stress oder Gewalt befürchten, wenn ihre Schwangerschaft oder der Abbruchswunsch bekannt wird. Die Möglichkeit für Jugendliche, die Einverständniserklärung gerichtlich zu umgehen, reicht dabei meist nicht aus, um negative Folgen wie verzögerte und / oder unsichere Abbrüche oder eine unerwünschte Fortführung der Schwangerschaft zu verhindern (WHO 2022b: 197ff.).

In DEUTSCHLAND können Ärzt*innen Personen unter 18 Jahren für einwilligungsfähig befinden, meist wird dies ab 16 Jahren getan – für 14- bis 16-Jährige ist dies im Einzelfall zu prüfen. Werden die schwangeren Personen unter 18 Jahren als nicht einwilligungsfähig befunden, ist ein Einverständnis der Sorgeberechtigten oder des*der gesetzliche*n Vertreters*in notwendig. Ähnlich ist es in den NIEDERLANDEN, hier wird bis 16 Jahre ein Einverständnis benötigt, es sei denn, Ärzt*innen schätzen die minderjährige Person als einwilligungsfähig ein. Seit der Gesetzesreform aus Februar 2023 brauchen schwangere Personen nach Vollendung des 16. Lebensjahres in SPANIEN kein Einverständnis Dritter mehr. In FRANKREICH muss bei minderjährigen Personen grundsätzlich das Einverständnis einer sorgeberechtigten Person eingeholt werden. Liegt dieses jedoch nicht vor, kann eine andere volljährige Person sie zum Abbruch begleiten. In SCHWEDEN ist kein Einverständnis der Erziehungsberechtigten notwendig, allerdings sollen Jugendliche bestärkt werden, mit ihren Eltern zu sprechen.

Eine weitere Bedingung für einen Abbruch kann eine **medizinisch nicht notwendige ärztliche Untersuchung** sein, die in den betrachteten Staaten jedoch nicht vorkommt.[77] Nur in SPANIEN gab es dazu in der Vergangenheit Bestrebungen. Dort hatte die rechtsextreme Partei Vox in der autonomen Gemeinschaft Castilla y León im Januar 2023 versucht, eine Leitlinie durchzusetzen, wonach Ärzt*innen schwangeren Personen anbieten müssen, den Herzschlag des Fötus zu messen und einen 4D-Ultraschall zu machen. Zwar haben autonome Staaten regionale Befugnisse, aber diese dürfen nicht gegen bestehende Gesetze verstoßen oder die Grundrechte einschränken. Nach Ansicht der spanischen Regierung verstieß das Vorhaben gegen die geltenden Vorschriften zum Abbruch auf Verlangen und sie drohte mit rechtlichen Schritten und sogar mit Aberkennung der Regionalhoheit über die Gesundheitsversorgung für Castilla y León.

4.1.1.5 Ist die Verweigerung eines Abbruchs aus Gewissensgründen möglich?

Medizinisches Personal kann in den meisten europäischen Staaten einen Schwangerschaftsabbruch aus **Gewissensgründen** verweigern, das heißt, die Durchführung eines Abbruchs aufgrund von Werten oder religiösen Überzeugungen ablehnen. Dies gilt jedoch nicht, wenn die schwangere Person in gesundheitlicher Gefahr ist. Die Möglichkeit einen Abbruch aus Gewissensgründen ablehnen zu können, trägt zur Stigmatisierung von Abbrüchen (Kapitel 4.2) bei und hat eine schlechtere Versorgungslage zur Folge (Sorhaindo / Lavelanet 2022).

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: Gewissensklauseln abschaffen

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt Barrieren im Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen durch Verweigerung aus Gewissensgründen von Anbieter*innen abzuschaffen (WHO 2022a: 60). Die Empfehlung basiert auf Studien, die zeigen, dass die Möglichkeit der Verweigerung eines Abbruches durch medizinisches oder anderes Personal zu verzögerten und / oder unsicheren Abbrüchen, höheren Kosten, emotionalem Stress und einer schlechteren Ver-

[77] Zur Verpflichtung in Ungarn, die Herztöne des Embryos / des Fötus anzuhören, siehe Kapitel 3.

sorgungslage führt. Daneben können solche Regelungen das Arbeitsvolumen und den psychischen Druck auf Anbieter*innen erhöhen, da sie einen Abbruch selbst rechtfertigen müssen anstatt der Entscheidung der schwangeren Person zu folgen (WHO 2022b: 311ff.).

Bei den hier untersuchten Staaten gibt es hierzu in allen Staaten bis auf SCHWEDEN eine rechtliche Grundlage. Da SCHWEDEN es Gesundheitspersonal nicht ermöglicht, Abbrüche zu verweigern, sprechen einige Ärzt*innen der Europäischen Gesellschaft für Empfängnisverhütung und reproduktive Gesundheit davon, dass SCHWEDEN damit ein echtes Recht auf Abbrüche garantiert (Fiala et al. 2016: 201–206).[78]

In den anderen vier Staaten liegen keine Daten dazu vor, wie viele Ärzt*innen von ihrem Verweigerungsrecht Gebrauch machen.[79]

In FRANKREICH gibt es Vorgaben, dass Ärzt*innen (auch wenn sie selbst einen Abbruch ablehnen) schwangere Personen an praktizierende Ärzt*innen verweisen müssen: Bittet eine schwangere Person um einen Abbruch, muss sie über die Risiken informiert werden und eine Info-Mappe ausgehändigt bekommen, die Einrichtungen auflistet, in denen Schwangerschaftsabbrüche auf Verlangen durchgeführt werden. Private Gesundheitseinrichtungen können ablehnen, dass in ihren Räumlichkeiten Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Sind private Einrichtungen auch mit der Erbringung des öffentlichen Gesundheitsdienstes beauftragt, dürfen sie dies aber nur, wenn der örtliche Bedarf anderweitig gedeckt ist. Die Gewissensklausel zu Abbrüchen auf Verlangen wird von Aktivist*innen in FRANKREICH kritisiert, weil sie der zusätzlich bestehenden allgemeinen Gewissensklausel[80] für Gesundheitspersonal eine gesonderte / doppelte Klausel zur Seite stellt und damit Abbrüchen im Vergleich zu anderen medizinischen Eingriffen eine Sonderstellung zuweist.

In den NIEDERLANDEN müssen Ärzt*innen, die selbst einen Abbruch ablehnen, Informationen über den Gesundheitszustand der schwangeren Person auf Verlangen an eine*n andere*n Ärzt*in übermitteln.

In SPANIEN heißt es offiziell, dass durch die Verweigerung aus Gewissensgründen die Versorgungslage und der Zugang der schwangeren Person zu einem Schwangerschaftsabbruch nicht untergraben werden darf. Ärzt*innen und medizinisches Personal, die einen Abbruch ablehnen, müssen der schwangeren Person vor und nach dem Eingriff dennoch eine entsprechende Behandlung zukommen lassen. Nach der Gesetzesreform im Februar 2023 sollen Ärzt*innen, die aus Gewissensgründen einen Abbruch ablehnen, in einem **Register** erfasst werden, welches Krankenhausdirektor*innen und Personalmanager*innen zugänglich sein soll. So sollen Personalressourcen besser koordiniert werden, um den flächendeckenden Zugang zu Abbrüchen zu gewährleisten. In SPANIEN haben die Verweigerungen aus Gewissensgründen in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zugenommen. Diese Tendenz deckt sich mit den Ergebnissen einer Meinungsumfrage, die zeigt, dass die Zustimmung zu Abbrüchen

[78] Neben Schweden erlauben Finnland und Island keine Verweigerung aus Gewissensgründen (Fiala et al. 2016).

[79] Für Italien heißt es, dass etwa 70 Prozent der Ärzt*innen einen Abbruch im Voraus ablehnen (Minerva 2013).

[80] Die allgemeine Gewissensklausel besagt, dass Behandlungen aus beruflichen oder persönlichen Gründen verweigert werden können, wenn kein Notfall vorliegt.

in SPANIEN (und in FRANKREICH) in den letzten Jahren gesunken ist (Ipsos Public Affairs 2021: 4).

Presseberichte in DEUTSCHLAND zeigen, dass sich ganze Kliniken – häufig in katholischer Trägerschaft – weigern, Abbrüche anzubieten. Ob sich auch Krankenhausträger*innen als juristische Personen auf das Weigerungsrecht berufen können, ist rechtlich umstritten. Dies stünde im Spannungsfeld zum Sicherstellungsauftrag der Versorgung zu Schwangerschaftsabbrüchen durch die Bundesländer.

Damit der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch trotz einer Gewissensklausel bestmöglich funktioniert, benennt eine international vergleichende Studie folgende Faktoren als wichtig: Erstens, Klarheit, wer gegen welche Aspekte der Versorgung Widerspruch einlegen kann; zweitens, verpflichtende Weiterleitung an praktizierende Ärzt*innen und drittens, Sicherung von Angeboten zum Abbruch (Chavkin et al. 2017: 64).

4.1.1.6 Gibt es gesetzliche Einschränkungen zu Informationen?

Eine gute Versorgung mit Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen ist entscheidend, wenn Personen einen Abbruch in Anspruch nehmen wollen und nach entsprechenden Möglichkeiten suchen. Darunter fallen Informationen zur Gesetzeslage, aber auch Informationen dazu, wo sie einen Abbruch vornehmen lassen können und mit welchen Methoden.

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: Verfügbarkeit von Informationen sicherstellen

Die Weltgesundheitssituation empfiehlt, vollständige, akkurate und evidenzbasierte Informationen über Schwangerschaftsabbrüche frei zugänglich zu machen. Sie sollten verständlich sein, Diskriminierungen vermeiden und das Recht auf Privatsphäre und Vertraulichkeit wahren. Diese Aspekte sind wichtig, damit schwangere Personen bewusste und fundierte Entscheidungen über einen Abbruch treffen können, ohne Stigmatisierung und Diskriminierung zu erfahren (WHO 2022a: 36, 96).

Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen sind in den hier untersuchten Staaten – im Fall von DEUTSCHLAND erst seit kurzem – frei zugänglich. Gesetzlich war es in Deutschland bis Juli 2022 für Ärzt*innen verboten, „Werbung“ für Schwangerschaftsabbrüche zu machen. Darunter fielen auch sachliche Informationen wie der Hinweis auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen beispielsweise auf der eigenen Webseite. Dies erschwerte die Suche von Stellen zum Abbruch für schwangere Personen deutlich. Mit der Abschaffung des § 219a StGB ist es nun auch Ärzt*innen erlaubt, sachliche Informationen zu Ablauf und Methode zu veröffentlichen. Es ist unklar, wie schnell beziehungsweise ob Ärzt*innen die vormals strafrechtlich relevanten Informationen, beispielsweise auf ihren Webseiten, nachtragen.

In FRANKREICH hat per Gesetz jede Person ein Recht auf Informationen zu Schwangerschaftsabbrüchen, einschließlich der unterschiedlichen Methoden. Es gibt sogar ein Gesetz, welches die Verbreitung von Behauptungen, die zu Abschreckungszwecken vorsätzlich über die Merk-

male oder medizinischen Folgen eines freiwilligen Schwangerschaftsabbruchs irreführen, verbietet. Dies schließt insbesondere auch Fehlinformationen im Internet mit ein (zu weiteren Maßnahmen des Gesetzes siehe auch Kapitel 4.1.3.3).

Tabelle 1: Übersicht Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs

	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
Frist zum Abbruch auf Verlangen	12. Woche p.c.	14. Woche p.c.	22. Woche p.c.	16. Woche p.c.	12. Woche p.c.
Gesetz	Strafgesetz plus weiteres Gesetzbuch	Gesetzbuch über das öffentliche Gesundheitswesen	Strafgesetz plus weitere Gesetze	Gesetz im Gesundheits- und Sozialrecht	Organgesetz Strafgesetz
Strafrechtliche Konsequenzen bei unrechtmäßigen Abbrüchen	Auch für die schwangere Person	Nur für Ärzt*innen / Personen, die den Abbruch durchführen	Nur für Ärzt*innen / Personen, die den Abbruch durchführen	Nur für Ärzt*innen / Person, die den Abbruch durchführen	Auch für die schwangere Person
Regelungen gelten seit	1995	1975, Reform 1993, 2022	1984, Reform 2023	1974	1985, Reform 2010 und 2023
Medizinische Indikation	Ohne Frist Feststellung durch eine*n andere*n Ärzt*in	Ohne Frist Feststellung durch multidisziplinärer Konsultation	Ohne Frist Feststellung durch multidisziplinäre Konsultation	19. Woche p.c. + 6 Tage / ohne Frist bei Lebensgefahr Feststellung durch das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt	20. Woche p.c. Feststellung durch eine*n andere*n Ärzt*in

	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
Embryopathische Indikation	Ohne Frist Fällt unter medizinische Indikation	Ohne Frist Feststellung durch multidisziplinärer Konsultation	Ohne Frist Anschließende Beurteilung auf Rechtsmäßigkeit durch einen Bewertungsausschuss	19. Woche p.c. + 6 Tage Feststellung durch das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt	20. Woche p.c. Feststellung durch zwei anderen Fachärzt*innen Bei Nicht-Lebensfähigkeit des Fötus ohne Frist Muss von Ärzt*in in Gutachten festgestellt, durch klinisches Komitee bestätigt werden
Kriminologische Indikation	12. Woche p.c. Feststellung durch eine*n Ärzt*in	Nicht geregelt	Nicht geregelt	19. Woche p.c. + 6 Tage Feststellung durch das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt	Nicht geregelt
Soziale Indikation	Nicht geregelt	Nicht geregelt	Nicht geregelt	19. Woche p.c. + 6 Tage Feststellung durch das Nationale Amt für	Nicht geregelt

	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
				Gesundheit und Wohlfahrt	
Beratungspflicht	Ja Beratung nicht möglich durch Ärzt*in, der*die Abbruch durchführt	Nein Nur für Minderjährige Aber zwei ärztliche / medizinische Vorgespräche und -untersuchungen vorgeschrieben	Ja Beratung möglich durch Ärzt*in, der*die den Abbruch durchführt Schwangere Person muss äußern, dass sie sich in einer Notsituation befindet (jedoch liberale Auslegung)	Nein Aber Recht auf (freiwillige) Beratung	Nein Mit Gesetzesreform vom 16. Februar 2023 entfallen
Verpflichtende Wartezeit	3 Tage	Nein	Schwangere Person und Ärzt*in bestimmen Wartezeit seit Gesetzesreform Januar 2023 zusammen	Nein	Nein Mit Gesetzesreform vom 16. Februar 2023 entfallen
Einverständnis Dritter (insbes. Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)	Ja, bis 18 Jahre Es sei denn, Ärzt*innen schätzen die minderjährige Person frü-	Nein	Ja, bis 16 Jahre. Es sei denn, Ärzt*innen schätzen die min-	Nein	Ja, bis 16 Jahre

	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
	her als einwilligungsfähig ein, meist ab 16 Jahren, teils auch bei 14- bis 16-Jährigen	Eine volljährige Person muss die minderjährige Person begleiten	derjährige Person früher als einwilligungsfähig ein	Jugendliche werden bestärkt, das Gespräch mit Bezugspersonen zu suchen.	
Ablehnung aus Gewissensgründen durch Gesundheitspersonal	Ja	Ja Aber Personal muss Namen von Einrichtungen nennen, in denen Abbrüche durchgeführt werden	Ja	Nein	Ja Per Gesetz dürfen Zugang und Qualität der Versorgung darunter nicht leiden Personen werden in einem Register erfasst
(Gesetzlich) freie Verfügbarkeit von Informationen	Ja Seit Juli 2022 „Werbeverbot“ für Ärzt*innen für Abbrüche aufgehoben	Ja	Ja	Ja	Ja

4.1.2 Kostenübernahme

Die Kosten für einen Abbruch können, wenn sie von der schwangeren Person selbst getragen werden müssen, für Personen mit geringen finanziellen Möglichkeiten eine große Barriere darstellen und die Zeit bis zum Abbruch verlängern, da das Geld erst zusammengetragen werden muss. Die Kosten variieren je nach Methode. Ein medikamentöser Abbruch, der meist nur bis zur siebten Woche p.c. der Schwangerschaft durchgeführt werden kann, ist deutlich günstiger als ein operativer Abbruch. In DEUTSCHLAND betragen die Kosten für einen medikamentösen Abbruch etwa 200 bis 300 Euro, für einen operativen Abbruch 400 bis 600 Euro.[81]

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: Kosten übernehmen

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt die Übernahme von Kosten für Schwangerschaftsabbrüche durch Versicherungen oder das Gesundheitssystem (WHO 2022a: 16). Dies gewährleistet den freien und sicheren Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen, insbesondere für finanziell schlechter gestellte schwangere Personen (ebd.: 15, 93).

Personen mit geringen finanziellen Mitteln sind meist auch aufgrund von mehrfacher Diskriminierung beim Zugang zu reproduktiven Rechten benachteiligt (Infobox reproduktive Gerechtigkeit und Infobox reproduktive Gerechtigkeit und unerwünschte Elternschaft).

In den hier betrachteten Staaten werden mit Ausnahme DEUTSCHLANDS die Kosten für den Abbruch für Einwohner*innen von staatlicher Seite übernommen. Personen, die für einen Abbruch aus dem Ausland kommen, müssen den Abbruch selbst zahlen.

In den NIEDERLANDEN werden die Kosten für Einwohner*innen über die Krankenversicherung oder über „besondere Krankheitskosten“ übernommen. In Abbruchskliniken können die Kosten auch für Einwohner*innen ohne Krankenversicherung übernommen werden.

Auch in SPANIEN werden die Kosten durch das Nationale Gesundheitssystem übernommen. Zur Kostenübernahme muss vor dem Abbruch ein Termin mit dem*der Fachärzt*in ausgemacht werden, welche*r die schwangere Person dann an eine Hebamme weiterleitet, die das Verfahren verwaltet und an eine Klinik zum Abbruch überweist.

Auch in SCHWEDEN werden die Kosten für Abbrüche übernommen. Die schwangere Person muss nur einen geringen Betrag als Kostenbeteiligung zahlen, die der generellen Beteiligungen bei Ärzt*innenbesuchen entspricht. Auch für Personen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung ist das der Fall.

FRANKREICH ist der einzige Staat in der EU, in dem Abbrüche für alle Personen komplett kostenfrei sind. Nach Medienberichten stellen jedoch manche Ärzt*innen beziehungsweise Gesundheitseinrichtungen in FRANKREICH für einzelne Untersuchungen höhere Kosten in Rechnung als die Krankenversicherung übernimmt. Die Kostenübernahme gilt grundsätzlich aber auch für Personen ohne Krankenversicherung oder ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung. Es

[81] https://www.familie.de/schwangerschaft/schwangerschaftsabbruch-was-kostet-eine-abtreibung/

darüber hinaus möglich, dass Personen ohne gültigen Aufenthaltsstatus medizinische Versorgung in Anspruch nehmen, ohne dass ihre Daten an die entsprechenden Stellen weitergegeben werden und ohne zu riskieren, von Behörden entdeckt zu werden.

In DEUTSCHLAND werden die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche auf Verlangen (rechtswidrige Abbrüche) nur für Personen mit niedrigem Einkommen von den Bundesländern übernommen. Nach Einschätzungen von Gynäkolog*innen und Beratungsstellen hat etwa jede dritte Person, die einen Abbruch durchführen lassen möchte, Anspruch auf eine Kostenübernahme, aber nur etwa 60 bis 70 Prozent machen tatsächlich davon Gebrauch (Maeffert / Tennhardt 2023: 313). Abbrüche auf Basis einer Indikation (nach dem deutschen Gesetz nicht rechtswidrige Abbrüche) werden dagegen für alle Personen durch die Krankenkasse übernommen. Eine mögliche Konsequenz könnte im Falle der kriminologischen Indikation sein, dass Personen, die sich einen Abbruch andernfalls nicht leisten könnten, ihre Gewalterfahrungen schildern müssen ohne dies zu wollen.

Neben direkten Kosten fallen für schwangere Personen auch **indirekte Kosten** bei einem Abbruch an, wie Erwerbsausfall, Kinderbetreuung, Transport, Unterkunft etc. Sind Einrichtungen weit entfernt oder werden mehrmalige Besuche und Wartezeiten verlangt, erhöhen sich die Kosten entsprechend.

Tabelle 2: Übersicht Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs

	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
Kostenübernahme	Für Einwohner*innen: Kosten für Abbrüche auf Basis einer Indikation (rechtmäßige Abbrüche) übernimmt die Krankenkasse Kosten für Abbrüche auf Verlangen (rechtswidrige Abbrüche) übernehmen die Bundesländer für Personen mit niedrigem Einkommen	Krankenversicherung übernimmt Kosten (auch für Personen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung)	Für Einwohner*innen: Krankenversicherung übernimmt Kosten In Abbruchskliniken auch für Personen ohne Krankenversicherung möglich	Nationales Gesundheitssystem übernimmt Kosten (auch für Personen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung) Geringe Kostenbeteiligung der schwangeren Person	Für Einwohner*innen: Krankenversicherung übernimmt Kosten

4.1.3 Versorgungslage

4.1.3.1 Klinisch-medizinische Versorgung

Damit schwangere Personen die rechtlichen Möglichkeiten zum Abbruch auch nutzen können, ist eine gute Versorgungslage und Zugänglichkeit von Einrichtungen (Kliniken, Krankenhäuser, ambulante Praxen), die Abbrüche durchführen, entscheidend. Darüber hinaus müssen die Einrichtungen durch die schwangere Person schnell und leicht auffindbar sein. Zu einer guten Versorgung gehört auch die Nachsorge nach dem Schwangerschaftsabbruch („post abortion care") einschließlich der Behandlung möglicher Komplikationen nach dem Abbruch. Die Bereitstellung von Nachsorge wird im Rahmen des Papiers nicht im Einzelnen untersucht. Siehe zu mehr Informationen dazu die Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2022a).

In einigen Staaten zeigen sich Missstände in der Versorgungslage. So existieren zu wenige **Einrichtungen** und zu wenig **medizinisches Personal**, das Abbrüche vornimmt. In DEUTSCHLAND ist ein dramatischer Rückgang an Einrichtungen zu verzeichnen: In den letzten 20 Jahren ist die Anzahl von Einrichtungen, die mitgeteilt haben, dass sie grundsätzlich Abbrüche anbieten (Meldestellen) um etwa 50 Prozent gesunken. Aber auch in FRANKREICH zeigt sich ein Rückgang: In den letzten Jahren wurden nach Schätzungen von Verbänden 130 Einrichtungen, die Abbrüche vornahmen, geschlossen. Weitere sind in ihrer Existenz bedroht. In vielen Krankenhäusern in FRANKREICH werden keine Abbrüche mehr durchgeführt. Dies wird unter anderem mit der stärkeren Fokussierung des Gesundheitssystems auf ökonomische Rationalitäten begründet. Außerdem sind weniger jüngere Ärzt*innen bereit, einen Abbruch durchzuführen.

In SCHWEDEN scheint die Versorgung mit Einrichtungen besser zu sein. Als Gründe werden insbesondere aufgeführt, dass Abbrüche nicht aus Gewissensgründen abgelehnt werden dürfen und auch Hebammen Abbrüche vornehmen können. Auch für die NIEDERLANDE wird die Lage als gut eingeschätzt. Nach einer nicht repräsentativen Umfrage müssen in den NIEDERLANDEN schwangere Personen im Schnitt (nur) 24 km für einen Abbruch reisen.

In DEUTSCHLAND zeigen sich lokale Versorgungslücken und die Notwendigkeit, für den Abbruch relativ weite Wege auf sich zu nehmen, insbesondere in ländlichen Gebieten. Auch in den einzelnen autonomen Gemeinschaften in SPANIEN ist die Versorgungslage sehr unterschiedlich, was Reisen von schwangeren Personen in andere Gemeinschaften nach sich zieht. Einige regionale Gesundheitsaufsichtsbehörden gaben Kliniken, die Abbrüche im zweiten Trimester durchführten, so strikte technische, hygienische, bürokratische und personelle Regeln vor, dass die Kliniken schließen mussten. In SPANIEN haben die autonomen Gemeinschaften unter anderem die Befugnis, grundlegende staatliche Rechtsvorschriften im Bereich Gesundheitswesen und öffentliche Gesundheit auszuarbeiten und umzusetzen.[245]

Bisher gibt es auf internationaler Ebene keinen Richtwert, der angibt, wie viele Einrichtungen zum Abbruch pro Einwohner*innen zur Verfügung stehen sollten. In DEUTSCHLAND ist ein solcher Versorgungsschlüssel ausschließlich für Beratungseinrichtungen zum Abbruch im Schwangerschaftskonfliktgesetz festgehalten (Kapitel 4.1.1.3).

Einige Einrichtungen in den jeweiligen Staaten bieten Abbrüche nicht bis zur gesetzlich festgesetzten **Frist** an. Dies zeigt sich beispielsweise in DEUTSCHLAND und FRANKREICH (insbesondere nach der Anhebung der Frist). Auch in den NIEDERLANDEN bieten längst nicht alle Einrichtungen Abbrüche bis zur gesetzlichen Frist von 22. Woche p.c. an.

Die unterschiedlichen **Methoden** (operativ und medikamentös) sind meist nicht in allen Einrichtungen in den jeweiligen Staaten verfügbar, sodass schwangere Personen häufig die Methode nicht frei wählen können, auch wenn ihnen dies zum Beispiel in FRANKREICH gesetzlich zugesichert ist. Medikamentöse Abbrüche sind aufgrund seltener Komplikationen, niedriger Kosten und vergleichsweise einfacher Durchführung, insbesondere bei kurzer Schwangerschaftsdauer, die empfohlene Methode der Weltgesundheitsorganisation.

Wo ein medikamentöser Abbruch verfügbar ist, wird er in großem Umfang genutzt: In SCHWEDEN waren 2022 96 Prozent aller Abbrüche medikamentös (Socialstyrelsen 2023), in FRANKREICH 2021 76 Prozent[82], in DEUTSCHLAND und den NIEDERLANDEN im gleichen Jahr 32 Prozent (Prütz et al. 2022) beziehungsweise 34 Prozent (IGJ 2022a) und in SPANIEN 25 Prozent (Ministerio de Sanidad 2022).

Während in DEUTSCHLAND kaum medikamentöse Abbrüche angeboten werden, werden in FRANKREICH zum Teil keine operativen Abbrüche angeboten. Operative Eingriffe sind hier wirtschaftlich gesehen für die Einrichtungen nicht lukrativ. Da spätere Schwangerschaftsabbrüche nicht mehr medikamentös, sondern nur noch operativ durchgeführt werden können, kann das Zugangsprobleme für Personen mit vorangeschrittenen Schwangerschaften bedeuten.

Infobox: Abbruchmethoden

Ein medikamentöser Abbruch wird im früheren Stadium der Schwangerschaft durchgeführt, meist bis zur siebten Woche p.c. und funktioniert durch eine Kombination aus zwei Medikamenten. Die schwangere Person erhält zunächst Tabletten mit Mifepriston. Dieses Medikament hemmt das Hormon Progesteron und erhöht die Empfindlichkeit für das zweite Medikament Misoprostol. Nach ein bis drei Tagen wird Misoprostol verabreicht, was dazu führt, dass der Embryo ausgestoßen wird.

Bei einem operativen Abbruch wird das Schwangerschaftsgewebe durch einen Eingriff entfernt. Das geschieht meist durch eine Absaugung (auch: Vakuumaspiration). Die Methode der Ausschabung (auch: Kürettage) wird aufgrund der Verletzungsgefahr nicht mehr empfohlen (siehe auch Kapitel 4.3.4). Der Eingriff selbst dauert etwa drei bis zehn Minuten. Er kann in einer kurzen Vollnarkose oder mit einer örtlichen Betäubung durchgeführt werden.

Bis auf DEUTSCHLAND bieten alle Staaten an, den medikamentösen Abbruch zumindest teilweise (siehe zu den zwei Schritten Infobox Abbruchmethoden), **zu Hause** durchzuführen. In DEUTSCHLAND gibt es unterschiedliche Deutungen dazu, ob ein Abbruch zu Hause möglich ist oder in einer Einrichtung erfolgen muss. Neben einem Pilotprojekt, das Abbrüche zu Hause

[82] https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/interruptions-volontaires-de-grossesse-la

anbietet, hat sich nach Aussage von Expert*innen in Teilen bereits die Anwendung (des zweiten Medikaments) zu Hause etabliert. Eine flächendeckende Anwendung fehlt allerdings. In FRANKREICH können beide Medikamente für den Abbruch mit Telekonsultation zu Hause eingenommen werden. Dies gilt offiziell seit 2022 und wurde 2020 bereits als Ausnahmeregelung während der Pandemie eingeführt.

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: Kreis der Anbieter*innen erweitern

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt den Kreis der Anbieter*innen von Abbrüchen zu erweitern, wenn diese den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation entsprechen (WHO 2022a: 59). Häufig sind ausschließlich Gynäkolog*innen berechtigt. Entsprechend geschultes medizinisches Personal sollte ebenfalls Abbrüche begleiten können. Im frühen Stadium der Schwangerschaft ist ein selbstständiger medikamentöser Abbruch möglich (ebd.: 98). Auch eine Inanspruchnahme von telemedizinischer Begleitung kann die Versorgungslage verbessern (ebd.: 95).

In den untersuchten Staaten können Abbrüche zum Teil nur von **Ärzt*innen** durchgeführt werden, obwohl die Weltgesundheitsorganisation sich deutlich dafür ausspricht, dass auch anderes Gesundheitspersonal Abbrüche durchführen darf. In SCHWEDEN und FRANKREICH können auch Hebammen einen medikamentösen Abbruch durchführen. Für Herbst 2023 ist in FRANKREICH eine Ausweitung auf operative Abbrüche geplant. In den NIEDERLANDEN können seit 2023 auch Hausärzt*innen medikamentöse Abbrüche durchführen.

In den NIEDERLANDEN, SCHWEDEN und SPANIEN müssen die Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, jeweils von staatlicher Seite akkreditiert sein.

Fehlende **Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten** für Ärzt*innen und Gesundheitspersonal werden in einigen Staaten als problematisch hervorgehoben. In DEUTSCHLAND sind Bestrebungen, das zu ändern, im Koalitionsvertrag 2021–2025 festgehalten. In SPANIEN fordert das Organgesetz zu Schwangerschaftsabbrüchen bereits, die Ausbildung dahingehend zu verbessern.

In DEUTSCHLAND zeigt sich aufgrund der Unterscheidung zwischen rechtswidrigen Abbrüchen (auf Verlangen) und nicht rechtswidrigen Abbrüchen eine besondere **Verschränkung zwischen der Gesetzes- und der Versorgungslage**: Rechtswidrige Schwangerschaftsabbrüche fallen in Deutschland nicht unter die von den öffentlichen Krankenhäusern sicherzustellende Versorgung (Bundestag 2020: 12). Das steht im Spannungsfeld zum Auftrag der Bundesländer eine angemessene Versorgung für Schwangerschaftsabbrüche sicherzustellen, wie es im Schwangerschaftskonfliktgesetz festgehalten ist.

Zum Teil fehlen in den untersuchten Staaten leicht und schnell verfügbare **Informationen** für schwangere Personen dazu, wohin sie sich für einen Abbruch wenden können (Zanini et al. 2021). Dies kann dazu führen, dass der Abbruch erst zu einem späteren Zeitpunkt in der Schwangerschaft durchgeführt werden kann oder sogar die Frist überschritten wird. Insbesondere in DEUTSCHLAND wirkt das ehemalige Werbeverbot noch nach (siehe Kapitel 4.1.1.6). Die verfügbaren Listen mit Einrichtungen und Praxen, die Abbrüche anbieten, sind nicht vollständig. Es ist außerdem nicht klar, ob alle auf der Liste aufgeführten Einrichtungen Abbrüche

anbieten. FRANKREICH wird in einer vergleichenden Studie aufgrund ausführlicher von staatlicher Seite bereitgestellter Online-Informationen zu Abbrüchen und dem Verweis auf eine Hotline als positives Beispiel bei der Bereitstellung von Informationen hervorgehoben. Darüber hinaus erhielten schwangere Personen durch das Gesundheitspersonal Informationen und Hinweise zu Abbrüchen im Ausland, wenn sie die nationale Wochenfrist überschritten haben (Zanini et al. 2021: 7). Wie bereits bei der Gewissensklausel hervorgehoben, ist es wichtig, dass Personen im Fall einer Abweisung an andere Stellen verwiesen werden (Kapitel 4.1.1.5).

4.1.3.2 Freiwillige Beratungsangebote

In allen untersuchten Staaten gibt es Beratungsangebote von unterschiedlichen Träger*innen. Nicht alle Angebote sind jedoch ergebnisoffen und neutral, sodass schwangere Personen an Abbruchsgegner*innen geraten können.

Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation: gute, offene und freiwillige Beratung sicherstellen

Die Weltgesundheitsorganisation empfiehlt interaktive, auf die einzelne Person zugeschnittene, offene und freiwillige Beratung, die von einer geschulten Person durchgeführt wird (WHO 2022a: 37). Die schwangere Person muss die Beratung nicht annehmen und die beratende Person sollte ergebnisoffen vorgehen. Informationen zu Verhütung nach dem Abbruch sollten auf Wunsch gegeben werden (ebd.: 96). Die Bereitstellung von Beratungsangeboten durch Fachpersonal verschiedener Gesundheitsberufe ist hierbei erwünscht, um der schwangeren Person mehr Auswahlmöglichkeiten zu geben und die Versorgungslage zu verbessern (ebd.: 38).

In DEUTSCHLAND besteht eine Beratungspflicht. Jede Person hat jedoch auch das Recht auf Beratung zu allen Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt und Familienplanung, einschließlich Fragen zur Verhütung. Im Schwangerschaftskonfliktgesetz ist festgelegt, dass die Bundesländer dafür Sorge tragen sollen, dass für 40.000 Einwohner*innen mindestens eine vollzeitbeschäftigte Beratungskraft zur Verfügung steht. In einer Onlinedatenbank sind alle Stellen, die verpflichtende Beratung anbieten oder staatliche Förderung erhalten, aufgeführt. Darunter sind staatliche, freie und kirchliche Träger*innen. Neben persönlicher Beratung bieten einige Organisationen telefonische oder Online-Beratung an, was verstärkt in der Corona-Pandemie stattfand und weiter verstetigt werden soll. Ob nach einem digitalen Beratungsgespräch der für den Abbruch notwendige Beratungsschein ausgestellt werden darf, wird von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt.

In FRANKREICH besteht das Recht auf Beratung durch entsprechend qualifizierte Personen. Gegenstand der Beratung sind auch geeignete Verhütungsmethoden. Auf Wunsch werden Kontakte zu psychosozialen Beratungsstellen vermittelt. Die Beratung erfolgt durch Fachkräfte in Gesundheitszentren, zivilgesellschaftliche und vom Staat beauftragte Organisationen etc. Es gibt auch eine Hotline, an die sich schwangere Personen wenden können.

In den NIEDERLANDEN können neben der verpflichtenden Beratung weitere Angebote genutzt werden, unter anderem durch Hausärzt*innen, Abbruchkliniken, spezialisierte Organisationen

(auch online) und christliche Organisationen. Als zusätzliches Angebot dienen ausgebildete „Entscheidungshilfe-Berater*innen". In SCHWEDEN gibt es Beratungsangebote unterschiedlicher Träger*innen.

In SPANIEN informieren sich die meisten Personen in öffentlichen Gesundheitszentren. Nach der Gesetzesreform vom 16. Februar 2023 müssen Behörden eine auf Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten spezialisierte Hotline einrichten.

4.1.3.3 Gehsteigbelästigung

Abbruchsgegner*innen versuchen mitunter, durch Blockieren oder Verhindern des Zugangs zu Beratungseinrichtungen und ärztlichen Praxen schwangere Personen (und medizinisches Personal) an einem Abbruch zu hindern. Dies geschieht durch Plakate, direkte Ansprache oder Demonstrationen vor Ort (Fontana 2021).

In FRANKREICH wird die (versuchte) Verhinderung eines Schwangerschaftsabbruchs durch Störung des Zugangs zu den Einrichtungen oder durch Bedrohung des Personals oder der betroffenen schwangeren Personen mit bis zu zwei Jahren Haft und einer Geldstrafe von 30.000 Euro bestraft. Explizit eingeschlossen ist dabei die Verbreitung von Fehlinformationen zu Schwangerschaftsabbrüchen zu Abschreckungszwecken, insbesondere online (siehe Kapitel 4.1.1.6). Moralischer und psychologischer Druck und Einschüchterungsversuche, auch gegenüber dem Umfeld von Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen wollen, sind gesetzlich verboten.

In SPANIEN steht Gehsteigbelästigung seit dem 12. April 2022 unter Strafe. Demnach wird die Belästigung, Beleidigung, Einschüchterung oder Nötigung einer schwangeren Person mit einer Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu einem Jahr oder gemeinnütziger Arbeit bestraft. Dasselbe Strafmaß gilt für die Belästigung von medizinischem Personal in seiner beruflichen oder öffentlichen Funktion. Darüber hinaus kann ein Betretungsverbot für bestimmte Orte für die Dauer von sechs Monaten bis zu drei Jahren verhängt werden. Zur Verfolgung dieser Straftatbestände bedarf es keiner Anzeige durch die Betroffenen.

In DEUTSCHLAND gibt es bisher Vorstöße auf kommunaler und Länderebene, Gehsteigbelästigungen zu verbieten. Die Stadt Pforzheim etwa hatte 2021 ein Versammlungsverbot verhängt, dieses musste aber aufgrund eines entsprechenden Urteils des Verwaltungsgerichtes zurückgenommen werden. Das Land Bremen versucht mit einer gesetzlichen Änderung seit Mai 2023 schwangere Personen, die abbrechen wollen, vor Belästigung zu schützen. Nach eigenen Angaben arbeitet das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend an bundesweiten gesetzlichen Regelungen zur Verhinderung sogenannten Gehsteigbelästigungen.

In den NIEDERLANDEN können Kommunen Schutzzonen vor Abbruchkliniken einsetzen, in denen nicht demonstriert werden darf.

Für SCHWEDEN konnten keine Informationen zu Protesten vor Einrichtungen oder politischen Maßnahmen recherchiert werden.

Tabelle 3: Übersicht Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs

	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
Klinisch-medizinische Versorgung	Starker Rückgang an Einrichtungen Abbrüche nur durch Ärzt*innen Angebot der Methoden variiert zwischen Regionen und Einrichtungen, teils kein medikamentöser Abbruch verfügbar Schlechte Versorgung im ländlichen Raum Medikamentöser Abbruch nicht regulär zu Hause möglich	Rückgang an Einrichtungen Auch durch Hebammen Medikamentöse Abbrüche zu Hause mit Telekonsultation möglich Versorgung ist regional unterschiedlich gut, teils kein operativer Abbruch verfügbar (teils ökonomische Gründe)	Versorgung wird als gut eingeschätzt Abbrüche nur in akkreditierten Einrichtungen Abbrüche auch durch Hausärzt*innen Spezialisierte Kliniken und ausgebildete Ärzt*innen für späte Abbrüche Medikamentöser Abbruch zu Hause möglich	Versorgung wird als gut eingeschätzt Abbrüche nur in akkreditierten Einrichtungen Abbrüche auch durch Hebammen Medikamentöser Abbruch zu Hause möglich	Rückgang an Einrichtungen durch restriktive Auflagen für Abbrüche in einigen Regionen Abbrüche nur in akkreditierten Einrichtungen Abbrüche nur durch Ärzt*innen Unterschiedlich gute Versorgung je nach autonomer Gemeinschaft (insbes. auf Basis von Indikationen nach der gesetzlichen Frist) Medikamentöser Abbruch zu Hause möglich

	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
(Freiwillige) Beratung	Beratungsangebote unterschiedlicher Träger*innen vorhanden Recht auf Beratung Bundesländer sollen 1 Berater*in auf 40.000 Einwohner*innen bereitstellen.	Beratungsangebote unterschiedlicher Träger*innen vorhanden Recht auf Beratung. Zentrale gebührenfreie Hotline	Beratungsangebote unterschiedlicher Träger*innen vorhanden Auch speziell ausgebildete „Entscheidungshilfeberater*innen“	Beratungsangebote unterschiedlicher Träger*innen vorhanden	Beratungsangebote unterschiedlicher Träger*innen vorhanden Einrichtung einer Hotline geplant
Schutz vor Gehsteigbelästigung	Verbot von Protesten in Sichtweite von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in einzelnen Kommunen (Stand 2021) Gesetz für ungehinderten Zugang zu Beratungsstellen in Planung	Gehsteigbelästigung und Bedrohung der schwangeren Person oder des Personals steht – auch ohne Anzeige der betroffenen Person – unter Strafe. Strafmaß: Bis zu zwei Jahre Haft und eine Geldstrafe von 30.000 €. Betretungsverbot bis zu 3 Jahren kann verhängt werden	Einrichtung von Schutzzonen vor Abbruchkliniken, in denen nicht demonstriert werden darf, in einzelnen Kommunen (Stand 2021)	Es konnten keine Informationen zu Protesten vor Einrichtungen oder politischen Maßnahmen recherchiert werden	Gehsteigbelästigung (und Nötigung) der schwangeren Person und des Personals steht unter Strafe, dazu zählt die Verbreitung von Fehlinformationen (zu Abschreckungszwecken). Strafmaß: Freiheitsstrafe von 3 Monaten bis zu 1 Jahr oder 31 bis 80 Tage gemeinnützige Arbeit

4.1.4 Zwischenfazit

Während in DEUTSCHLAND schwangere Personen weiterhin mit vielen Hürden hinsichtlich des Zugangs zu Abbrüchen konfrontiert sind, haben insbesondere SCHWEDEN und die NIEDERLANDE, aber auch FRANKREICH und in einem geringeren Maße SPANIEN (mittlerweile) liberalere Regelungen etabliert, die schwangeren Personen mehr Entscheidungsfreiheit einräumen.

Abbrüche sind in SCHWEDEN (Frist 16. Woche p.c.) und FRANKREICH (Frist 14. Woche p.c.) nicht mehr im Strafgesetz, sondern im **Gesundheits- und Sozialrecht** geregelt. In den NIEDERLANDEN sind Abbrüche im Strafgesetz geregelt, aber als Frist wird erst die Lebensfähigkeit des Fötus (22. Woche p.c.) außerhalb des Uterus der schwangeren Person angesetzt. Eine Regelung von Abbrüchen außerhalb des Strafrechts hat längst nicht nur symbolischen Charakter – aktuell steht Schwangerschaftsabbruch in DEUTSCHLAND neben Mord und Totschlag. Neben dem Ziel, dass sich Personen aufgrund einer selbstbestimmten Entscheidung ihren eigenen Körper betreffend nicht strafbar machen dürfen, hat die rechtliche Stellung des Abbruchs ganz konkret Auswirkungen auf die Versorgungslage. Dadurch, dass in DEUTSCHLAND ein Abbruch auf Verlangen als rechtswidrig gilt, werden Abbrüche auf Verlangen nicht ausreichend als Teil der regulären Krankenversorgung mitberücksichtigt. Auch kommen Abbrüche in der medizinischen Ausbildung nicht in nötigem Maße vor. Das verschlechtert die Versorgungslage und gefährdet die Gesundheit von ungewollt schwangeren Personen (Arbeiterwohlfahrt e.V. 2021). SPANIENS Gesetz zu Abbrüchen aus 2023 betont ein umfassendes Verständnis von Reproduktion und formuliert neben Regelungen zu Abbrüchen weitere Maßnahmen zur Förderung von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Geschlechtergleichstellung, beispielsweise die Erweiterung der Lehrinhalte für medizinisches Personal um diese menschenrechtlichen Aspekte.

Als weitere Hürden im Zugang zeigen sich eine **verpflichtende Beratung** und eine **Wartezeit**, wie sie (nachdem auch kürzlich FRANKREICH und SPANIEN diese gestrichen haben) nur noch in DEUTSCHLAND und eingeschränkt in den NIEDERLANDEN gefordert werden. Beides kann den Abbruch unnötig herauszögern und schwangere Personen wegen der gesetzlichen Frist in Bedrängnis bringen. In den NIEDERLANDEN kann die Beratung von dem*der behandelnden Ärzt*in durchgeführt werden und die Wartezeit wird seit einer kürzlich in Kraft getretenen Reform von dem*der Ärzt*in und der schwangeren Person gemeinsam festgelegt und kann auch null Tage betragen.

Abbrüche aufgrund bestimmter **Indikationen**, die nach der gesetzlichen Frist vorgenommen werden, sind in ihrer Feststellung aufwändig und binden Kapazitäten. Da in den NIEDERLANDEN die Frist zum Abbruch auf Verlangen vergleichsweise lang ist, spielen diese hier kaum eine Rolle.

Der Zugang zu Abbrüchen wird in allen Staaten bis auf SCHWEDEN durch die Möglichkeit beeinträchtigt, dass medizinisches Personal Abbrüche aus **Gewissensgründen** ablehnen kann. Damit der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch trotz einer Gewissensklausel gewährleistet ist, ist Klarheit nötig, was diese genau umfasst: Wer (ganze Kliniken oder nur einzelne Personen) kann gegen welche Aspekte (Abbruch – ab wann, Nachsorge) der Versorgung Widerspruch einlegen? Darüber hinaus muss geregelt werden, dass abgewiesene Personen an

praktizierende Ärzt*innen weitergeleitet werden. FRANKREICH verpflichtet Ärzt*innen bereits, dies zu tun. In SPANIEN soll ein Register angelegt werden, um transparent zu machen, wer Abbrüche ablehnt. Mit diesem Register soll die Versorgungsplanung besser gelingen.

Informationen für schwangere Personen sind in DEUTSCHLAND weiterhin weniger gut zugänglich, da das ehemalige Werbeverbot für Ärzt*innen noch nachwirkt. Die verfügbaren Listen mit Einrichtungen und Praxen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, sind nicht vollständig und es ist nicht klar, ob alle Einrichtungen auf der Liste Abbrüche anbieten. Andere Staaten haben nationale Hotlines eingeführt, die Informationen leichter zugänglich machen und in FRANKREICH besteht ein Gesetz, das insbesondere Fehlinformationen unter Strafe stellt.

Die **Kosten** für einen Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen müssen nur in DEUTSCHLAND von der schwangeren Person selbst übernommen werden, was insbesondere finanziell benachteiligte Personen in Bedrängnis bringt. Nur für Personen mit geringem Einkommen werden Abbrüche erstattet, doch dies wird auch aufgrund der administrativen Hürden nicht von allen berechtigten Personen genutzt. In allen anderen Staaten werden Abbrüche als Gesundheitsleistung von nationalen Versicherungen übernommen. Zum Teil können nicht versicherte Personen und Menschen ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung die Kosten erstattet bekommen.

Ein unzureichender Zugang zu **Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch** (insbesondere bei einem späteren Zeitpunkt in der Schwangerschaft und hinsichtlich der freien Wahl der Methode) zeigt sich insbesondere für DEUTSCHLAND, FRANKREICH und SPANIEN, wobei sich dies je nach Region unterscheidet. In DEUTSCHLAND hat die schlechte Versorgung auch damit zu tun, dass Abbrüche auf Verlangen nicht als reguläre Gesundheitsleistung gelten. Es werden kaum medikamentöse Abbrüche angeboten und ein Abbruch zu Hause, was an vielen Stellen als großer Fortschritt hinsichtlich des Zugangs gesehen wird, ist in allen Staaten bis auf DEUTSCHLAND offiziell möglich. Vor allem in SCHWEDEN, aber auch in den NIEDERLANDEN scheint die Versorgung mit Einrichtungen gut zu sein. Als Gründe werden insbesondere aufgeführt, dass in SCHWEDEN Abbrüche nicht aus Gewissensgründen abgelehnt werden dürfen und in beiden Staaten weitere Gesundheitsprofessionen Abbrüche vornehmen können. Auch in FRANKREICH können Hebammen mittlerweile Abbrüche vornehmen, was die Versorgungslage verbessern kann. Fehlende Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten für Ärzt*innen und Gesundheitspersonal werden in einigen Staaten – darunter auch DEUTSCHLAND – als problematisch hervorgehoben. Um zu unterbinden, dass Abbruchsgegner*innen schwangere Personen oder Gesundheitspersonal bedrohen oder am Zugang zu Einrichtungen hindern, haben FRANKREICH und SPANIEN sogenannte Gehsteigbelästigungen unter Strafe gestellt. In DEUTSCHLAND wird derzeit an einem Gesetz zum Schutz vor sogenannten Gehsteigbelästigungen gearbeitet.

Zusammenfassend schafft insbesondere SCHWEDEN für schwangeren Personen einen effektiven Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen: Es besteht rechtliche Klarheit, dass Abbrüche vom Gesundheitspersonal nicht abgelehnt werden dürfen, es besteht eine lange Frist (nur die NIEDERLANDE haben eine noch längere Frist), die medikamentöse Methode und der Abbruch zu Hause stehen zur Verfügung und auch weiteres Gesundheitspersonal kann Abbrüche anbieten. Die Kosten für Abbrüche werden übernommen. Auch macht SCHWEDEN es nicht – wie noch offiziell die NIEDERLANDE – zur Bedingung, vor einem Abbruch zu äußern, dass sich die

schwangere Person in einer Notlage befindet. Diese Einschätzung deckt sich mit der Bewertung SCHWEDENS als liberalstem Staat im Abortion Policies Atlas 2021, in dem SCHWEDEN 94 Prozent erreicht. Die jüngsten Reformen in FRANKREICH, den NIEDERLANDEN und SPANIEN zeigen, dass viele Staaten verpflichtende Beratungen und Wartezeiten streichen und diese Entscheidungen den schwangeren Personen selbst überlassen wollen.

4.2 Gesellschaftliche Einstellungen

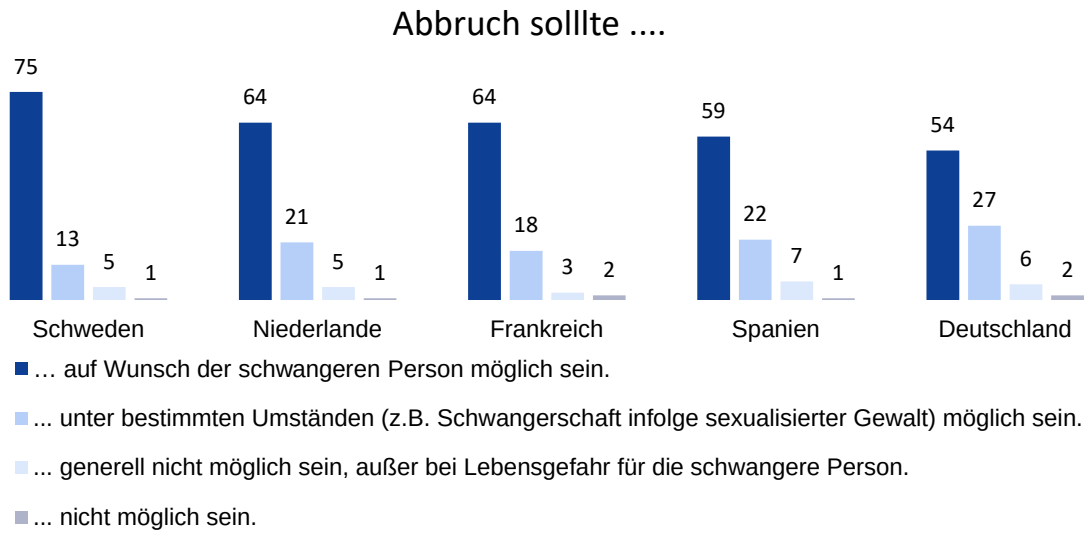
Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen und damit die Möglichkeit von schwangeren Personen, eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen, werden stark gesellschaftlich geprägt. Gesellschaftliche Meinungsbilder können damit über die Gesetzeslage hinaus den Zugang zu Abbrüchen durch **Stigmatisierung**, Ablehnung und sozialen Druck erschweren.

Das Verhältnis zwischen Gesetzen und gesellschaftlichen Einstellungen ist dabei komplex: So können Gesetze Einstellungen in der Gesellschaft und Stigmatisierung widerspiegeln. Gleichzeitig wirken sich Gesetze und politische Debatten meinungsbildend auf gesellschaftliche Einstellungen aus (Kumar et al. 2009). Einstellungen und normative Haltungen sind schwierig zu erheben und zu vergleichen, etwa, weil Befragte Antworten an gesellschaftliche Normen anpassen. Dies gilt es zu berücksichtigen, wenn im Folgenden auf die Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch in den fünf Staaten und darauf einwirkende Faktoren eingegangen wird.

Abbrüche und damit Personen, die Abbrüche durchführen (lassen), werden auf vielfältige Weise stigmatisiert. Stigmatisierung grenzt Menschen aufgrund bestimmter Erfahrungen oder Attribute aus. Diese Ausgrenzung kann bei den betroffenen schwangeren Personen Scham- und Schuldgefühle verursachen (ebd., Marques-Pereira 2023; Busch 2020), hält schwangere Personen mitunter von einem Abbruch ab oder treibt sie aus Angst vor Sichtbarkeit in die Illegalität. Darüber hinaus kann Stigmatisierung zur Unterberichterstattung von Abbrüchen beitragen (siehe hierzu Diskussion zur Rolle von Stigmatisierung für die Dunkelziffer in Kapitel 4.3.1).

Nach einer Umfrage von Ipsos Public Affairs (2021) (siehe Abbildung 1) befürworten drei Viertel der SCHWED*INNEN die Möglichkeit für schwangere Personen, auf Wunsch abzubrechen. In den NIEDERLANDEN, FRANKREICH und SPANIEN sind es etwa zwei Drittel der Gesellschaft und in DEUTSCHLAND gut die Hälfte (54 %). Für FRANKREICH und SPANIEN zeigen die Umfrageergebnisse, dass die Befürwortung von Abbrüchen zwischen 2014 und 2021 zurückgegangen ist, um neun beziehungsweise acht Prozentpunkte. Die Umfrageergebnisse zeigen auch, dass absolute Abbruchsgegner*innen in allen Staaten nur eine sehr kleine Minderheit darstellen.

Abbildung 1: Einstellungen zu Schwangerschaftsabbrüchen[83]



Quelle: Ipsos Public Affairs 2021

Kumar et al. (2009) weisen mit Blick auf die Stigmatisierung von Abbrüchen darauf hin, dass Ausgrenzungen immer bestehende Machtverhältnisse und Ungleichheiten reflektieren. Im Fall von Abbrüchen geht es insbesondere um Fragen der Geschlechtergleichstellung. Es zeigt sich, dass SCHWEDEN und die NIEDERLANDE im europäischen Vergleich bei der **Geschlechtergleichstellung** im Allgemeinen weit oben stehen: SCHWEDEN liegt für 2022 mit 83,9 Punkten an erster Stelle des vom Europäischen Institut für Gleichstellungsfragen veröffentlichten Gleichstellungsindex[84]. Die NIEDERLANDE stehen mit 77,3 Punkten an dritter Stelle. FRANKREICH und SPANIEN erreichen ähnliche Werte (75,1 Punkte beziehungsweise 74,6 Punkte). DEUTSCHLANDS Gleichstellungsindex für 2022 ist mit 68,7 Punkten im Vergleich mit den hier diskutierten Staaten am niedrigsten. Obwohl ein guter Zugang zu sicheren Abbrüchen häufig als wichtiger Aspekt von Geschlechtergleichstellung gesehen wird, sind diese Regelungen nicht Teil des Indexes. In der Forschung wird jedoch durchaus auf einen Zusammenhang zwischen generellen Einstellungen zur Geschlechtergleichstellung und der Gesetzeslage zu Abbrüchen verwiesen: Stärkere Geschlechtergerechtigkeit und erleichterte Zugänge zu Abbrüchen gehen meist einher (Henry et al. 2022). Auch bei den hier betrachteten Umfrageergebnissen reflektieren mehrheitlich liberalere Einstellungen gegenüber Abbrüchen das Ranking im Gleichstellungsindex, etwa mit der hohen Platzierung von SCHWEDEN und den NIEDERLANDEN und den entsprechenden Zustimmungswerten.

[83] Angabe „Ich weiß es nicht“ nicht dargestellt.

[84] Der Index führt Zahlen aus den Bereichen Arbeitswelt, Geld, Macht, Wissen, Gesundheit, Zeit und Gewalt zu einem allgemeinen Indikator der Gleichstellung zusammen: https://eige.europa.eu/gender-equality-index/2022

Exkurs: reproduktive Gerechtigkeit und unerwünschte Elternschaft

Das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit betont, dass Fortpflanzung von bestimmten Gruppen politisch und gesellschaftlich unerwünscht sein kann (Schultz 2021). Diese Gruppen erleben mehrfache Diskriminierungen (intersektionale Diskriminierung), wenn sie ihre reproduktiven Rechte wahrnehmen wollen, etwa Rassismus, Adultismus (Diskriminierung von Kindern)[85], Ableismus (Behindertenfeindlichkeit)[86] oder Queerfeindlichkeit. Diese Diskriminierungsformen finden im Kontext existierender Machtstrukturen statt.

Das Recht einer freien Entscheidung für Elternschaft wird insbesondere für **People of Colour** eingeschränkt. Gründe hierfür sind sozioökonomisch (geringe finanzielle Mittel und Prekarisierung), institutionell (etwa Diskriminierung im Gesundheitssystem, welche sich zum Beispiel in einer höheren Sterblichkeit von gebärenden Personen bei People of Colour (vgl. für FRANKREICH und die NIEDERLANDE Diguisto et al. 2022) oder der Erhebung der „migrantischen Geburtenrate“ (Schultz 2021) zeigt) und diskursiv (etwa wenn von „zu hoher migrantischer Fruchtbarkeit“ gesprochen wird (vgl. auch Netzwerk Reproduktive Gerechtigkeit 2019; Schultz 2021)).

Jugendliche Schwanger- und Elternschaft gilt von staatlicher und gesellschaftlicher Seite häufig als unerwünscht (Cadena et al. 2016; Ellis-Sloan 2014), da Jugendlichen Entscheidungsfähigkeit, Reife und Weitsicht abgesprochen wird.[87] Eine empirische Studie aus SCHWEDEN etwa zeigt, dass das Umfeld von schwangeren Jugendlichen häufig großen Druck auf die schwangere Person ausübte, sodass eine Entscheidung für Elternschaft kaum noch stattfinden konnte (Ekstrand et al. 2009). Aus Perspektive der reproduktiven Gerechtigkeit wäre es hier wichtig, Jugendlichen gesicherte Informationen über die möglichen Risiken einer frühen Schwangerschaft (im Rahmen einer inklusiven und schamfreien Sexualaufklärung) sowie diskriminierungsfreie Zugänge zu Verhütungsmethoden für alle Altersgruppen (HBS 2023) zu ermöglichen, während Entscheidungen für Elternschaft respektiert werden sollten.

Menschen mit Behinderungen wird die Fähigkeit zur Elternschaft häufig pauschal aberkannt und ihre Elternschaft gilt als nicht gewollt (Zinsmeister 2017). Zudem wird eine potentielle Vererbung von Behinderungen als unerwünscht empfunden. Zwangssterilisierungen und -abbrüche stellen hierbei die massivsten Einschnitte in die Menschenrechte von Menschen mit Behinderungen dar. Aber auch die Gabe von Langzeitverhütungsmitteln – etwa die dreimonatige Injektion, die disproportional viele Menschen nutzen, die in Betreuungseinrichtungen für Menschen mit Behinderungen leben,– zeigt aufgrund der langfristigen Nebenwirkungen weitere Herausforderungen mit Blick auf reproduktive Gerechtigkeit für Menschen mit Behinderungen (ebd. 2017).

---

[85] Siehe auch https://awo.org/devi-themenblatt-adultismus

[86] Siehe auch https://www.aktion-mensch.de/dafuer-stehen-wir/was-ist-inklusion/ableismus

[87] https://awo.org/devi-themenblatt-adultismus

Angebote im Bereich der reproduktiven Gesundheitsversorgung sind selten queersensibel. Das heißt **LGBTIQ*-Personen** sind häufig mit nicht inklusiver Sprache und Diskriminierungen konfrontiert (vgl. auch Depping / Osterkamp 2022, National LGBTIQ Taskforce 2017; Queermed o. J.). Ihr Recht darauf, frei zu entscheiden, ob und wann eigene Kinder geboren werden, sowie die Rechte auf Information (und Bildung), auf Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung und auf Privatsphäre werden eingeschränkt. Dieser Umstand wiegt umso schwerer, wenn vorangegangene Menschenrechtsverletzungen noch nicht aufgearbeitet sind, etwa die oben genannten Zwangssterilisierungen von trans* Personen (siehe Kapitel 2.1 und Fußnote 34). Auch der (teils historische, teils weiterhin bestehende) Ausschluss von LGBTIQ*-Personen und Paaren vom Zugang zu assistierter Reproduktion, Adoptionen und Anerkennung von Elternschaft zeigt weitere Achsen der Diskriminierung für diese Gruppen auf (Lange 2022).

Historisch hat in Europa insbesondere die **katholische Kirche** ihren Einfluss geltend gemacht, um Abbrüche zu illegalisieren und zu verhindern (Marques-Pereira 2023). Das Konzept der „Sünde“ ist zentral für das Stigma um Abbrüche (Sorhaindo / Lavelanet 2022). Christliche Vorstellungen sind wichtige Elemente in der Ideologie von Abbruchsgegner*innen.[88] Religion spielt in den fünf hier betrachteten Staaten eine sehr unterschiedliche Rolle. Nach dem Eurobarometer identifizierten sich 2020 in SCHWEDEN nur 19 Prozent als religiös, in den NIEDERLANDEN (40 %), FRANKREICH (40 %) und DEUTSCHLAND (35 %) sind es deutlich mehr. SPANIEN hat mit Abstand den höchsten Wert, hier identifizieren sich noch 64 Prozent als religiös (Becuwe / Baneth 2021: 66). Damit unterschreiten diese Angaben diejenigen zu den zuvor dargestellten ablehnenden Einstellungen zum Abbruch. Dies könnte darauf hinweisen, dass es viele Menschen gibt, die sich als religiös verstehen, und Abbrüche dennoch akzeptieren, allerdings wäre der Einbezug genauer Erhebungen dazu nötig, da die Angaben aus unterschiedlichen Studien stammen.

Eine (unterschiedlich) große Mehrheit der Bevölkerung befürwortet ein Recht auf Abbrüche. Gleichzeitig schreibt sich die Stigmatisierung des Themas fort und hat weitreichende negative Folgen für den Schutz der Menschenrechte von schwangeren Personen. Während sich die Platzierung der Staaten beim Gleichstellungsindex mit dem Liberalisierungsgrad bei Abbrüchen weitestgehend deckt, sind die Verknüpfungen mit Religiosität nicht eindeutig. Das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit lenkt zudem den Fokus auf vulnerable Personengruppen, die Diskriminierung intersektional erleben und deren Schwanger- und Elternschaften stigmatisiert werden (siehe die Infobox zu reproduktiver Gerechtigkeit und unerwünschter Elternschaft).

[88] Zur Anti-Gender-Bewegung im Allgemeinen und zur Abbruchsgegner*innen-Bewegung im Besonderen siehe auch detailliert Lange 2023.

4.3 Daten und menschenrechtliche Relevanz

Der menschenrechtsbasierte Ansatz der Weltgesundheitsorganisation und die daraus abgeleiteten Prinzipien der reproduktiven Gerechtigkeit unterstreichen, wie wichtig der Zugang zu Abbrüchen für die Wahrung der Menschenrechte von schwangeren Personen ist (siehe Kapitel 2).

Welche Folgen ein fehlender Zugang zu Abbrüchen hat, verdeutlicht eine Studie aus den USA mit schwangeren Personen, denen ein Abbruch verwehrt wurde: In der „Turnaway Study" der Universität San Francisco wurden über fünf Jahre hinweg etwa 1.000 Personen, die Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch aufgesucht haben, regelmäßig befragt. Hier wurden Frauen[89], denen ein Zugang zu einem Abbruch gewährt wurde, mit Frauen, denen ein Zugang (etwa aufgrund der Überschreitung von Fristen) verwehrt wurde, verglichen. **Zentrales Ergebnis der Studie ist, dass der Umstand, keinen Abbruch vornehmen lassen zu können, obwohl er gewünscht ist, zu negativen Auswirkungen unterschiedlichster Art führt**. So hatten Personen, die eine Schwangerschaft gegen ihren Willen austragen mussten, ein vierfach erhöhtes Risiko, später unter der Armutsgrenze zu leben; sie verblieben eher in gewalttätigen Beziehungen und hatten seltener Pläne für ihr späteres Leben. Sie berichteten häufiger von gesundheitlichen (teilweise chronischen) Problemen. Auch für bereits vorhandene Kinder und die „ungewollt" ausgetragenen Kinder wurden teils schwerwiegende (ökonomische und psychologische) Konsequenzen beobachtet. Zwei der Personen, denen ein Abbruch verweigert wurde, starben bei der Geburt – angesichts einer durchschnittlichen Gebärendensterblichkeit von 1,7 pro 100.000 Frauen in den USA eine überraschend hohe Zahl (Greene Foster 2021). Was nicht bestätigt werden kann, ist eine höhere Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Depressionen, Angststörungen oder anderen psychischen Problemen nach einem Schwangerschaftsabbruch (Greene Foster 2021; Advancing New Standards In Reproductive Health / University of California o. J.). Die Studie zeigt empirisch, dass der Zugang zu legalen und sicheren Schwangerschaftsabbrüchen unabdingbar ist, wenn die Gesundheit und die Rechte von schwangeren Personen im Fokus stehen sollen.

Entsprechend werden die folgenden statistischen Daten zu Abbrüchen unter der Leitfrage betrachtet: **Was können uns offizielle Zahlen im Ländervergleich dazu sagen, wie Staaten Zugänge zu Abbrüchen gewährleisten und damit Menschenrechte schützen?** Dabei wird insbesondere auf Probleme eingegangen, die mit der Erhebung, Vergleichbarkeit und Interpretierbarkeit dieser Zahlen einhergehen. Im Folgenden werden Informationen zur Häufigkeit von Abbrüchen (wie oft?), Zeitpunkt des Abbruchs (wann?), Indikation (warum?) und Abbruchmethoden (wie?) erläutert. Die aufgeführten Daten und ihre Quellenangaben finden sich in Anhang III.

4.3.1 Wie oft? – Offizielle Zahlen und Dunkelziffer

Die **absoluten Zahlen** von durchgeführten Abbrüchen hängen von der Größe und Altersstruktur der Bevölkerung ab und sind entsprechend kaum aussagekräftig für einen Ländervergleich.

[89] Die Autorin hatte in der Ausschreibung nur Frauen als Teilnehmerinnen angesprochen, nicht-binäre Menschen und trans* Männer sind entsprechend im Sample nicht enthalten.

Im Jahr 2021 wurden in FRANKREICH in absoluten Zahlen mit 208.200 die meisten Schwangerschaftsabbrüche erfasst, DEUTSCHLAND berichtete 94.596 Abbrüche, SPANIEN 90.189, SCHWEDEN 33.578 und die NIEDERLANDE 30.934.

Es ist aufgrund der unterschiedlichen Bevölkerungsgröße sinnvoller, die **Schwangerschaftsabbruchrate** (abortion rate) zu vergleichen, welche die Anzahl von Abbrüchen pro 1.000 Frauen im Alter von 15 bis 44 beziehungsweise 49 Jahren innerhalb eines Jahres anzeigt. Dabei zeigt sich, dass die Abbruchraten 2021 zwischen fünf und 18 Promille liegen.[90] SCHWEDEN hat eine Abbruchrate von 18 pro 1.000 Frauen im Alter von 15–49, FRANKREICH 14,9 (dieselbe Altersspanne), SPANIEN 10,7 (Altersspanne 15–44 Jahre), die NIEDERLANDE 8,7 (15–45 Jahre) und DEUTSCHLAND 5,6 (15–49 Jahre).

Die **Schwangerschaftsabbruchproportion** (abortion ratio) zeigt ein ähnliches Bild. Sie zeigt das Verhältnis von ausgetragenen zu abgebrochenen Schwangerschaften und damit die Wahrscheinlichkeit eine Schwangerschaft abzubrechen (Thomson-DeVaux / Munguia 2015): Im Jahr 2019 ist das Verhältnis von Abbrüchen zu Geburten in FRANKREICH und SCHWEDEN jeweils ein Abbruch auf drei Geburten, in SPANIEN 1:4, in den NIEDERLANDEN 1:6 und in DEUTSCHLAND 1:8.

Auch der **Anteil von gemeldeten Abbrüchen bei ungeplanten Schwangerschaften**[91] ist in DEUTSCHLAND deutlich niedriger als in anderen Staaten: In FRANKREICH werden die Hälfte ungeplanter Schwangerschaften beendet, in SCHWEDEN knapp die Hälfte (48 %), in SPANIEN 43 Prozent, in den NIEDERLANDEN 41 Prozent und in DEUTSCHLAND hingegen nur 27 Prozent.

Die bis hierhin genannten Kennzahlen berechnen sich aus offiziell gemeldeten Abbrüchen. Statistiker*innen, die sich mit dem Thema befassen, weisen allerdings auf die Rolle der **Dunkelziffer** hin. Als allgemeine Ursachen für Unterberichterstattung – selbst in Staaten, in denen Abbrüche offiziell registriert werden – gelten unterschiedliche Berichterstattungspraxen, Stigmatisierung und Abbrüche außerhalb des formalen Gesundheitssystem (Popinchalk et al. 2021). Als mögliche Einflussfaktoren für die Dunkelziffer werden untenstehend erstens Probleme bei der Berichterstattung (Kapitel 4.3.1.1), zweitens Abbrüche im Ausland (Kapitel 4.3.1.2) und drittens illegale Abbrüche (Kapitel 4.3.1.3) diskutiert.

---

[90] Da Quellen mit einheitlichen Gruppierungen nicht für alle Staaten Daten aufweisen, werden die nationalen Statistiken mit dem Vorbehalt verwendet, dass die Spannen der Altersgruppen unterschiedlich sind. Die unterschiedlich gefassten Altersgruppen erschweren die Vergleichbarkeit, da in der Altersgruppe 45-49 von weniger Schwangerschaften und daher weniger Abbrüchen auszugehen ist – in Deutschland etwa waren 2021 nur 0,6 Prozent aller Abbrechenden in der Altersgruppe 45–50 (Destatis 2022a: 21). Dementsprechend wird die Abbruchrate für Staaten, welche die größere Altersgruppe (bis 49) miteinbeziehen nach unten, für Staaten mit der kleineren Altersgruppe (bis 44 oder 45) nach oben verzerrt.

[91] Allerdings gibt es auch hier allgemeine konzeptionelle und methodologische Probleme beim Vergleich von ungeplanten Schwangerschaften: Ein zentrales Problem ist, dass die Zahlen meist auf Umfragen basieren, die gebärende Personen befragen, nachdem die Geburt schon stattgefunden hat. Die zeitliche Verschiebung und die mögliche Existenz eines Kindes verzerren oder verklären hierbei möglicherweise die Angabe von ursprünglichen Gedanken und Gefühlen zur Schwangerschaft. Dazu kommen Definitions- und Interpretationsunterschiede bei den Begrifflichkeiten, kulturelle Unterschiede und Konnotationen, komplexe Beziehungen zu möglichen Partner*innen und Ambivalenzen und Widersprüchlichkeit bei der Beabsichtigung oder Wünschen der schwangeren oder gebärenden Personen selbst (Santelli et al. 2003).

Infobox: Zugang zu Verhütungsmitteln

Der European Contraception Policy Atlas (EPF 2023) dokumentiert die Politik europäischer Staaten zu Verhütung entlang von drei Kategorien: 1. Zugang zu Verhütungsmitteln, 2. Zugang zu Beratung und 3. Zugang zu Online-Informationen und rankt die Staaten auf einer Skala von 0 bis 100 Prozent. SCHWEDEN erreicht hier 93,2, die NIEDERLANDE 82,9, FRANKREICH 81,1, DEUTSCHLAND 75,1 und SPANIEN 69,7 Prozent.

In FRANKREICH ist die **Versorgung mit Verhütungsmitteln** über das nationale Gesundheitssystem sehr weitreichend abgedeckt und in den NIEDERLANDEN, SCHWEDEN und SPANIEN in geringerem Maße vorhanden. In DEUTSCHLAND werden die Kosten generell nicht übernommen[92].

In allen Staaten haben Personen einen guten **Zugang zu Beratungsangeboten** zu Verhütungsmitteln. Die Staaten stellen **Onlineinformationen zu verschiedenen Formen von Verhütungsmitteln**, wie man sie erhalten kann und was sie kosten, ähnlich gut bereit (ebd.).

Allerdings finden Menschen, die keine oder wenig Kenntnisse in der jeweiligen Landessprache haben, es dennoch häufig schwierig, Beratung und Informationen zu bekommen (Holten et al. 2021). Auch im Bereich Verhütungsmittel ist ein queersensibler Zugang wichtig (National LGBTIQ Taskforce 2017).

4.3.1.1 Probleme bei der Berichterstattung

Mit Blick auf die proportional niedrige Zahl an registrierten Abbrüchen aus DEUTSCHLAND ist zu vermuten, dass die bestehende Berichterstattungspraxis Verbesserungspotenziale birgt. Die Erhebungspraxis ist seit 1996 größtenteils konstant, Inhaber*innen von ärztlichen Praxen und Leiter*innen von Krankenhäusern, in denen Abbrüche durchgeführt werden, sind verpflichtet, durchgeführte Abbrüche zu melden. Die Erhebung erfolgt digital zum Ende jedes Quartals (Destatis 2022a). Die Bundesstatistik beinhaltet keine Schätzungen oder Hochrechnungen, da aufgrund der Auskunftspflicht sowie der Überprüfung des Berichtskreises von einer Totalerhebung ausgegangen wird. „Trotz intensiver Recherchen seitens der Fachabteilung können Fehler, die durch eine falsche oder unvollständige Erfassungsgrundlage bedingt sind, nicht völlig ausgeschlossen werden“ (ebd.: 5). Der österreichische Abbruchexperte und Gynäkologe Christian Fiala etwa kritisierte 2017, dass die Berichte von Ärzt*innen nicht mit anderen Daten, zum Beispiel Kostenübernahme durch Krankenkassen und Bundesländer gegengeprüft werden[93] (Mengersen 2017).

[92] DEUTSCHLAND und die NIEDERLANDE bieten besondere finanzielle Unterstützung für unter 19-Jährige, SCHWEDEN und FRANKREICH für unter 25-Jährige an. In FRANKREICH, den NIEDERLANDEN und SPANIEN gibt es Programme, um geringverdienende und arbeitslose Personen bei der Verhütung finanziell zu unterstützen, in DEUTSCHLAND und SCHWEDEN hingegen nicht. Innerhalb dieser Unterstützungsprogramme haben in allen Staaten – außer den NIEDERLANDEN – Menschen auch Zugang zu umkehrbaren Langzeitverhütungsmitteln.

[93] Herausforderungen für dieses Vorgehen in Deutschland ist allerdings die Tatsache, dass sowohl den Bundesländern als auch den gesetzlichen Krankenkassen eine Verjährungsfrist von vier Jahren zusteht (GKV et al. 2022). Erstattungen sind deshalb nicht kalenderjahrgenau, was den Abgleich mit gemeldeten Zahlen erschwert.

Zudem gibt es Hinweise, dass sich die strafrechtliche Einbettung von Abbrüchen und die dadurch intensivierte Stigmatisierung auf die Meldepraxis durchführender Ärzt*innen auswirken könnte. So berichten deutsche Patient*innen, dass Ärzt*innen zögerlich waren, den Wunsch eines Abbruches in der Patient*innenakte zu registrieren (Zanini et al. 2021). Befragungen von Mediziner*innen unterstreichen die Rolle von Tabu und Sprachlosigkeit (Baier et al. 2019). Besonders Studierende der Medizin äußerten, dass sie sich mehr Lehrinhalte zum Thema wünschen. Ärzt*innen gaben mehrheitlich an, dass sie das Thema als „emotional aufgeladen, teils belastend und konfliktträchtig auf persönlicher und gesellschaftlicher Ebene" empfänden (ebd.: o. S.). Die lange Zeit durch das „Werbeverbot" (§219a) (siehe Kapitel 4.1.1.6) bedingte mangelhafte Informationslage" und die damit verbundene rechtliche Unsicherheit für Mediziner*innen haben ebenfalls zur Stigmatisierung beigetragen (Bomert 2022). Seit der Aufhebung des Paragraphen im Jahr 2022 geht die bessere Informationsbereitstellung nur langsam voran.[94]

Infobox: Französische und schwedische Datenerhebungspraxis

Die FRANZÖSISCHE Datenqualität zu Abbrüchen wird als besonders gut gewertet. Hier werden die Daten der Krankenkassen, welche die Kosten für alle Abbrüche übernehmen, mit den Krankenhausstatistiken und den Meldungen der Ärzt*innen abgeglichen (Mengersen 2017). Dieser Datenabgleich liefert ein verlässliches Bild.

In SCHWEDEN werden die Abbruchdaten seit 2014 nicht mehr mit Einrichtungen verknüpft, in denen der Abbruch stattfindet, um die Anonymität der abbrechenden Personen sicherzustellen. Allerdings ist eine Nachverfolgung von Komplikationen und langfristigen Folgen dadurch unmöglich (Söderlund-Leifler 2015). Hier wird das Recht der abbrechenden Personen auf Privatsphäre vor anderen Erwägungen priorisiert.

4.3.1.2 Abbrüche im Ausland

Das Umgehen der Gesetze durch Reise in ein anderes Land oder eine andere Region, in denen Gesetze weniger restriktiv sind oder gehandhabt werden, wird auch euphemistisch als „Abbruchtourismus" bezeichnet. In Europa reisen schwangere Personen für einen Abbruch insbesondere in die NIEDERLANDE. Als einer der häufigsten Gründe wird angegeben, dass die Frist im eigenen Land verstrichen ist, zum Teil weil die Suche nach einer Einrichtung für den Abbruch oder andere Restriktionen zu viel Zeit in Anspruch genommen hat (Zordo et al. 2021).

In den NIEDERLANDEN ist etwa bekannt, dass 9,51 Prozent aller gemeldeten Abbrüche bei schwangeren Personen aus dem Ausland durchgeführt werden, während dieser Anteil in SPANIEN (1,45 %), DEUTSCHLAND (0,6 %), oder FRANKREICH (0,06 %) deutlich geringer ist. SCHWEDEN erhebt diese Daten nicht. Etwa ein Drittel der gemeldeten Abbrüche von Ausländer*innen

[94] Das Teilprojekt Psychosoziale Versorgung des ELSA-Projekts (Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung) beschäftigt sich mit digitalen Informationsmöglichkeiten: https://www.hs-merseburg.de/hochschule/information/neuigkeiten/details/forschungsprojekt-elsa-erfahrungen-und-lebenslagen-ungewollt-schwangerer-angebote-der-beratung-und-versorgung-teilprojekt-psychosoziale-versorgung-elsa-pv/

in den NIEDERLANDEN nehmen DEUTSCHE in Anspruch (IGJ 2022a), die entsprechend in der deutschen Statistik fehlen.[95] Unter anderem nach Einschätzung eines niederländischen Arztes, der selbst Abbrüche im zweiten Trimester durchführt, reisen besonders schwangere Personen im zweiten Trimester für einen Abbruch in die NIEDERLANDE (Willems 2001: 20).[96] In einer qualitativen Studie zu schwangeren Personen in mehreren europäischen Staaten, die für einen Abbruch ins Ausland gereist sind, berichten unter anderem Teilnehmer*innen aus DEUTSCHLAND von einer schlechten Informationslage und restriktiver rechtlicher Regelungen beim Zugang zu Abbrüchen im eigenen Land (Zanini et al. 2021).

4.3.1.3 Illegale Abbrüche

Illegale Abbrüche sind schwer zu erheben. Zunächst ist unklar, inwiefern Strafverfolgungsorgane die Gesetze durchsetzen und in welchem Umfang illegale Schwangerschaftsabbrüche überhaupt gemeldet werden. Für DEUTSCHLAND und SPANIEN sind Fälle von strafrechtlicher Verfolgung und Verurteilung festgehalten (siehe Abbruchraten und weitere Daten zu reproduktiver Gesundheit). Während für Staaten, in denen Abbrüche ganz verboten sind, Abbruchsraten mit Hilfe verschiedener Indikatoren in Studien modelliert werden (Sedgh / Keogh 2019), wird für Staaten, in denen es offizielle Zahlen gibt, meist keine solche Modellrechnung unternommen. Die Tatsache, dass schwangere Personen aus DEUTSCHLAND aber auch FRANKREICH ins Ausland reisen (Zanini et al. 2021; Batistel / Muschotti 2020) zeigt allerdings, dass nicht alle Personen, die einen Abbruch wollen oder brauchen, ihn im Rahmen der regulären Gesundheitsversorgung in ihrem jeweiligen Land erhalten.

Zudem hat die kanadische Organisation Women on Web, die medikamentöse Abbrüche außerhalb des regulären Gesundheitssystems anbietet, eigene Daten dazu erhoben, warum schwangere Personen in DEUTSCHLAND, den NIEDERLANDEN oder FRANKREICH das Angebot der telemedizinisch begleiteten Abbruchspille per Post nutzen (Atay et al. 2021; Killinger et al. 2022; Women on Web o. J.; Holten et al. 2021). Diese Abbrüche außerhalb des nationalen Gesundheitssystems sind illegalisiert, da sie nicht unter den in der jeweiligen Gesetzgebung vorgesehenen Bedingungen (etwa in bestimmten Einrichtungen, unter Einhaltung der Beratungspflicht und Wartezeit) stattfinden. Die Studien zeigen, dass es einen Bedarf an „diskreten“ Abbrüchen außerhalb des nationalen Gesundheitssystems gibt. Die betroffenen schwangeren Personen schildern Situationen von häuslicher Gewalt, erschwertem Zugang durch Unversichertenstatus aufgrund von prekärer Aufenthaltserlaubnis, Tabu und Stigma oder eine weite Entfernung von praktizierenden Kliniken (Atay et al. 2021; Killinger et al. 2022; Holten et al. 2021).

---

[95] Laut IGJ (2022a) brachen 1.011 deutsche Personen im Jahr 2021 in den Niederlanden ihre Schwangerschaft ab.

[96] Nach einer älteren Aussage von Willems finden etwa 6.000 Abbrüche in den Niederlanden zwischen der elften und 20. Woche p.c. statt. Davon seien 1.200 Personen aus Deutschland (Willems 2001: 20). Der Ursprung der Zahlen und das Jahr auf, welches sich hier bezogen wird, konnte nicht nachvollzogen werden.

Exkurs: Nötigung zum Abbruch und reproduktive Kontrolle

Unter anderem in der Istanbul-Konvention (siehe auch Kapitel 2.2.1) ist die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches, ohne dass die schwangere Person ihre informierte Zustimmung gegeben hat, als „Zwangsabtreibung“ und damit als geschlechtsbezogene Gewalt definiert (Art. 39). In DEUTSCHLAND wurde 2021 in 37 Fällen ein Strafverfahren wegen 240 Abs. 4 Nr. 1 StGB, Nötigung einer Schwangeren zum Schwangerschaftsabbruch, abgeschlossen, in 15 Fällen kam es zu einer Verurteilung. Die Datenlage in den anderen Staaten lässt wenig Schlüsse zu, da diese den Straftatbestand nicht im Einzelnen in ihren Statistiken ausweisen. Es ist jedoch festzuhalten, dass auch in Staaten mit liberaleren Abbruchregelungen ein Abbruch ohne Zustimmung der schwangeren Person eindeutig als Straftat gilt.

Studien zu reproduktiver Kontrolle und Zwang betonen den psychischen Druck, den Täter*innen im Umfeld der schwangeren Person auf diese aufbauen, um sie zu einem Abbruch zu drängen und die Rolle, die Gewalt in Abbruchsentscheidungen der schwangeren Person selbst spielt (Grace / Anderson 2018).

Allerdings zeigen die Studien, dass reproduktive Kontrolle und Zwang häufiger zum Austragen einer ungeplanten oder ungewollten Schwangerschaft führt als zu Abbrüchen (ebd.). Diese Erkenntnis unterstreicht erneut die Notwendigkeit, den Zugang zu Abbrüchen zu erleichtern und verweist außerdem auf die dritte Dimension von reproduktiver Gerechtigkeit, also das Recht von Eltern und Kindern auf ein sicheres Umfeld, was den Schutz vor geschlechtsspezifischer und innerfamiliärer Gewalt einschließt.

4.3.2 Wann? – Zeitpunkt der Abbrüche

Abbrüche im ersten Trimester sind mit weniger medizinischen Komplikationen verbunden als Abbrüche im weiteren Verlauf der Schwangerschaft (Zane et al. 2015). Deshalb sollten Personen möglichst nicht durch gesetzliche Barrieren oder einen schlechten Zugang zu Einrichtungen darin behindert werden, eine Schwangerschaft möglichst frühzeitig abzubrechen.

Im Ländervergleich zeigt sich, dass insbesondere in SCHWEDEN, wo mit die längste Frist zum Abbruch gilt (siehe Kapitel 4.1.1.3), im Vergleich dennoch sehr viele Abbrüche in einem frühen Stadium der Schwangerschaft stattfinden (über 60 % fanden 2022 vor der 5. Woche p.c. statt, 2021 93,64 % bis zur 10. Woche p.c.).

Abgesehen von einem schlechten Zugang zu Einrichtungen können unterschiedliche Gründe dazu führen, dass schwangere Personen erst zu einem vergleichsweise späten Zeitpunkt in der Schwangerschaft einen Abbruch vornehmen lassen können oder möchten. Zum Teil werden Schwangerschaften erst spät bemerkt. Eine kurze gesetzliche Frist kann schwangere Personen entsprechend unter Druck setzen und in zeitliche Bedrängnis bringen. Dies führt zu den bereits genannten Folgen von Abbrüchen im Ausland, illegalen Abbrüchen oder dem Austragen der Schwangerschaft, obwohl Personen dies nicht wollten.

4.3.3 Warum? – Indikationen

Abbrüche auf Basis von Indikationen finden häufiger statt, wenn die Frist zum Abbruch auf Verlangen sehr kurz ist, wie in DEUTSCHLAND oder SPANIEN. Prozesse wie Beratungen oder offizielle Bescheinigungen, die bei der Feststellung einer Indikation eingehalten werden müssen, damit sich insbesondere das Gesundheitspersonal nicht strafbar macht, sind aufwändig und können den Abbruch noch weiter herauszögern. Insbesondere bei einer gesundheitlichen Gefahr für die schwangere Person können diese Prozesse eine Gefahr darstellen.

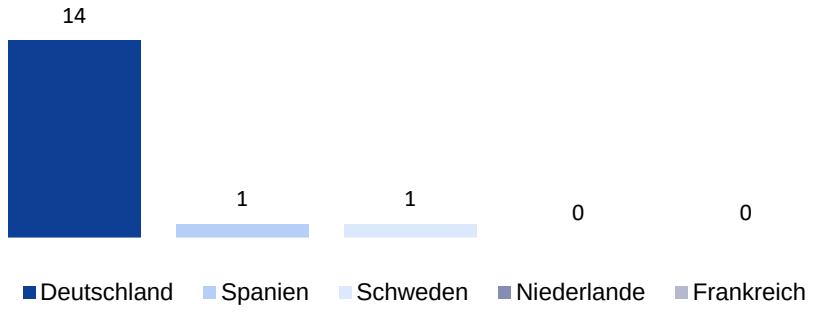
Der Vergleich der Daten zur Anzahl von gemeldeten Abbrüchen auf Basis von Indikationen zeigt, dass insbesondere die kriminologische Indikation, die in DEUTSCHLAND in 0,1 Prozent aller registrierter Abbrüche gemeldet wird, einen Sonderfall darstellt. In keinem der anderen Staaten wird ein Abbruch auf Basis einer Vergewaltigung oder eines anderen Sexualverbrechens in dieser Form geregelt. Es kann davon ausgegangen werden, dass viele Betroffene von sexueller Gewalt keinen Gebrauch von dieser Indikationslösung machen, da die Schilderung der Gewalt belastend sein kann. Gleichzeitig ist mit einer kriminologischen Indikation keine längere Frist verbunden, aber eine Kostenerstattung. Letztere bringt finanziell benachteiligte Personen in die Situation, Gewalt schildern zu müssen, um einen Abbruch durchführen lassen zu können, was an dieser Stelle einen schlechteren Zugang zu Abbrüchen für diese Gruppe bedeutet.

4.3.4 Wie? – (Unsichere) Methoden

Das Balkendiagramm (siehe Abbildung 2) basierend auf Ganatra et al. 2017 verdeutlicht, dass DEUTSCHLAND im Vergleich zu den anderen Staaten einen deutlich höheren Anteil unsicherer Abbrüche[97] verzeichnet. Dies liegt daran, dass weiterhin die Ausschabungsmethode verwendet wird. Die Ausschabungsmethode ist nach der Weltgesundheitsorganisation weniger sicher und deutlich schmerzhafter (WHO 2012: 41). Komplikationen wie schwere Blutungen, Infektionen oder Uterusperforation sind bei einer Kürettage zwei bis dreimal so häufig wie bei einer Vakuumaspiration (ebd.). Der unnötige Einsatz dieser Methode gefährdet die Gesundheit der schwangeren Person. Da operative Abbrüche teurer sind als medikamentöse, ist die Wahl der Methode ein wichtiger Kostenfaktor insbesondere in Staaten, in denen schwangere Personen die Kosten des Eingriffs selbst tragen müssen.

[97] Die Weltgesundheitsorganisation beschreibt Schwangerschaftsabbrüche als eine sichere und unkomplizierte medizinische Intervention, die effektiv medikamentös oder operativ in einer Vielzahl von Umgebungen durchgeführt werden kann. Komplikationen sind selten, wenn Abbrüche auf sichere Art und Weise durchgeführt werden. Medikamentöse Abbrüche haben den Zugang zu sicheren Abbrüchen deutlich verbessert, insbesondere dadurch, dass sie mit angemessenen Informationen und Beratung auch von der schwangeren Personen selbst zu Hause durchgeführt werden können (WHO 2022a: 20). Unsichere Abbrüchen sind mit illegalen Abbrüchen nicht gleichzusetzen. Ein medikamentöser Abbruch kann unter illegalisierten Bedingungen aus medizinischer Sicht vergleichsweise risikoarm durchgeführt werden (Guillaume et al. 2018: 280f.). Gleichzeitig können auch offiziell genutzte Methoden von der Weltgesundheitsorganisation als unsicher eingestuft werden.

Abbildung 2: Anteil unsicherer Schwangerschaftsabbrüche an allen Abbrüchen (in %)



Quelle: Ganatra et al. 2017b

Medikamentöse Abbrüche dagegen (siehe auch Kapitel 4.1.3.1) sind mit Blick auf die Rechte auf Gesundheit und körperliche Unversehrtheit sowie auf Privatsphäre und auf Nutzung des wissenschaftlichen Fortschritts förderlich. Wie oben mit Blick auf das Angebot von Women on Web diskutiert, haben schwangere Personen, die einen Abbruch vornehmen wollen, einen hohen Bedarf an Privatsphäre und Vertraulichkeit, etwa in Situationen häuslicher Gewalt, prekarisierter Aufenthaltserlaubnis oder Versicherungsstatus, aber auch infolge der Stigmatisierung von Abbrüchen (Atay et al. 2021; Holten et al. 2021; Killinger et al. 2022). Laut einer Studie schätzen trans* und nicht-binäre Patient*innen in den USA die Diskretion, die eine Einnahme an einem selbst gewählten Ort bietet (Moseson et al. 2021). In DEUTSCHLAND besteht hier noch kein flächendeckender Zugang (siehe Kapitel 4.1.3.1).

4.3.5 Zwischenfazit

Festzuhalten ist, liberalere gesetzliche Regelungen zum Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen bringen eine **verbesserte Datenlage** mit sich, da weniger Abbrüche illegal stattfinden, Personen seltener ins Ausland reisen müssen, um Abbrüche durchzuführen, und Stigmatisierungen schwächer wirken. Die FRANZÖSISCHE Datenqualität zu Abbrüchen wird als besonders gut gewertet. Hier werden die Daten der Krankenkassen, welche die Kosten für alle Abbrüche übernehmen, mit den Krankenhausstatistiken und den Meldungen der Ärzt*innen abgeglichen. Dieser Datenabgleich liefert ein verlässlicheres Bild als insbesondere in DEUTSCHLAND. Vergleichende Aussagen zur Häufigkeit von Abbrüchen in den unterschiedlichen Staaten sind aufgrund der Datenlage nur eingeschränkt möglich.

Es lässt sich darüber hinaus ausmachen, dass liberale Regelungen und lange gesetzliche Fristen mit einer Vielzahl **früherer Abbrüche** einhergehen, was für die schwangere Person ein geringeres gesundheitliches Risiko darstellt. Insbesondere in SCHWEDEN, wo mit die längste Frist für Abbrüche gilt, finden viele dieser in einem frühen Stadium der Schwangerschaft mit der medikamentösen Methode statt (96 % der Abbrüche); über 60 Prozent der Abbrüche fanden 2022 vor der fünften Woche p.c.; 93,64 Prozent fanden 2021 bis zur zehnten Woche p.c. statt.

Kurze Fristen und zeitaufwendige Indikationen können den Zugang zu Abbrüchen dagegen erschweren. Sie setzen schwangere Personen unter zeitlichen Druck und / oder drängen sie in die Illegalität oder zu Reisen ins Ausland (etwa in die NIEDERLANDE).

Auch die verfügbaren beziehungsweise genutzten Methoden zum Abbruch können ein Gesundheitsrisiko für die schwangere Person darstellen und sie in ihrer Selbstbestimmung einschränken. Im Vergleich mit den anderen Staaten ist darüber hinaus für DEUTSCHLAND der Einsatz von Ausschabungen / Kürettagen auffällig. Diese operative Methode wird weiterhin praktiziert, obwohl sowohl die Weltgesundheitsorganisation als auch nationale Leitlinien festhalten, dass sie zu vermeiden ist.

Staaten mit liberalerer Regelung sind besser in der Lage, die Menschenrechte von schwangeren Personen, die eine Schwangerschaft abbrechen wollen, zu gewähren und zu schützen. Die Rechte von Menschen, die das Eintreten und den Zeitpunkt ihrer Elternschaft frei entscheiden wollen, insbesondere das Recht auf Leben, Gesundheit, Privatsphäre, Information und Bildung, Gleichbehandlung und Nichtdiskriminierung, oder Nutzung des wissenschaftlichen Fortschritts, werden umgekehrt in restriktiveren Staaten auf struktureller und institutioneller Ebene verletzt und stärker eingeschränkt.

5 Zusammenfassung und Fazit

Die Möglichkeit, eine Schwangerschaft auf Wunsch abzubrechen, ist eine Grundvoraussetzung für reproduktive Selbstbestimmung und damit eine zentrale Voraussetzung für Geschlechtergleichstellung. Kriminalisierende und stigmatisierende Regelungen zu Schwangerschaftsabbrüchen verletzen die sexuellen und reproduktiven Rechte von Frauen sowie nichtbinären und trans* Personen, die schwanger werden können. Auf internationaler Ebene besteht eine klare menschenrechtliche Verankerung der Forderung nach einem Recht auf einen legalen und sicheren Schwangerschaftsabbruch. Ein ausformuliertes Recht auf einen Abbruch ist allerdings weder auf internationaler noch europäischer Ebene festgehalten. Als erster Staat in Europa unternimmt aktuell FRANKREICH Bemühungen, ein Recht auf Abbruch in der nationalen Verfassung festzuschreiben.

Dieser Ländervergleich liefert Ansatzpunkte, wie auf nationaler Ebene Regelungen und Zugänge zu Schwangerschaftsabbrüchen ausgestaltet werden können, sodass die Rechte und Gesundheit schwangerer Personen besser geschützt werden. Die Weltgesundheitsorganisation hat dazu bereits umfassende Empfehlungen festgehalten (WHO 2022a; Anhang I).

Folgende Erkenntnisse liefert der Ländervergleich zwischen DEUTSCHLAND, FRANKREICH, den NIEDERLANDEN, SCHWEDEN und SPANIEN:

Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen außerhalb des Strafgesetzes / keine Strafbarkeit von Abbrüchen

Abbrüche sind in SCHWEDEN (seit 1974) und FRANKREICH (seit 2016) nicht mehr im Strafgesetz, sondern im Gesundheits- beziehungsweise Sozialrecht geregelt. **Schwangere Personen** machen sich hier nicht strafbar, wenn sie gegen die gesetzlichen Regelungen zum Abbruch verstoßen. In den NIEDERLANDEN sind Abbrüche zwar im Strafgesetz geregelt, aber als Frist wird erst die Lebensfähigkeit des Fötus (22. Woche p.c.) außerhalb des Uterus der schwangeren Person angesetzt. Hier ist gesetzlich festgelegt, dass schwangere Personen, die gegen die gesetzlichen Regeln zum Abbruch verstoßen, sich nicht strafbar machen. Solange sich schwangere Personen durch einen Abbruch außerhalb der gesetzlich festgelegten Regeln strafbar machen können (DEUTSCHLAND und SPANIEN) – etwa, weil sie die gesetzliche Frist überschritten haben – kann sie das in Bedrängnis und Not bringen. Wenn sie auf legalem Weg keinen Abbruch mehr erhalten können, weichen Personen unter Umständen auf illegale und unsichere Abbrüche aus. Zum Teil reisen sie wegen zu kurzer Fristen ins Ausland, insbesondere in die NIEDERLANDE, was unter anderem eine finanzielle Belastung bedeutet.

Nicht nur schwangere Personen, auch das **Gesundheitspersonal** ist bei kriminalisierenden und restriktiven Regelungen damit konfrontiert, sich außerhalb eng begrenzter und in Teilen unklarer Vorgaben (siehe beispielsweise das erst 2022 in DEUTSCHLAND aufgehobene Verbot der „Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft“) strafbar zu machen. Das kann medizinisches Personal abschrecken, Abbrüche vorzunehmen und verschlechtert damit die **Versorgungslage**. Auch für die häufig noch unzureichende Berücksichtigung des Abbruchs in der **medizinischen Ausbildung**, ist dieser Umstand abträglich.

Neben der Gefahr einer Strafe ergibt sich aus einer Regelung in Strafgesetzen und der entsprechenden Formulierung eine **stigmatisierende Wirkung**, insbesondere für die schwangeren Personen selbst. Wichtig ist bei Anpassungen oder Neuregelungen, die Sprache der vorherigen Regelungen nicht in ein neues Gesetz zu übertragen, sondern der **Selbstbestimmung** der schwangeren Person durch eine entsprechende Formulierung ein besonderes Gewicht zu geben. SPANIENS Gesetz zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und über den freiwilligen Schwangerschaftsabbruch kann dabei Orientierung bieten – auch mit Blick auf die Inhalte der medizinischen Ausbildung, die laut Gesetzestext eine Wertschätzung von intersektionaler Geschlechtergleichstellung und Sensibilisierung gegenüber den besonderen Herausforderungen für vulnerable Gruppen beinhalten soll.

Weniger gesetzliche Einschränkungen

Eine **verpflichtende Beratung** und **Wartezeit** vor dem Abbruch wurden in SPANIEN 2023 und in FRANKREICH 2016 gestrichen. Somit werden diese von den untersuchten Staaten nur noch in DEUTSCHLAND und eingeschränkt in den NIEDERLANDEN gefordert. In den NIEDERLANDEN kann die Pflichtberatung (anders als in DEUTSCHLAND) von dem*der behandelnden Ärzt*in durchgeführt werden und die Wartezeit wird seit einer kürzlich in Kraft getretenen Reform von dem*der Ärzt*in und der schwangeren Person gemeinsam festgelegt oder gestrichen. Eine Pflichtberatung und Wartezeit können den Abbruch unnötig herauszögern und schwangere Personen wegen der gesetzlichen Frist in Bedrängnis bringen. Darüber hinaus bevormundet es schwangere Personen, indem es ihnen ihre Entscheidungsfähigkeit abspricht und sie damit in ihrer **Selbstbestimmung** einschränkt. Freiwillige Beratung wird in Staaten ohne verpflichtende Beratung vor dem Abbruch weiterhin angeboten. Ein rechtlicher Anspruch auf Beratung besteht beispielsweise in SCHWEDEN.

Die **Fristen** für einen Abbruch auf Verlangen liegen in den hier untersuchten Staaten zwischen 12 Wochen p.c. in DEUTSCHLAND und 22 Wochen p.c. in den NIEDERLANDEN: SPANIEN 12. Woche p.c. (2010 von 10 auf 12 Wochen erhöht), FRANKREICH 14. Woche p.c. (2022 von 12 auf 14 Wochen erhöht), SCHWEDEN 16. Woche p.c. Es zeigt sich, dass liberale Regelungen und lange gesetzliche Fristen mit einer früheren Durchführung von Abbrüchen einhergehen, was für die schwangere Person ein geringeres gesundheitliches Risiko darstellt. Insbesondere in SCHWEDEN, das mit 16 Wochen über eine lange Frist verfügt, finden viele Abbrüche in einem frühen Stadium der Schwangerschaft mit der medikamentösen Methode statt: Fast 94 Prozent der Abbrüche erfolgten dort im Jahr 2021 bis zur 10. Woche p.c. Da in den NIEDERLANDEN und in SCHWEDEN die Frist für den Abbruch auf Verlangen vergleichsweise lang ist, spielen dort die Abbrüche auf Basis von **Indikationen** eine deutlich geringere Rolle als beispielsweise in DEUTSCHLAND oder SPANIEN. Die Feststellung von Indikationen ist aufwendig und bindet im Vergleich mit einer längeren Zugangsmöglichkeit zu einem Abbruch auf Verlangen mehr personelle Kapazitäten.

Übernahme von Kosten

Bis auf DEUTSCHLAND übernehmen alle hier verglichenen Staaten die Kosten für Abbrüche: Für Einwohner*innen werden in FRANKREICH, den NIEDERLANDEN, SCHWEDEN und SPANIEN die

Kosten für Abbrüche auf Verlangen (und für Indikationen) von staatlicher Seite übernommen. In FRANKREICH ist ein Schwangerschaftsabbruch für alle Personen kostenfrei, auch für Personen ohne Versicherung oder ohne gültige Aufenthaltsgenehmigung. Gelten Abbrüche auf Verlangen als **reguläre Gesundheitsleistung** werden sie in der Krankenhaus- beziehungsweise Gesundheitsplanung berücksichtigt, was die Versorgungslage verbessert.

Anwendung des Rechts in der Praxis

Der Vergleich der Gesetzeslage zeigt, dass gesetzlich wenig einschränkende Regelungen von Abbrüchen – insbesondere außerhalb des Strafrechts – und die Übernahme von Kosten nicht alle möglichen Barrieren im Zugang beseitigen. Auch eine gesetzlich garantierte längere Frist bedeutet nicht zugleich, dass alle Anbieter*innen von Abbrüchen diese Möglichkeit in der Praxis umsetzen (siehe zum Beispiel FRANKREICH). Daher ist es bei einer etwaigen Gesetzesreform ebenso wichtig, die Umsetzung von Änderungen in der Praxis eng zu begleiten.

Dazu zählen insbesondere klare Regelungen im Hinblick auf die Möglichkeit für das medizinische Personal Abbrüche abzulehnen (**Gewissensklausel**), um die Versorgungslage weiterhin sicherzustellen. SCHWEDEN gibt als einziger Staat dem Gesundheitspersonal nicht die Möglichkeit, Schwangerschaftsabbrüche auf der Grundlage einer Gewissensklausel abzulehnen. SPANIEN versucht über ein Register zumindest Kenntnis darüber zu erhalten, wer Abbrüche verweigert. In FRANKREICH sind Ärzt*innen verpflichtet, Personen weiterzuleiten, wenn sie selbst einen Abbruch ablehnen. In Kontexten, in denen die Gewissensklausel besteht, scheint es also sinnvoll, ihre Anwendung zu beobachten und den Zugang zu Abbrüchen für schwangere Personen durch ergänzende Bestimmungen zu gewährleisten.

Abbruchsgegner*innen versuchen mitunter, durch Stören des Zugangs zu Beratungseinrichtungen und Abbruchkliniken schwangere Personen (und medizinisches Personal) an einem Abbruch zu hindern. In FRANKREICH und SPANIEN sind sogenannte **Gehsteigbelästigungen** verboten. Die gegenwärtige Bundesregierung in DEUTSCHLAND will diesem Phänomen ebenfalls wirksame gesetzliche Regelungen entgegensetzen. Das Gesetzgebungsverfahren hierzu wird aktuell vorbereitet.

Sichere Abbruchmethoden

Neben dem Zugang zu Abbrüchen unterscheiden sich die untersuchten Staaten in der Anwendung und Verfügbarkeit von Methoden zum Abbruch, was Konsequenzen für die Gesundheit der schwangeren Person haben kann.

Abbrüche mit **Ausschabungen / Kürettagen** finden in den untersuchten Staaten nur noch in DEUTSCHLAND statt und werden aufgrund ihres Gesundheitsrisikos von der Weltgesundheitsorganisation nicht mehr empfohlen. **Medikamentöse Abbrüche** machen in SCHWEDEN (96 %) und FRANKREICH (76 %) den Großteil der Abbrüche aus. Sie können in SCHWEDEN, FRANKREICH, und den NIEDERLANDEN nicht nur durch Ärzt*innen, sondern auch durch **weiteres Gesundheitspersonal** begleitet werden. In FRANKREICH sind sie komplett zu Hause möglich, was dem Wunsch nach Vertraulichkeit vieler Personen nachkommt.

Verbesserung der Datenlage

Liberale Regelungen zu Schwangerschaftsabbrüchen bringen eine verbesserte Datenlage mit sich, da weniger Abbrüche illegal stattfinden, Personen seltener ins Ausland reisen müssen, um Abbrüche durchzuführen, und Stigmatisierungen schwächer wirken. Die FRANZÖSISCHE Datenqualität zu Abbrüchen wird als besonders gut bewertet. Hier werden die Daten der Krankenkassen, welche die Kosten für alle Abbrüche übernehmen, mit den Krankenhausstatistiken und den Meldungen der Ärzt*innen abgeglichen. Eine valide Datenerhebung auf der Grundlage von erfolgten Abbrüchen als Gesundheitsleistung kann dazu beitragen, dass die Stigmatisierung von Abbrüchen abnimmt.

Der Ländervergleich zeigt: Insbesondere SCHWEDEN schafft für schwangere Personen einen effektiven Zugang zu Abbrüchen. Es besteht rechtliche Klarheit, dass Abbrüche vom Gesundheitspersonal nicht abgelehnt werden dürfen. Zudem gilt dort eine lange Frist – von den verglichenen Staaten machen nur die NIEDERLANDE Abbrüche noch länger möglich. Medikamentöse Abbrüche und der Abbruch zu Hause stehen zur Verfügung und auch weiteres Gesundheitspersonal kann Abbrüche anbieten. Darüber hinaus werden die Kosten für Abbrüche (für Einwohner*innen) übernommen. Die jüngsten Reformen in den bereits seit längerem sehr liberal aufgestellten NIEDERLANDEN und den sich erst kürzlich liberalisierenden Staaten FRANKREICH und SPANIEN zeigen, dass auch hier weitere Voraussetzungen für einen Abbruch wie verpflichtende Beratungen und Wartezeiten gestrichen wurden und schwangeren Personen damit mehr Selbstbestimmung zugestanden wird. Auch hat FRANKREICH, das bis 2022 die gleiche Frist wie DEUTSCHLAND bis zur 12. Woche p.c. gesetzt hatte, mittlerweile eine Anhebung der Frist auf die 14. Woche p.c. vorgenommen. SPANIENS Gesetz zu Abbrüchen aus dem Jahr 2023 formuliert neben dem Wegfall von Wartezeit und Beratungspflicht weitere Maßnahmen für eine bessere Versorgung bei Abbrüchen und darüber hinaus zur Förderung von sexueller und reproduktive Gesundheit und Geschlechtergleichstellung. Die Wirkung des Gesetzes kann aufgrund der kurzen Zeit seit Inkrafttreten nicht ausgemacht werden, doch die Ambitionen des Gesetzes sind positiv hervorzuheben.

Reproduktive Gerechtigkeit

Abschließend ist im Sinne einer menschenrechtlichen Perspektive zum Thema zu betonen, dass ein umfassendes Verständnis von **reproduktiver Gerechtigkeit** unerlässlich ist. Ein besonderer Fokus sollte auf den Bedürfnissen von vulnerablen Gruppen liegen wie Menschen in ländlichen Regionen, in finanziellen Notlagen, Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, von geschlechtsbezogener Gewalt betroffene Menschen, LGBTIQ*-Menschen, insbesondere trans* oder nicht-binäre Menschen, Menschen mit HIV, Menschen mit geringer Bildung, Menschen aus ethnischen oder religiösen Minderheiten, People of Colour und Menschen mit Fluchterfahrungen. Auch hier ist es wichtig, reproduktive Gesundheit und Rechte nicht auf den Zugang zu Abbrüchen zu verkürzen, sondern ein weitreichendes Verständnis von sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte zu Grunde zu legen. So sollte zielgruppensensible

und für vulnerable Gruppen inklusive Sexualaufklärung, Zugang zu Verhütungsmitteln und Beratung und Versorgung mit Abbrüchen sicher gestellt werden. Dabei ist wichtig, das Recht einzubeziehen, Kinder zu bekommen und sicher großziehen zu können (Ross 2017).

Aktuelle internationale (insbesondere USA) und europäische (insbesondere Polen und Ungarn) Entwicklungen zeigen, wie schnell und drastisch Rechte im Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit, Selbstbestimmung und Freiheit eingeschränkt werden können. Eine gerechte Gesellschaft, die Geschlechtergleichstellung umsetzen und (intersektionale) Diskriminierung bekämpfen will, muss die Rechte im Bereich von Sexualität und Reproduktion in besonderem Maße schützen und gewährleisten. Dazu gehören das Recht auf und der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen.

Literaturverzeichnis

ACAI – Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (2018): Estudio [Studie]. Percepciones de las mujeres que interrumpen su embarazo frente al hostigamiento de los grupos anti derechos / anti elección en las puertas de los centros acreditados para la IVE [Die Wahrnehmung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, hinsichtlich der Belästigung durch Anti-Rechts- / Anti-Choice-Gruppen an den Türen der zugelassenen Abbruchszentren.].

Achtelik, Kirsten (2019): Eingeschränkte Entscheidungsfreiheit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 69 (20): 27–29.

Advancing New Standards In Reproductive Health / University of California (o. J.): Factsheet: The harms of denying a woman a wanted abortion. Findings from the Turnaway Study.

Anić, Jadranka Rebeka (2021): Anti-Genderismus in Kroatien – Kontextbezogene Besonderheiten. In: Strube / Sahbaz, Cicek / Metze, Miriam / Hemet, Raphaela / Perintfalvi, Rita / Strube, Sonja A. (Hrsg.): Anti-Genderismus in Europa, Bd. 100. Edition Politik: transcript Verlag: 161–172.

Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. / Arbeitskreis Frauengesundheit e. V. / Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung / Doctors for Choice Germany e. V. / Prof. Dr. Ulrike Lembke / Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. / Institut für Angewandte Sexualwissenschaft / Hochschule Merseburg / Nationales Netzwerk Frauen und Gesundheit / pro familia Bundesverband e. V. / Public Health Zentrum Fulda (2021): Abschlusserklärung “150 Jahre § 218 Strafgesetzbuch“.

Atay, Hazal / Perivier, Helene / Gemzell-Danielsson, Kristina / Guilleminot, Jean / Hassoun, Danielle / Hottois, Judith / Gomperts, Rebecca / Levrier, Emmanuelle (2021): Why women choose at-home abortion via teleconsultation in France: drivers of telemedicine abortion during and beyond the COVID-19 pandemic. In: BMJ sexual & reproductive health 47 (4): 285–292.

Baier, Alicia / Behnke, Anna-Lisa / Schäfer, Philip (2019): Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus. Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch. Gunda Werner Institut/Heinrich-Böll-Stiftung.

Batistel, Marie-Noëlle / Muschotti, Cécile (2020): Rapport d’Information fait au nom de la Délégation aux droits des femmes et à l’égalité des chances entre les hommes et les femmes sur l’accès à l’interruption volontaire de grossesse (IVG) [Informationsbericht im Auftrag der Delegation für Frauenrechte und Chancengleichheit von Männern und Frauen zum Zugang zum freiwilligen Schwangerschaftsabbruch (IVG)]. Assemblée Nationale, no. 3343.

Bearak, Jonathan Marc / Popinchalk, Anna / Beavin, Cynthia / Ganatra, Bela / Moller, Ann-Beth / Tunçalp, Özge / Alkema, Leontine (2022): Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: a global comparative analysis of levels in 2015-2019. In: BMJ global health 7 (3): 1–10.

Becuwe, Nicolas / Baneth, Olivia (2021): Special Eurobarometer 508. Values and identities of EU citizens. October–November 2020.

Berthet, Valentine (2022): United in crisis: Abortion politics in the European parliament and political groups’ disputes over EU values. In: Journal of Common Market Studies 60 (6): 1797–1814.

Berthet, Valentine (2023): Spotlight on the political groups as gender equality actors. Struggles over issues of gendered violence in the European Parliament. Foundation for European Progressive Studies.

Bock, Jessica (2021): Schwangerschaftsabbruch in der SBZ / DDR. Deutsches Frauenarchiv.

Boland, Reed (2010): Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations. In: Reproductive Health Matters 18 (36): 67–89.

Bomert, Christiane (2022): Soziale Unterstützung und Informationsaneignung von ungewollt Schwangeren. In: Soziale Passagen 14 (2): 503–510.

Bredler, Eva Maria (2022): Spießrutenlauf für Schwangere. In: Verfassungsblog. 2022/9/08.

Bredler, Eva Maria / Chiofala, Valentina (2023): Für eine Zeitenwende im Abtreibungsrecht. Lektionen aus dem Rechtsvergleich. In: Verfassungsblog. 2023/2/08.

Bruhn, Eiken (2017): Die ungewollte Patientin. In: taz, 06.03.2017.

Budde, Emma T. (2015): Abtreibungspolitik in Deutschland. Ein Überblick. Springer VS.

Buijsen, Martin (2023): On interpretation and appreciation. A European human rights perspective on Dobbs. In: Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 32 (3): 323–336.

Bundestag – Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (1995): Beschlußempfehlung und Bericht des Ausschusses für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (13. Ausschuß) zu dem Entwurf eines Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (SFHÄndG) (Drucksache 1 3/1850 vom 28.06.1995).

Bundestag – Wissenschaftliche Dienste (2018): Der Schutz des ungeborenen Lebens in Deutschland. Sachstand (WD 7 - 3000 - 156/14).

Bundestag – Wissenschaftliche Dienste (2020): Zum Weigerungsrecht von Krankenhäusern, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen.

Burrell, Celia / Griffiths, Malcolm (2017): Changes in the abortion legislation in Ireland. The Protection of Life During Pregnancy Act 2013. In: BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology 124 (8): 1217.

Busch, Ulrike (2020): Familienplanung im Wandel. In: Voß, Heinz-Jürgen (Hrsg.): Die deutschsprachige Sexualwissenschaft. Bestandsaufnahme und Ausblick. Angewandte Sexualwissenschaft Band 28. Originalausgabe: Psychosozial-Verlag.

Cadena, Micaela / Rivera, Raquel Z. / Esparza, Tannia / Cadena, Denicia (2016): Dismantling teen pregnancy prevention. Young Women United.

CEDAW – Committee on the Elimination of Discrimination against Women (2015): General recommendation No. 33 on women's access to justice (CEDAW/C/GC/33).

Chavkin, Wendy / Swerdlow, Laurel / Fifield, Jocelyn (2017): Regulation of conscientious objection to abortion: An international comparative multiple-case study. In: Health and human rights 19 (1): 55–68.

Denkovski, Damjan / Bernarding, Nina / Lunz, Kristina (2021): Power over rights. Understanding and countering the transnational anti-gender movement. Centre for Feminist Foreign Policy, Volume I.

Depping, Melissa / Osterkamp, Robin Ivy (2022): Trans* und (un)gewollt schwanger? In: Rundbrief 48. Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen: 34–37.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2022a): Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche 2021. Fachserie 12, Reihe 3.

Destatis – Statistisches Bundesamt (2022b): Rechtspflege. Strafverfolgung 2021. Fachserie 10, Reihe 3.

DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (2022): Leitlinienprogramm Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon. AWMF-Registernummer 015-094, Leitlinienklasse S2k, Stand Dezember 2022.

Diguisto, Caroline / Saucedo, Monica / Kallianidis, Athanasios / Bloemenkamp, Kitty / Bødker, Birgit / Buoncristiano, Marta / Donati, Serena / Gissler, Mika / Johansen, Marianne / Knight, Marian / Korbel, Miroslav / Kristufkova, Alexandra / Nyflot, Lill T. / Deneux-Tharaux, Catherine (2022): Maternal mortality in eight European countries with enhanced surveillance systems: descriptive population based study. In: BMJ Clinical research 379: 1–10.

Dionisius, Sarah (2020): Zwischen trans* Empowerment und Cisnormativität: leibliches Elternwerden in Grenzbereichen. In: Peukert, Almut / Teschlade, Julia / Wimbauer, Christine / Motakef, Mona / Holzleithner, Elisabeth (Hrsg.): Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit. GENDER – Zeitschrift für Geschlecht, Kultur und Gesellschaft (Sonderheft 5): Verlag Barbara Budrich: 77–91.

DREES – Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (2022): Interruptions volontaires de grossesse: la baisse des taux de recours se poursuit chez les plus jeunes en 2021. Études et Résultats [Schwangerschaftsbbrüche auf Verlangen: Der Rückgang der Inanspruchnahme bei den Jüngsten setzt sich fort. Studie und Ergebnisse], no. 1241, Septembre 2022.

e*vibes – für eine emanzipatorische Praxis (2020): Zum Recht auf Abtreibung in den Niederlanden. Interview für weiterdenken. Heinrich Böll Stiftung Sachsen.

Ekstrand, Maria / Tydén, Tanja / Darj, Elisabeth / Larsson, Margareta (2009): An illusion of power: qualitative perspectives on abortion decision-making among teenage women in Sweden. In: Perspectives on sexual and reproductive health 41 (3): 173–180.

Ellis-Sloan, Kyla (2014): Teenage Mothers, Stigma and Their 'Presentations of Self'. In: Sociological Research Online 19 (1): 16–28.

Endler, Margit / Cleeve, Amanda / Sääv, Ingrid / Gemzell-Danielsson, Kristina (2020): How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events. In: International Journal of Gynecology & Obstetrics 150 (S1): 34–42.

Engelhardt, Uta (2022): Versorgungslage zum Schwangerschaftsabbruch – ausreichend oder gibt es weiße Flecken? In: Rundbrief 48. Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen: 14–16.

EPF – European Parliamentary Forum on Population and Development (2023): Contraception Policy Atlas Europe.

Escamilla Loredo, Maria Ixhel / Hollederer, Alfons (2023): Regionale Versorgungsunterschiede bei der Durchführung ambulanter oder stationärer Schwangerschaftsabbrüche in Krankenhäusern in Deutschland. Versorgungsatlas-Bericht 2/2023.

Familienplanung.de (o. J.): Lexikon. BzgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Fiala, Christian / Gemzell Danielsson, Kristina / Heikinheimo, Oskari / Guðmundsson, Jens A. / Arthur, Joyce (2016): Yes we can! Successful examples of disallowing 'conscientious objection' in reproductive health care. In: The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care 21 (3): 201–206.

Fontana, Sina (2021): Möglichkeiten gesetzlicher Neuregelungen im Konfliktfeld „Gehsteigbelästigungen". Rechtsgutachten im Auftrag des Gunda-Werner-Instituts für Feminismus und Geschlechterdemokratie.

Ganatra, Bela / Gerdts, Caitlin / Rossier, Clémentine / Johnson Jr, Brooke Ronald / Tunçalp, Özge / Assifi, Anisa / Sedgh, Gilda / Singh, Susheela / Bankole, Akinrinola / Popinchalk, Anna / Bearak, Jonathan / Kang, Zhenning / Alkema Leontine

(2017): Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. In: The Lancet 390 (10110): 2372–2381.

Gärtner, Debora / Lange, Katrin / Stahlmann, Anne – ISS e. V. (2020): Was der Gender Care Gap über Geld, Gerechtigkeit und die Gesellschaft aussagt. Einflussfaktoren auf den Gender Care Gap und Instrumente für seine Reduzierung. Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

Gilby, Lynda / Koivusalo, Meri / Atkins, Salla (2021): Global health without sexual and reproductive health and rights? Analysis of United Nations documents and country statements, 2014-2019. In: BMJ global health 6 (3): 1–10.

GKV-Spitzenverband / AOK-Bundesverband / BKK Dachverband e.V. / IKK e.V. / Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau / Knappschaft / Verband der Ersatzkassen e.V. (2022): Gemeinsames Rundschreiben vom 22.06.2022 zu Empfängnisverhütung, Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch (§§ 24a, 24b SGB V).

Grace, Karen Trister / Anderson, Jocelyn C. (2018): Reproductive Coercion: A Systematic Review. In: Trauma, violence & abuse 19 (4): 371–390.

Graff, Agnieszka / Korolczuk, Elżbieta (2022): Anti-gender politics in the populist moment. Routledge Studies in Gender, Sexuality and Politics. Routledge.

Greene Foster, Diana (2021): The Turnaway Study. Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having – or Being Denied – an Abortion. Scribner.

Guillaume, Agnès / Rossier, Clémentine / Reeve, Paul (2018): Abortion around the world. An overview of legislation, measures, trends, and consequences. In: Population 73 (2): 217–306.

Guttmacher-Lancet Kommission (2018): Fortschritt beschleunigen. Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte für alle.

Ha, Kien Nghi (2009): 'People of Color' als Diversity-Ansatz in der antirassistischen Selbstbenennungs- und Identitätspolitik. Heinrich Böll Stiftung.

Haller, Lisa Yashodhara / Schlender, Alicia (Hrsg.) (2021): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. Unter Mitarbeit von Antje Schrupp, Katharina Wolf, Alia Herz-Jakoby, Katrin Lange, Alisa Tretau, Annika Spahn et al.: Verlag Barbara Budrich.

HBS – Heinrich Böll Stiftung (2023): Reframing reproduction - Reproduktive Gerechtigkeit. Podcast.

HBS – Heinrich Böll Stiftung / GWI – Gunda Werner Institut (Hrsg.) (2022): Reproduktive Gerechtigkeit weltweit. Fokus Bevölkerungspolitik.

Henry, P. J. / Steiger, Russell L. / Bellovary, Andrea (2022): The contribution of gender equality to the coexistence of progressive abortion and sexual orientation laws. In: Sex Roles 86 (3-4): 263–281.

Hervey, Tamara / Banerjee, Tiyash (2023): Abortion rights in EU law: recent developments. In: BioLaw Journal (S1): 331–334.

HES – Hirschfeld-Eddy-Stiftung (Hrsg.) (2008): Die Yogyakarta-Prinzipien. Prinzipien zur Anwendung der Menschenrechte in Bezug auf die sexuelle Orientierung und geschlechtliche Identität. Schriftenreihe der Hirschfeld-Eddy-Stiftung Band 1.

Holten, Lianne / Goeij, Eva de / Kleiverda, Gunilla (2021): Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. In: Sexual and reproductive health matters 29 (1): 1–18.

Hoover, Elizabeth (2018): Environmental reproductive justice: intersections in an American Indian community impacted by environmental contamination. In: Environmental Sociology 4 (1): 8–21.

IGJ – Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, NL (2021): Jaarrapportage 2019 Wet afbreking zwangerschap (Wafz) [Jahresbericht 2019 Gesetz zur Beendigung der Schwangerschaft (Wafz)].

IGJ – Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, NL (2022a): Jaarrapportage 2021 Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap (Wafz): Bijlage [Jahresbericht 2021 Gesetz zur Beendigung der Schwangerschaft (Wafz): Anhang].

IGJ – Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, NL (2022b): Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap (Wafz) [Jahresbericht 2021 Gesetz zur Beendigung der Schwangerschaft (Wafz)].

IGJ – Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, NL (2022c): Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap (Wafz): Factsheet [Jahresbericht 2021 Gesetz zur Beendigung der Schwangerschaft (Wafz): Factsheet].

IPPF EN – International Planned Parenthood Federation European Network (2019): The IPPF EN Partner Survey: Abortion legislation and its implementation in Europe and Central Asia. Threats to women's and girls' reproductive health.

IPPF EN – International Planned Parenthood Federation European Network (2021): European Abortion Policies Atlas. September 2021.

Ipsos Public Affairs (2021): Global views on abortion in 2021.

Killinger, Kristina / Günther, Sophie / Gomperts, Rebecca / Atay, Hazal / Endler, Margit (2022): Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany: a mixed-methods study. In: BMJ sexual & reproductive health 48 (e1): e6-e12.

Klein, Laura / Wapler, Friederike (2019): Reproduktive Gesundheit und Rechte. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 69 (20): 20–26.

Kreitlow, Annika (o. J.): Abortion in Germany. What you should know. CFFP – The Centre for Feminist Foreign Policy.

Krolzik-Matthei, Katja (2019): Abtreibungen in der Debatte in Deutschland und Europa. In: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ) 69 (20): 4–11.

Kumar, Anuradha / Hessini, Leila / Mitchell, Ellen M. H. (2009): Conceptualising abortion stigma. In: Culture, health & sexuality 11 (6): 625–639.

Lange, Katrin (2022): Gleichstellung von Regenbogenfamilien. Handlungserfordernisse und Lösungsansätze in Deutschland sowie Einblicke in andere europäische Staaten. Arbeitspapier Nr. 23 der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa.

Lange, Katrin (2023): Selbstbestimmung unter Druck? Das Recht auf Schwangerschaftsabbruch in Europa. Dossier der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa.

Luna, Zakiya / Luker, Kristin (2013): Reproductive justice. In: Annual Review of Law and Social Science 9 (1): 327–352.

Maeffert, Jana / Tennhardt, Christiane (2023): Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. Gesetzeslage, Herausforderungen und aktuelle Entwicklungen unter Berücksichtigung der COVID-19-Pandemie. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 2023 (66): 312–319.

Marques-Pereira, Bérengère (2023): Abortion in the European Union. Actors, issues and discourse. Foundation for European Progressive Studies & Karl Renner Institut.

Mengersen, Annika (2017): Experte sicher: Warum in Deutschland viel mehr Frauen abtreiben, als die Statistik zeigt. In: FOCUS online, 04.02.2017.

Minerva, Francesca (2013): Conscientious objection in Italy. In: Journal of Medical Ethics 41 (2): 170-173.

Ministère de la Justice, FR (2021): Tableaux des condamnations en 2021.

Ministerio de Sanidad, ES (2022): Interrupción Voluntaria del Embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2021 [Freiwillige Unterbrechung der Schwangerschaft. Endgültige Daten für das Jahr 2021].

Mondo, Emilie / Close, Caroline (2018): Morality politics in the European parliament. A qualitative insight into MEPs' voting behavior on abortion and human embryonic stem research. In: Journal of European Integration 40 (7): 1001–1018.

Moseson, Heidi / Fix, Laura / Ragosta, Sachiko / Forsberg, Hannah / Hastings, Jen / Stoeffler, Ari / Lunn, Mitchell R. / Flentje, Annesa / Capriotti, Matthew R. / Lubensky, Micah E. / Obedin-Maliver, Juno (2021): Abortion experiences and preferences of transgender, nonbinary, and gender-expansive people in the United States. In: American journal of obstetrics and gynecology 224 (4): 376.e1–376.e11.

National LGBTIQ Taskforce (2017): Queering reproductive justice. A toolkit.

Netzwerk Reproduktive Gerechtigkeit (2019): Interview mit Saboura Naqshband.

NVOG – Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie, NL(2017): Modelprotocol 'Medisch handelen bij beëindigen van de zwangerschap op maternale indicatie' [Musterprotokoll „Medizinische Maßnahmen bei Schwangerschaftsabbruch nach mütterlicher Indikation"].

Ploem, Corrette / Krol, Erwin / Asscher, Eva / Floor, Tinka / Woestenburg, Nicolette / van de Vathorst, Suzanne / Gevers, Joseph Karel Maria / Winter, Heinrich (2022): Evaluatie. Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen [Evaluation. Späte Schwangerschaftsabbrüche und Beendigung des Lebens von Neugeborenen].

Ploem, Corrette / Krol, Erwin / Floor, Tinka / Legemaate, Johan / Gevers, Joseph Karel Maria / Winter, Heinrich (2020): Tweede evaluatie. Wet afbreking zwangerschap [Zweite Evaluation. Gesetz zur Beendigung der Schwangerschaft].

Popinchalk, Anna / Beavin, Cynthia / Bearak, Jonathan (2022): The state of global abortion data: an overview and call to action. In: BMJ sexual & reproductive health 48 (1): 3–6.

pro familia – pro familia Bundesverband e. V. (2002): Familienplanung Rundbrief. Ausgabe Dezember 2022, Nr. 4.

pro familia – pro familia Bundesverband e. V. (2017): Schwangerschaftsabbruch. Fakten und Hintergründe.

pro familia – pro familia Bundesverband e. V. (2023): Der erste Schritt ist getan, aber die Haupthürden sind noch nicht genommen. Pressemitteilung vom 26. Januar 2023.

Proost, Lien de / Verweij, Joanne / Ismaili M'hamdi, Hafez / Reiss, Irwin / Steegers, Eric / Geurtzen, Rosa / Verhagen, Eduard (2021): The edge of perinatal viability: Understanding the Dutch position. In: Frontiers in pediatrics 9: 1–5.

Prütz, Franziska / Hinzpeter, Birte / Krause, Laura (2022): Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland. Aktuelle Daten aus der Schwangerschaftsabbruchstatistik. In: Journal of Health Monitoring 7 (2): 42–51.

Queermed (o. J.): Wie schaffe ich diskriminierungssensiblen Umgang mit Patient*innen? Ein Leitfaden.

Queerulant_in e. V. (2019): Vielfalt verstehen. Eine kleine Einführung in queere Begriffe, 1. Auflage.

Rahm, Laura / Zordo, Silvia de / Mishtal, Joanna / Garnsey, Camille L. / Gerdts, Caitlin (2022): Inter-departmental abortion travels in metropolitan France: A mixed-methods analysis of women's experiences, access, and barriers to abortion care. In: PLOS ONE 17 (10): e0273190.

RFSU – Riksförbundet för sexuell upplysning, SE (2020): About abortion.

Rivas Barrera, Carolina (2018): Obstacles and resistance: Barriers to achieve normalized, complete and equitable access to safe abortion within the Spanish health system. ACAI.

Ross, Loretta (2017): Reproductive Justice as Intersectional Feminist Activism. In: Souls – A Critical Journal of Black Politics, Culture, and Society 19 (3): 286–314.

Rydelius, Johanna / Edalat, Mina / Nyman, Viola / Jar-Allah, Tagrid / Milsom, Ian / Hognert, Helena (2022): Influence of the COVID-19 pandemic on abortions and births in Sweden: a mixed-methods study. In: BMJ open 12 (2): e054076.

Santelli, John / Rochat, Roger / Hatfield-Timajchy, Kendra / Gilbert, Brenda Colley / Curtis, Kathryn / Cabral, Rebecca / Hirsch, Jennifer S. / Schieve, Laura (2003): The measurement and meaning of unintended pregnancy. In: Perspectives on sexual and reproductive health 35 (2): 94–101.

Schauws, Ulle / Kappert-Gonther, Kirsten / Dörner, Katja / weitere Abgeordnete und Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2018): Informationen über das Angebot von Einrichtungen zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruches. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulle Schauws, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Katja Dörner, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (Drucksache 19/5957 vom 14.12.2018).

Schultz, Susanne (2020): Der gefährliche Geist der ‚Bevölkerung' in der Klimadebatte. In: Femina Politica – Zeitschrift für feministische Politikwissenschaft 29 (2-2020): 23–36.

Schultz, Susanne (2021): Reproduktive Gerechtigkeit. In: Haller, Lisa Yashodhara / Schlender, Alicia (Hrsg.): Handbuch Feministische Perspektiven auf Elternschaft. 363–374.

Sedgh, Gilda / Keogh, Sarah C. (2019): Novel approaches to estimating abortion incidence. In: Reproductive Health 16 (1): 44.

Socialstyrelsen, SE (2022): Statistik om aborter 2021 [Abbruchstatistik 2021].

Socialstyrelsen, SE (2023): Statistik om aborter 2022 [Abbruchstatistik 2022].

Söderlund-Leifler, Karin (2015): Safe abortion saves women's lives.

Sorhaindo, Annik Mahalia / Lavelanet, Antonella Francheska (2022): Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. In: Social science & medicine 311: 115271.

SPD / Bündnis 90/Die Grünen / FDP (2021): Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021 – 2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP).

Staatssecretaris van Volksgezondheid, NL (2006): Evaluatie Wet afbreking zwangerschap [Evaluation. Gesetz zur Beendigung der Schwangerschaft].

Tennhardt, Christiane (2022): Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. In: Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen Juli 2022 – Rundbrief 48: 30–33.

Thomson-DeVaux, Amelia / Munguia, Hayley (2015): Understanding different measures of abortion. FiveThirtyEight.

UN – Amt des Hohen Kommissars der Vereinten Nationen für Menschenrechte (2002): Vertragsorgane.

UN – United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014): Abortion policies and reproductive health around the world. Statistical Papers, Population and Vital Statistics Report. United Nations.

UNFPA – United Nations Population Fund (2014): Reproductive rights are human rights. A Handbook for National Human Rights Institutions.

Visser, Mechteld / Janssen, A. / Enschedé, Marleen / Willems, Astrid / te Braake, Th. A. M. / Harmsen, K. / Smets, Ellen / Haes, Hanneke de / Gevers, Joseph Karel Maria (2005): Evaluatie Wet afbreking zwangerschap [Evaluation. Gesetz zur Beendigung der Schwangerschaft].

WHO – World Health Organization (2012): Safe abortion. Technical and policy guidance for health systems, 2nd edition.

WHO – World Health Organization (2022a): Abortion care guideline.

WHO – World Health Organization (2022b): Abortion care guideline. Supplementary material 1: Evidence-to-Decision frameworks for the law and policy recommendations. Draft.

WHO – World Health Organization (2022c): Abortion care guideline. Web Annex A. Key international human rights standards on abortion.

Wichterich, Christa (Hrsg.) (2015): Sexuelle und reproduktive Rechte. Schriften des Gunda-Werner-Instituts Band 11, Heinrich-Böll-Stiftung, Erweiterte deutsche Fassung (im Vergleich zur englischen Version), Berlin.

Willems, Florian (2001): „Schwangerschaftsabbruchstourismus“ – Frauen und ÄrztInnen unterwegs in Europa. In: Wiener Frauengesundheitsbeauftragte / MA 57 / Österreichische Gesellschaft für Familienplanung (Hrsg.): Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht. Eine Kooperationsveranstaltung der Wiener Frauengesundheitsbeauftragten, MA 57, Österreichischen Gesellschaft für Familienplanung. Dokumentation der Enquete. Rahmenbedingungen und Erfahrungswerte zum Schwangerschaftsabbruch aus europäischer Sicht. Wien, 26.11.2001: 18–21.

Women on Web (o. J.): Obstacles to abortion access in the Netherlands shown in new research.

Zane, Suzanne / Creanga, Andreea A. / Berg, Cynthia J. / Pazol, Karen / Suchdev, Danielle B. / Jamieson, Denise J. / Callaghan, William M. (2015): Abortion-related mortality in the United States: 1998–2010. In: Obstetrics and gynecology 126 (2): 258–265.

Zanini, Giulia / Mishtal, Joanna / Zordo, Silvia de / Ziegler, Ann-Kathrin / Gerdts, Caitlin (2021): Abortion information governance and women’s travels across European borders. In: Women’s Studies International Forum 87: 1–8.

Zinsmeister, Julia (2017): Behinderungen reproduktiver Freiheit und Gesundheit. In: djbZ Zeitschrift des Deutschen Juristinnenbundes 20 (1): 16.

Zordo, Silvia de / Zanini, Giulia / Mishtal, Joanna / Garnsey, Camille / Ziegler, Ann-Kathrin / Gerdts, Caitlin (2021): Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. In: BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology 128 (5): 838–845.[98]

[98] Alle im Arbeitspapier angegebenen Internetquellen sind aktuell verfügbar [Stand: 06.09.2023].

Anhang

I. Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation zu Schwangerschaftsabbrüchen

Tabelle 4: Empfehlungen der WHO zu Schwangerschaftsabbrüchen

Regelungen	Komplette Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs (1 LP[99])
	Keine Gesetze und Regelungen, die Schwangerschaftsabbrüche aufgrund der Schwangerschaftsdauer verbieten (3 LP)
	Keine Gesetze und Regelungen zu rechtfertigenden Indikationen, d.h. Verfügbarkeit von Schwangerschaftsabbrüchen auf Verlangen (2 LP)
	Keine verpflichtende Beratung (4 SD)
	Keine verpflichtende Wartezeit (6 LP)
	Keine Einverständnisse Dritter (7 LP)
	Keine Barrieren im Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen durch Verweigerung aus Gewissensgründen durch Anbieter*innen (22 LP)
	Informationen sollten wissenschaftlich korrekt, leicht zugänglich (beispielsweise auch für Minderjährige) und verständlich sein. Der Zugang zu Informationen sollte das Recht auf Privatsphäre und Vertraulichkeit wahren (49 SD).

[99] Die 54 Empfehlungen sind nummeriert und werden von der Weltgesundheitsorganisation in vier Themenbereiche unterteilt: Law and Policy (LP), Service Delivery (SD), Clinical Services (CS), Self-Management (SM). In dieser Tabelle sind sie entlang der Schwerpunkte des Arbeitspapiers: Regelungen, Kostenübernahme, Versorgungslage sortiert. Wenn die Aussagen nicht direkt den Empfehlungen entnommen sind, ist die Seitenzahl angegeben.

	Bereitstellung von Informationen durch eine Vielzahl an Gesundheitsberufen[100] (4 SD)
Kosten	Übernahme von Kosten für Schwangerschaftsabbrüche und Materialen durch Versicherungen. Kosten für besonders vulnerable Frauen sollen reduziert beziehungsweise ganz gestrichen werden (13f.)
Versorgung	Keine Restriktionen dazu, wer Schwangerschaftsabbrüche anbieten darf, wenn diese den WHO-Leitlinien entsprechen (21 LP)
	Verfügbarkeit der Option des Selbstmanagements des medikamentösen Abbruchs – ganz oder Teile des Prozesses (50 SM)
	Möglichkeit der Telemedizin anstelle von persönlichen Interaktionen für medizinische Dienste zum Schwangerschaftsabbruch (48 SD)
	Interaktive, auf die einzelne Person zugeschnittene, offene und freiwillige Beratung, die von einer trainierten Person durchgeführt wird (4 SD), einschließlich Beratung zu Verhütung nach dem Schwangerschaftsabbruch, wenn gewünscht (49 SD)
	Bereitstellung von Beratung durch eine Vielzahl an Gesundheitsberufen (5 SD)

Die WHO weist daraufhin, dass die Menschenrechte von folgenden vulnerablen Gruppen besonders gefährdet und deshalb berücksichtigt werden müssen: Menschen in ländlichen Regionen, in finanziellen Notlagen, Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, von geschlechtsbezogener Gewalt betroffene Menschen, trans* oder nicht-binäre Menschen, Menschen mit geringer Bildung, Menschen mit HIV, Menschen aus ethnischen oder religiösen Minderheiten, People of Colour, vertriebene Menschen (3f., 12).

Quelle: WHO 2022a

[100] Gesundheitspfleger*innen, Apotheker*innen, traditionelles und weiteres medizinisches Fachpersonal, (Hilfs)krankenpfleger*innen, (Hilfs)hebammen, Klinikpersonal, Allgemeinmediziner*innen, Fachärzt*innen; nach Möglichkeit auch durch Apothekenpersonal.

II. Ländertabellen: Regelungen, Kostenübernahme, Versorgungslage

a. Deutschland[101]

i. Regelungen

Tabelle 5: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland

Kriterium	Erläuterung
Übersicht	Ein Abbruch auf Verlangen ist nach § 218 Strafgesetzbuch (StGB) rechtswidrig. Bis zur 12. Woche p.c. bei Wahrnehmung der Pflichtberatung und der verpflichtenden Wartezeit (weiterhin rechtswidrig) bleibt er straffrei. Er ist nicht rechtswidrig, wenn eine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt.
Frist zum Abbruch auf Verlangen	12. Woche p.c. (§ 218a Absatz 1 StGB)
Gesetz	§§ 218 bis 219 Strafgesetzbuch (StGB)[102] Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG)[103]

[101] Stand: März 2023

[102] https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/

[103] https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BJNR113980992.html

Strafrechtliche Konsequenzen bei unrechtmäßigen Abbrüchen	Kann mit bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe oder einer Geldstrafe bestraft werden. Die schwangere Person kann mit bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe oder einer Geldstrafe bestraft werden.[104]
Regelungen gelten seit	Gelten seit 1995 mit einer Novellierung 2009 zu Abbrüchen nach der 22. Woche p.c. Sie sind Ergebnis einer Debatte über die Zusammenführung der westdeutschen restriktiveren Regelung und der liberaleren Regelung in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR). Ein Gesetzesentwurf aus 1992, nach dem der Schwangerschaftsabbruch bis zur Frist von 12 Wochen p.c. nicht rechtswidrig war, wurde vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärt. Das Bundesverfassungsgericht urteilte 1993[105], dass eine klare rechtliche Missbilligung von Schwangerschaftsabbrüchen verfassungsrechtlich geboten sei. Entsprechend wurde dies im Gesetz von 1995 geändert.[106] Im März 2023 hat eine Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin ihre Arbeit aufgenommen, um Möglichkeiten der Regulierungen des Schwangerschaftsabbruches außerhalb des Strafgesetzbuches zu prüfen.[107]

[104] Die schwangere Person bleibt straflos, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach der Pflichtberatung von einem*einer Ärzt*in vorgenommen wird und seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen p.c. vergangen sind (§ 218a Absatz 4 StGB). Andere Beteiligte, wie Ärzt*innen, machen sich jedoch strafbar, weshalb sich schwangere Personen in diesem Fall meist an Ärzt*innen im Ausland wenden. Schwangere Personen können (unbefristet) straffrei bleiben, wenn ein Gericht die „besondere Bedrängnis“ der schwangeren Person zum Zeitpunkt des Eingriffs anerkannt hat (§ 218a Absatz 4 StGB).

[105] https://www.servat.unibe.ch/dfr/bv088203.html

[106] Budde 2015: 18–19

[107] Pressemitteilung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend vom 31. März 2023: https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/kommission-zur-reproduktiven-selbstbestimmung-und-fortpflanzungsmedizin-konstituiert-sich-223460

Medizinische Indikation	**Ohne Frist**[108]: Um eine Gefahr des Lebens und eine schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der schwangeren Person abzuwenden (§ 218a Abs. 2 StGB). Die Indikation muss zuvor durch eine*n andere*n Ärzt*in festgestellt werden (§ 218a Abs. 2 und 3 StGB).
Embryopathische Indikation	**Ohne Frist**[108]: Gesetzlich nicht festgelegt, indirekt aber über die medizinische Indikation erfasst: Ein Abbruch ist möglich, falls ärztlich festgestellt wird, dass durch die Beeinträchtigungen des Kindes die physische oder psychische Gesundheit der schwangeren Person in Gefahr wäre.[109] Nach Mitteilung der Diagnose oder nach einer freiwilligen Beratung über medizinische und psychosoziale Aspekte, die sich aus der Diagnose ergeben (§ 2a Abs. 1 Satz 1 SchKG), müssen mindestens drei Tage Bedenkzeit vergehen bevor eine schriftliche Feststellung der Indikation getroffen werden kann (§ 2a Abs. 2 SchKG).
Kriminologische Indikation	**Bis zur 12. Woche p.c.**: Nach ärztlicher Erkenntnis muss eine rechtswidrige Tat nach §§ 176 bis 178 StGB (sexueller Missbrauch von Kindern, sexueller Übergriff, sexuelle Nötigung, Vergewaltigung) an der schwangeren Person begangen worden sein und die Annahme bestehen, dass die Schwangerschaft aus dieser Tat resultiert (§ 218a Abs. 3 StGB). Die Straftat muss nicht angezeigt worden sein.[110]
Soziale Indikation	–
Äußerung einer Notlage	–

[108] Es gibt keine Frist, jedoch ist im deutschen Strafrecht überwiegend der Beginn der Geburt bzw. der Geburtswehen als Zeitpunkt anerkannt, ab dem nicht mehr die Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch (§ 218 ff. StGB), sondern die Vorschriften zu Totschlag und Mord (§§ 212, 211 StGB) greifen (Bundestag 2018: 5).

[109] Budde 2015: 21

[110] https://www.profamilia.de/angebote-vor-ort/hessen/beratungsstelle-ruesselsheim/schwangerschaftskonfliktberatung/schwangerschaftsabbruch-mit-indikationsstellung/kriminologische-indikation

Beratungspflicht	Die verpflichtende Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB hat durch eine anerkannte Beratungsstelle zu erfolgen, die der schwangeren Person einen Beratungsschein ausstellt. Beratung bieten staatliche, kirchliche[111] und freie Träger*innen an.[112] Die Beratung ist nach Gesetz „ergebnisoffen zu führen", „geht von der Verantwortung der Frau aus" und soll „ermutigen und Verständnis wecken, nicht belehren oder bevormunden" und „dient dem Schutz des ungeborenen Lebens" (§ 5 Abs. 1 SchKG). Die Beratung unterrichtet auf Wunsch der Schwangeren auch über Verhütungsmethoden (§ 5 SchKG) und kann auf Wunsch anonym bleiben (§ 6 Abs. 2 SchKG).
Verpflichtende Wartezeiten	Zwischen dem Datum der Bescheinigung über eine Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB und dem tatsächlichen Abbruch müssen mindestens drei Tage liegen (§ 218a Abs. 1 Satz 1 StGB).
Einverständnis Dritter (Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)	Wie auch bei anderen medizinischen Maßnahmen: Wenn eine Person als einwilligungsunfähig gilt, ist zur Einwilligung eine hierzu berechtigte Person miteinzubeziehen (§ 630d Abs. 1 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)). Bei Minderjährigen ist ein Einverständnis der Erziehungsberechtigten oder gesetzlichen Vertreter*innen nötig, es sei denn die minderjährige Person wird von ärztlicher Seite als einwilligungsfähig eingeschätzt, in der Regel im Alter zwischen 16 und 18 Jahren.[113]
Ablehnung aus Gewissensgründen durch Gesundheitspersonal	Niemand ist verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken, es sei denn es besteht die Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung für die schwangere Person (§ 12 Absatz 1 und 2 SchKG). Ob sich

[111] Katholische Schwangerschaftsberatungsstellen bieten (auf Basis einer eigenen Entscheidung 2001) keine staatlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatung mehr an, werden zum Teil aber weiter von den Ländern über den Förderanspruch zur allgemeinen Schwangerschaftsberatung (§ 2 SchKG) gefördert: https://www.caritas.de/neue-caritas/heftarchiv/jahrgang2010/artikel/auch-ohne-schein-gut-beraten

[112] Koalitionsvertrag 2021–2025: „Wir stellen die flächendeckende Versorgung mit Beratungseinrichtungen sicher. Schwangerschaftskonfliktberatung wird auch künftig online möglich sein" (SPD / Bündnis 90/Die Grünen / FDP 2021: 92).

[113] https://www.profamilia.de/fuer-jugendliche/rechte-und-sexualitaet/schwangerschaftsabbruch

	auch Krankenhausträger*innen als juristische Personen weigern können, ist rechtlich umstritten.[114] Presseberichte zeigen, dass sich einzelne Klinken weigern, Schwangerschaftsabbrüche (ohne schwere Gesundheitsgefahr für die schwangere Person) durchzuführen[115], dies ist besonders bei katholischen Kliniken der Fall[116].
(Gesetzlich) freie Verfügbarkeit von Informationen	Gesetzlich war es bis zum Juli 2022 für Ärzt*innen verboten, „Werbung" für Schwangerschaftsabbrüche zu machen (ehemals § 219a StGB). Darunter fielen auch sachliche Informationen wie der Hinweis auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen beispielsweise auf der eigenen Webseite. Dies erschwerte für schwangere Personen die Suche nach Stellen zum Abbruch und führte dazu, dass Personen sich über andere Akteur*innen (meist über die Pflichtberatung) informieren mussten.[117] Mit der Abschaffung des § 219a StGB ist es nun auch Ärzt*innen erlaubt, sachliche Informationen zu Ablauf und Methode zu veröffentlichen. „Irreführende Werbung" für Schwangerschaftsabbrüche ist weiterhin im Heilmittelwerbegesetz (HWG) reguliert (§ 1 Abs. 1 S. 2b HWG).

ii. Kostenübernahme

Tabelle 6: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland

Kriterium	Erläuterung
Kostenübernahme	Die Kosten werden nur übernommen, wenn mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist: • medizinische oder kriminologische Indikation (nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch) – Krankenkasse übernimmt die Kosten

[114] Bundestag 2020: 7f.

[115] Bruhn 2017

[116] Engelhardt 2022: 15

[117] Zanini et al. 2021: 5

	• die persönlichen Einkünfte liegen unter einer bestimmten Einkommensgrenze[118] – Bundesland übernimmt die Kosten nach Antrag bei der Krankenkasse, Vorlage des Antrags vor Abbruch nötig[119, 120] • Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (§ 19 Abs. 1 SchKG) Ist eine schwangere Person nicht versichert oder privat versichert und ihre Einkünfte liegen unter der Einkommensgrenze, kann ein Antrag zur Kostenerstattung bei einer gesetzlichen Krankenversicherung gestellt werden[121] (§ 21 Abs. 1 SchKG). Die Kosten für einen Abbruch liegen je nach Methode und Ort des Abbruchs zwischen 350 und 650 Euro.[121,122]

iii. Versorgungslage

Tabelle 7: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland

Kriterium	Erläuterung
Klinisch-medizinische Versorgung	Die Bundesländer sind gesetzlich verpflichtet, ein ausreichendes Angebot[123] ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen zur Verfügung zu stellen (§ 13 Abs. 2 SchKG). In den letzten zwei

[118] Zu den Einkommens- und Vermögensgrenzen siehe § 19 SchKG; pro minderjährigem Kind erhöht sich die Grenze (§19 Abs. 2 Satz 2 SchKG).

[119] https://awo-schwanger.de/schwangerschaftsabbruch/abtreibung-kosten-schwangerschaftsabbruch/

[120] Nach Einschätzungen von Gynäkolog*innen und Beratungsstellen hat etwa jede dritte Person, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen möchte, Anspruch auf eine Kostenübernahme, aber nur etwa 60–70 Prozent machen davon Gebrauch (Maeffert/Tennhardt 2023: 313).

[121] https://awo-schwanger.de/schwangerschaftsabbruch/abtreibung-kosten-schwangerschaftsabbruch/

[122] Im Koalitionsvertrag 2021–2025 ist festgehalten: „Die Möglichkeit zu kostenfreien Schwangerschaftsabbrüchen gehören zu einer verlässlichen Gesundheitsversorgung“ (SPD / Bündnis 90/Die Grünen / FDP 2021: 92).

[123] Was als ausreichendes Angebot zu verstehen ist, wird weder im SchKG, noch im Landesausführungsgesetz (AG SchKG) definiert. Nach Aussage der Bundesregierung 2018 obliegt die Einschätzung, inwieweit die Zahl der Einrichtungen ausreichend ist, dem jeweiligen Bundesland (Schauws et al. 2018: 2). Der zuständige Bundestags-Ausschuss hatte 1995 festgehalten, dass – auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln – eine schwangere Person nicht länger als einen Tag für Hin- und Rückreise brauchen darf (Bundestag 1995: 22).

Jahrzehnten zeigt sich ein starker Rückgang an gemeldeten Einrichtungen, die Abbrüche vornehmen (um fast 50 Prozent).[124]

Der Abbruch kann nur von einem*einer Ärzt*in durchgeführt werden (§ 218a Abs. 1 Satz 2 StGB). Ein Abbruch ist in ambulanten Praxen oder Krankhäusern möglich, wobei 84 Prozent aller Abbrüche ambulant stattfinden.[125] Eine Zeitungsrecherche zu Niedersachsen zeigt, dass viele Ärzt*innen dort nur bis zur 8. Woche p.c. Abbrüche vornehmen und schwangere Personen oft weite Wege auf sich nehmen müssen, da viele Ärzt*innen gar keine Abbrüche anbieten. Ein besserer Zugang zu Abbrüchen bestehe in Großstädten, doch für andere Regionen Deutschlands, insbesondere im ländlichen Bayern, sei die Versorgungslage ähnlich ungenügend.[126]

Das Angebot der verschiedenen Methoden variiert zwischen Regionen, Ärzt*innen und Kliniken[127], so haben schwangere Personen zum Teil keinen Zugang zu einem medikamentösen Abbruch, auch wenn sie dies wünschen.[128, 129]

---

[124] Von 2.050 sogenannten Meldestellen in 2003 auf 1.097 im 2. Quartal 2022. Meldestellen sind Einrichtungen, in denen grundsätzlich Abbrüche vorgenommen werden. Hiervon bieten jedoch einige Einrichtungen aktuell ggf. keine Abbrüche an: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/meldestellen-2022.html. Die Bundesärztekammer veröffentlicht seit 2019 zusätzlich online eine Liste der Stellen, die ihr mitgeteilt haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen (§ 13 Abs. 3 SchKG): https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/schwangerschaftsabbruch. Die Eintragung in die Liste ist jedoch freiwillig und führt entsprechend nicht alle Einrichtungen auf, die Abbrüche anbieten. Im Dezember 2022 waren 375 Stellen registriert. Nach Abschaffung des „Werbeverbots“ nach § 219a StGB, ist zu hoffen, dass sich zukünftig mehr Ärzt*innen dort registrieren. Bekannt ist außerdem, dass durch den Generationenwechsel im gynäkologischen Bereich, viele Ärzt*innen mit Expertise und politischem Willen, Abbrüche durchzuführen, in Rente gehen. Dieser Kohorte folgen weniger Ärzt*innen, die qualifiziert und bereit sind, Abbrüche durchzuführen: https://www.sueddeutsche.de/muenchen/abtreibungen-frauenarzt-ausbildung-1.4040406.

[125] Destatis 2022a: 20

[126] Bruhn 2017; Maeffert / Tennhardt 2023: 316. Zur Versorgung zu Schwangerschaftsabbrüchen liegt kein systematischer Überblick vor (Escamilla Loredo / Hollederer 2023: 5). Dennoch wird an vielen Stellen auf die schlechte Versorgungslage verwiesen, insbesondere auch Zeitungsberichte oder andere Medienbeiträge thematisieren diese. Siehe zum Beispiel Beitrag des ARD-Magazins „Kontraste“ unter Berufung auf eine Berechnung des Statistischen Bundesamts vom 23. August 2018. Danach gäbe es in einigen Regionen Deutschlands, so in Trier oder Hamm, keine einzige Einrichtung mehr, die einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt (zitiert nach Klein/Wapler 2019: 25). Für Niedersachsen vgl. Engelhardt 2022: 15.

[127] Kreitlow o. J.: 6; Tennhardt 2022: 30.

[128] Tennhardt 2022: 30

[129] Im Koalitionsvertrag 2021–2025 ist festgehalten, dass Schwangerschaftsabbrüche Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sein sollen (bisher kaum der Fall) und der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch leichter verfügbar gemacht werden soll (SPD / Bündnis 90/Die Grünen / FDP 2021: 64, 92). Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. hat am 26. Januar 2023 die

	Ein medikamentöser Abbruch ist möglich, wenn die Medikamente unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden. Es gibt unterschiedliche Auslegungen darüber, ob ein Abbruch damit zu Hause möglich ist oder in einer Einrichtung erfolgen muss. Neben einem Pilotprojekt, das Abbrüche zu Hause anbietet[130], hat sich nach Aussage von Expert*innen in Teilen bereits die Anwendung zu Hause etabliert.[131]
(Freiwillige) Beratung	Jede Person hat das Recht auf Beratung zu allen Fragen rund um Schwangerschaft, Geburt und Familienplanung (§ 2 SchKG). In einer Onlinedatenbank sind alle Stellen, die verpflichtende Beratung nach §§ 5 und 6 SchKG anbieten oder staatliche Förderung nach § 2 SchKG erhalten, aufgeführt.[132] Darunter sind staatliche, freie und kirchliche Träger*innen. Neben persönlicher Beratung bieten einige Träger*innen auch telefonische oder Online-Beratung an.[133] Dies fand auch verstärkt in der COVID-19 Pandemie statt. § 4 SchKG legt fest, dass die Bundesländer dafür Sorge tragen sollen, dass für 40.000 Einwohner*innen mindestens eine Beratungsstelle zur Verfügung steht. Aktuelle wissenschaftliche Studien zur Versorgungslage fehlen. Das vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanzierte ELSA-Projekt (Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung)[134], das am 30.04.2024 endet, soll Informationen zur Versorgungslage liefern.
Schutz vor Gehsteigbelästigung	Gehsteigbelästigungen sind ein Problem. Die Stadt Pforzheim etwa hatte 2021 ein Versammlungsverbot um die Beratungsstelle pro familia verhängt, dieses musste aber nach erfolgreicher Klage von Abbruchsgegner*innen vor dem

für DEUTSCHLAND erste Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon veröffentlicht (DGGG 2022). Darin werden ausführlich die operative und die medikamentöse Methode behandelt, was dazu beitragen könnte, dass auch die medikamentöse Methode häufiger verwendet wird (pro familia 2023).

[130] Das Familienplanungszentrum Berlin e. V. hat im Dezember 2020 das Projekt „Schwangerschaftsabbruch zuhause“ gestartet, das schwangeren Personen in schlecht versorgten Gegenden die Möglichkeit eines medikamentösen Abbruchs zu Hause (regulär verboten, aber im Rahmen des Projekts möglich) mit telemedizinischer Begleitung eröffnet: https://schwangerschaftsabbruch-zuhause.de/

[131] DGGG 2022: 81

[132] https://www.familienplanung.de/beratung/beratungsstelle-finden/

[133] Ob nach einem digitalen Beratungsgespräch auch der für den Abbruch notwendige Beratungsschein ausgestellt werden darf, wird von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich geregelt.

[134] http://www.elsa-studie.de/

	Verwaltungsgerichthof wieder zurück genommen werden.[135] Das Land Bremen versucht mit einer gesetzlichen Änderung seit Mai 2023 schwangere Personen, die abbrechen wollen, vor Belästigung zu schützen.[136] Das Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) arbeitet nach eigenen Angaben an einem Gesetzesentwurf, der einen ungehinderten Zugang zu Beratungsstellen im Schwangerschaftskonfliktgesetz bundesweit festschreiben soll.[137, 138]
Zugang vulnerabler Gruppen	Kostenübernahme bei Asylbewerber*innen und nicht versicherten Personen siehe Kostenübernahme oben Minderjährige siehe Einverständnis Dritter oben Ländliche Regionen siehe klinisch-medizinische Versorgungslage oben

[135] Bredler 2022

[136] https://www.transparenz.bremen.de/metainformationen/gesetz-zur-sicherstellung-der-angebote-nach-dem-schwangerschaftskonfliktgesetz-schwangerenhilfesicherstellungsgesetz-vom-28-maerz-2006-191876?asl=bremen203_tpgesetz.c.55340.de&template=20_gp_ifg_meta_detail_d

[137] https://www.tagesschau.de/inland/schwangerenberatung-paus-101.html

[138] Koalitionsvertrag 2021–2025: „Sogenannten Gehsteigbelästigungen von Abtreibungsgegnerinnen und Abtreibungsgegnern setzen wir wirksame gesetzliche Maßnahmen entgegen“ (SPD / Bündnis 90/Die Grünen / FDP 2021: 92).

b. Frankreich

i. Regelungen

Tabelle 8: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Frankreich

Kriterium	Erläuterung
Übersicht	Ein Abbruch auf Verlangen ist nach Artikel L2212-1 bis L2212-11[139] Gesetzbuch über das öffentliche Gesundheitswesen (Code de la santé publique, CSP) bis zur 14. Woche p.c. möglich. Ein Abbruch aufgrund medizinischer / embryopathischer Indikation ist ohne Frist möglich. Eine Beratungspflicht gibt es nur bei minderjährigen schwangeren Personen.
Frist zum Abbruch auf Verlangen	14. Woche p.c. (Art. L2212-1)
Gesetz	Artikel L2111-1 bis L2446-3[140], Gesetzbuch über das öffentliche Gesundheitswesen (Code de la santé publique, CSP[141])
Strafrechtliche Konsequenzen bei unrechtmäßigen Abbrüchen	Bei Nichtbeachtung der gesetzlichen Regelungen, beispielsweise bei einem Abbruch nach Überschreiten der vorgegebenen Frist, macht sich die Person strafbar, die den Abbruch durchführt (Art. 223-11 Strafgesetz (Code pénal[142], Strafmaß bis zu fünf Jahre Gefängnis und eine Geldstrafe), nicht aber die schwangere Person (Art. L2222-

[139] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000045292636/2022-03-04/

[140] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006125346/2022-03-04/#LEGISCTA000033714910

[141] https://www.legifrance.gouv.fr/codes/texte_lc/LEGITEXT000006072665/

[142] https://www.bijus.eu/?p=10720

	2 bis L222-4 CSP.) 2001 wurden Fälle, in denen die schwangere Person selbst den Abbruch durchführt, aus dem Strafgesetzbuch in die Gesundheitsgesetzgebung verschoben.
Regelungen gelten seit	Die aktuelle Regelung gilt seit dem 4. März 2022, davor galt eine generelle Frist bis zur 12. Woche p.c. und eine Beratungspflicht mit anschließender Bedenkzeit. Eine Legalisierung von Abbrüchen fand bereits 1975 (im sog. „Veil-Gesetz“) statt, 2016 wurden die Regelungen zu Abbrüchen aus dem Strafgesetz gestrichen und im Gesundheitsgesetz platziert. Zur aktuellen Diskussion um eine Verfassungsänderung siehe Exkurs.
Medizinische Indikation	**Ohne Frist:** Nach Konsultation und Stellungnahme: Zwei Ärzt*innen aus einem multidisziplinären Team[143] müssen bescheinigen, dass eine Fortsetzung der Schwangerschaft die Gesundheit der schwangeren Person ernsthaft gefährdet (Art. L2213-1, CSP). [144]
Embryopathische Indikation	**Ohne Frist**: Nur nach vorausgehender Konsultation und Stellungnahme: Zwei Ärzt*innen aus einem multidisziplinären Team[145] müssen bescheinigen, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit besteht, dass das ungeborene Kind an einer besonders schweren Krankheit leidet, die zum Zeitpunkt der Diagnose als unheilbar gilt. (Art. L2213-1, CSP).
Kriminologische Indikation	–
Soziale Indikation	–

[143] Das multidisziplinäre Team, das den Antrag prüft, besteht mindestens aus einem*einer Ärzt*in mit gynäkologisch-geburtshilflicher und pränatal-diagnostischer Qualifikation, einem*einer Fachärzt*in für das jeweilige medizinische Problem, an dem die schwangere Person leidet, einem*einer von der schwangeren Person gewählten Ärzt*in oder Hebamme und einem* einer Psycholog*in oder Sozialarbeiter*in.

[144] Sowohl eine schwere Krankheit des Kindes als auch eine Gefährdung der schwangeren Person werden unter dem Begriff der „medizinischen Indikation“ zusammengefasst. Es unterscheidet sich in beiden Fällen nur die Zusammensetzung des multidisziplinären Teams.

[145] Das Team, das den Antrag prüft, muss im Unterschied zu einer Indikation aufgrund einer Gefahr für die schwangere Person das Team eines multidisziplinären Zentrums für Pränataldiagnostik sein. Auf Wunsch der schwangeren Person kann ein*e von ihr gewählte Ärzt*in oder Hebamme hinzugezogen werden.

Äußerung einer Notlage	2014 wurde der Begriff der „Notlage“ aus dem Gesetz gestrichen, das heißt ein Abbruch muss nicht mehr mit einer solchen begründet werden (Art. 24[146] des Gesetzes Nr. 2014-873 über die tatsächliche Gleichstellung von Frauen und Männern vom 4. August 2014)
Beratungspflicht	Eine psychosoziale Beratungspflicht besteht nur für minderjährige schwangere Personen, siehe Einverständnis Dritter unten (Art. L2212-4 CSP). In allen Fällen sind zwei medizinische Vorgespräche und -untersuchungen vorgeschrieben. Dabei wird über die verschiedenen Methoden informiert und eine Entscheidung für eine Methode getroffen sowie Kontraindikationen ausgeschlossen. Nach dem Gespräch muss die schwangere Person ihren Wunsch nach einem Abbruch sowie die Entscheidung bzgl. der Methode schriftlich bestätigen (Art. L2212-5 CSP). Die Einrichtung, die den Abbruch durchführt, muss sich die schriftliche Bestätigung aushändigen lassen (Art. L2212-6 CSP).
Verpflichtende Wartezeiten	–
Einverständnis Dritter (Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)	Grundsätzlich muss bei minderjährigen schwangeren Personen das Einverständnis mindestens einer sorgeberechtigten Person eingeholt werden. Wünscht die schwangere Person Geheimhaltung, ist der*die Ärzt*in aufgefordert, sie davon zu überzeugen, dass eine sorgeberechtigte Person oder gesetzliche Vertretung konsultiert wird. Lehnt die schwangere Person das ab, kann der Schwangerschaftsabbruch dennoch durchgeführt werden; in diesem Fall muss eine andere volljährige Person sie begleiten (Art. L2212-7 CSP).

[146] https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000029330989

Ablehnung aus Gewissensgründen durch Gesundheitspersonal	Medizinisches Personal kann die Durchführung eines Abbruchs aus moralischen Gründen ablehnen (Art. L2212-8 CSP). Die schwangere Person muss dennoch über die Risiken eines Abbruchs informiert werden und eine Info-Mappe ausgehändigt bekommen, die auch die Namen von Einrichtungen, in denen Schwangerschaftsabbrüche auf Verlangen durchgeführt werden, enthält. Private Gesundheitseinrichtungen können ablehnen, dass in ihren Räumlichkeiten Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Private Gesundheitseinrichtungen, die mit der Erbringung des öffentlichen Gesundheitsdienstes beauftragt sind, dürfen dies aber nur, wenn der örtliche Bedarf anderweitig gedeckt ist. Die Kategorien öffentlicher Einrichtungen, die über die Ressourcen zur Durchführung freiwilliger Schwangerschaftsabbrüche verfügen müssen, werden per Dekret festgelegt (Art. L2212-8 CSP).[147,148]
(Gesetzlich) freie Verfügbarkeit von Informationen	Keine gesetzlichen Einschränkungen. Jede Person hat das Recht auf Informationen zu (unterschiedlichen Methoden von) Abbrüchen (Art. L2212-1 CSP). Die französische Regierung stellt ausführliche Informationen bereit und verweist auf ein nationales Hilfetelefon. Frankreich finanziert Initiativen, die schwangeren Personen helfen, wenn sie die gültige Wochenfrist für den Abbruch in Frankreich überschritten haben und einen Abbruch im Ausland wünschen.[149]

[147] In der Berichterstattung an die Nationalversammlung wird davon berichtet, dass es Ärzt*innen gibt, die von der Klausel Gebrauch machen, Zahlen dazu liegen nicht vor (Batistel/Muschotti 2020: 53ff.). Siehe auch: https://www.francetvinfo.fr/sante/grossesse/ivg-quest-ce-que-la-clause-de-conscience_3638273.html. Zumindest wird die Thematik aber so breit diskutiert, dass es eine nennenswerte Zahl an Ärzt*innen und Einrichtungen geben muss, die sich ganz verweigern oder eigenmächtig die Fristen heruntersetzen.

[148] Die Gewissensklausel zu freiwilligen Abbrüchen (Artikel L2212-8 CSP) wird kritisiert, weil sie der allgemeinen Gewissensklausel für Gesundheitspersonal (Artikel R4127-47, CSP) eine gesonderte Klausel zur Seite stellt und damit Abbrüchen, im Vergleich zu anderen medizinischen Eingriffen, eine Sonderstellung zuweist und entsprechend zu einer Moralisierung des Abbruchs beiträgt (Batistel / Muschotti 2020: 54ff.); siehe auch: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2023/02/02/acces-a-l-ivg-dans-la-pratique-des-obstacles-perdurent-en-france_6133817_4355772.html. Die allgemeine Gewissensklausel besagt, dass Behandlungen aus beruflichen oder persönlichen Gründen verweigert werden können, wenn kein Notfall vorliegt.

[149] Zanini et al. 2021: 6f.

ii. Kostenübernahme

Tabelle 9: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in Frankreich

Kriterium	Erläuterung
Kostenübernahme	Seit dem 31. März 2013 wird der Abbruch vollständig von der Krankenversicherung übernommen, seit dem 1. April 2016 auch alle damit verbundenen notwendigen Maßnahmen (beispielsweise Laboruntersuchungen).[150] Eine Kostenübernahme ohne Vorauszahlung ist auch für Personen ohne Krankenversicherung oder ohne gültige Ausweispapiere / Aufenthaltsgenehmigung möglich. Durch die Abrechnung in Form einer Pauschale ohne Vorauszahlung wird vermieden, dass Informationen über die Abrechnung in den Erstattungsbelegen auftauchen.[151] Es gibt Medienberichte, nach denen manche Ärzt*innen / Gesundheitseinrichtungen für einzelne Untersuchungen (beispielsweise den verpflichtenden Ultraschall bei der ersten Untersuchung) höhere Kosten in Rechnung stellen als die Krankenversicherung übernimmt. Den Differenzbetrag muss die schwangere Person selbst aufbringen[152], sofern sie keine Zusatzversicherung hat, die diese Kosten abdeckt.

[150] DREES 2022: 4f.

[151] Siehe dazu: Informationen auf der Informationsseite der Regierung über Schwangerschaftsabbrüche auf Verlangen: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1551

[152] https://www.mediapart.fr/studio/panoramique/ivg-en-france-un-acces-inegal-un-droit-malmene

iii. Versorgungslage

Tabelle 10: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in Frankreich

Kriterium	Erläuterung
Klinisch-medizinische Versorgung	Die Versorgung ist mit Blick auf die Zahl von Ärzt*innen und Hebammen sowie Gesundheitseinrichtungen, die Abbrüche anbieten, nicht überall gleich gut.[153] In den letzten Jahren wurden 130 Einrichtungen, die Abbrüche vornahmen, geschlossen[154], weitere sind in ihrer Existenz bedroht, was auch mit allgemeinen Entwicklungen im Gesundheitssystem durch die stärkere Fokussierung auf ökonomische Rationalitäten begründet wird. Medikamentöse Abbrüche können seit 2001 auch ambulant, seit Juni 2016 auch von freiberuflichen Hebammen in ihrer Praxis und seit 2022 mit Telekonsultation zuhause durchgeführt werden. Das gilt für die Einnahme beider Medikamente.[155] Ein operativer / instrumenteller Abbruch darf nur in einer Gesundheitseinrichtung vorgenommen werden. Für Herbst 2023 ist ein Gesetz geplant, dass es auch freiberuflichen Hebammen erlaubt, in ihren Praxen operative Abbrüche durchzuführen.[156] Schwangerschaftsabbrüche *aufgrund medizinischer Indikation*[157] dürfen nur von Ärzt*innen und nur in (öffentlichen oder privaten) Gesundheitseinrichtungen vorgenommen werden (Art. L2213-3 CSP).

[153] Batistel / Muschotti 2020: 30 ff. Das zeigt sich auch daran, dass die Zeit zwischen dem ersten Gesuch einer Frau um einen Abbruch und dessen tatsächlicher Durchführung in Abhängigkeit von der Region zwischen 3 und 11 Tagen variiert (im nationalen Durchschnitt sind es 7,4 Tage) (ebd.: 16). (Nur) 81 Prozent der Abbrüche in Frankreich werden in dem Département durchgeführt, in dem die schwangere Person lebt (DREES 2022: 7). Mangelndes Vertrauen in die Qualität der Versorgung vor Ort wird als wichtiger Grund genannt (Rahm et al. 2022: 11).

[154] Schätzungen von Planning Familial: https://www.planning-familial.org/fr/avortement-100

[155] https://abort-report.eu/statistics/france/

[156] Siehe dazu: Hinweis vom 03.03.2022 auf https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1551

[157] Das heißt aufgrund einer schweren Krankheit des Fötus *oder* einer medizinischen Gefahr für die schwangere Person (Artikel L2213-1 CSP).

Gesetzlich hat jede schwangere Person *die freie Wahl* zwischen beiden Methoden. Es werden allerdings nicht überall beide Methoden angeboten, vor allem operative Abbrüche oft nicht.[158] Gründe dafür sind u. a., dass Gesundheitseinrichtungen es vorziehen, komplexere operative Eingriffe vorzunehmen, mit denen mehr Geld verdient werden kann, oder solche, mit denen Kosten eingespart werden können. (Operative) Schwangerschaftsabbrüche werden über eine Pauschale abgerechnet und lohnen sich in ökonomischer Hinsicht nicht.[159] Dies gilt umso mehr für selbständige Ärzt*innen und Hebammen.

Nach wie vor und trotz der ausgeweiteten Erlaubnisse für Hebammen führt nur ein kleiner Teil von Ärzt*innen und Hebammen Abbrüche durch[160] [161] – darunter sind viele Ärzt*innen, die sich 1975 für die Legalisierung eingesetzt haben und in den nächsten Jahren in den Ruhestand gehen werden.[162] Jüngere Ärzt*innen sind weniger dazu bereit, einen Abbruch durchzuführen.[163]

Bereits vor Anhebung der Frist auf 14 Wochen p.c. gab es Berichte, denen zufolge Ärzt*innen sich weigern einen Abbruch in der 10. bis 12. Woche p.c. vorzunehmen.[164] Nach der Anhebung der Frist zeigt sich, dass viele Einrichtungen eine kürzere als die gesetzliche Frist anwenden.[165]

---

[158] https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2022/09/27/acces-a-l-ivg-en-france-des-obstacles-perdurent-en-depit-de-recentes-avancees_6133817_4355771.html

[159] Batistel / Muschotti 2020: 45

[160] https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2022/09/27/acces-a-l-ivg-en-france-des-obstacles-perdurent-en-depit-de-recentes-avancees_6133817_4355771.html. Siehe auch Batistel/Muschotti 2020: 46 f. sowie Marques-Pereira 2023: 18.

[161] Die regionalen Gesundheitsagenturen veröffentlichen ein Verzeichnis, in dem die Angehörigen der Gesundheitsberufe sowie alle Einrichtungen, die den freiwilligen Schwangerschaftsabbruch durchführen, vorbehaltlich ihrer Zustimmung aufgeführt sind. „Der Zugang zu diesem Verzeichnis muss frei und effektiv sein. Diese Effektivität wird mit allen Mitteln gewährleistet“ (eigene Übersetzung) (Artikel L2212-3 CSP).

[162] Batistel / Muschotti 2020: 44

[163] Marques-Pereira 2023: 18

[164] Batistel / Muschotti 2020: 55. Siehe auch die Recherchen von Mediapart: https://www.mediapart.fr/studio/panoramique/ivg-en-france-un-acces-inegal-un-droit-malmene

[165] https://www.lemonde.fr/en/france/article/2022/11/19/abortion-in-france-why-the-law-extending-the-legal-deadline-for-abortion-is-difficult-to-apply_6004842_7.html

(Freiwillig) Beratung	Vor und nach dem Abbruch wird systematisch eine Beratung durch eine Person angeboten, die eine qualifizierte Ausbildung absolviert hat. Gegenstand der Beratung sind auch geeignete Verhütungsmethoden. Auf Wunsch werden Kontakte zu psychosozialen Beratungsstellen vermittelt. Wenn möglich, nimmt an der Beratung und der zu treffenden Entscheidung der andere Elternteil teil (und nicht nur die schwangere Person) (Art. L2212-4 CSP).
Schutz vor Gehsteigbelästigung	Die (versuchte) Verhinderung eines Abbruchs durch Störung des Zugangs zu den Einrichtungen oder durch Bedrohung des Personals oder der betroffenen schwangeren Person kann mit bis zu zwei Jahren Haft und einer Geldstrafe von 30.000 € bestraft werden. Explizit eingeschlossen sind dabei auch „die Verbreitung oder Übermittlung von Behauptungen oder Angaben, die geeignet sind, zu Abschreckungszwecken vorsätzlich über die Merkmale oder medizinischen Folgen eines freiwilligen Abbruchs irrezuführen“ (eigene Übersetzung), moralischer und psychologischer Druck und Einschüchterungsversuche, auch gegenüber dem Umfeld von schwangeren Personen, die einen Abbruch wünschen (Art. L2223-2 CSP). Eingeschlossen sind hier insbesondere auch online zur Verfügung gestellte Fehlinformationen.[166]
Zugang vulnerabler Gruppen	Kostenübernahme bei Asylbewerber*innen siehe Kosten oben Frankreich hat einen Weg gefunden, Menschen ohne legalen Aufenthaltstitel die Gesundheitsversorgung ohne Angst vor Entdeckung und Abschiebung zu ermöglichen. Hierfür ist eine Institution des Gesundheitsministeriums mit der Finanzierung der medizinischen Versorgung von Menschen ohne Papieren betraut, die ihre Daten explizit nicht an entsprechende Stellen weitergibt.[167] Kostenübernahme bei nicht versicherten Personen siehe Kosten oben Minderjährige, siehe Einverständnis Dritter oben Ländliche Regionen, siehe klinisch-medizinische Versorgungslage oben

[166] Marques-Pereira 2023: 26

[167] pro familia 2002: 6

Sonstiges	Nach einem Abbruch kann die betroffene Person sich krankschreiben lassen, wobei über die Dauer der Krankschreibung der*die Ärzt*in entscheidet. Bei späten Abbrüchen aus medizinischen Gründen (nach 22 Wochen) oder wenn das Gewicht des Kindes bereits über 500g betrug, gibt es ein Recht auf Elternzeit wie nach Geburt eines leblos geborenen Kindes (Dauer von 16 bis 26 Wochen). Auch der andere Elternteil hat in diesen Fällen ein Anrecht auf 11 Tage Elternzeit.[168]

[168] https://www.parents.fr/grossesse/sante/interruption-de-grossesse/quest-ce-que-limg-77671

c. Niederlande[169]

i. Regelungen

Tabelle 11: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in den Niederlanden

Kriterium	Erläuterung
Übersicht	Ein Abbruch auf Verlangen ist nach Art. 82 bis 82a Strafgesetzbuch (Wetboek van Strafrecht, WvS) ab der angenommenen Lebensfähigkeit des Fötus rechtswidrig. Nach dem Gesetz zur Beendigung von Schwangerschaften (Wet afbreking zwangerschap, Wafz) muss zudem eine Beratung wahrgenommen und eine Wartezeit eingehalten werden, die jedoch mit dem*der Ärzt*in bestimmt wird. Danach ist ein Abbruch nur bei einer schwerwiegenden medizinischen oder embryopathischen Indikation möglich.
Frist zum Abbruch auf Verlangen	Lebensfähigkeit des Fötus (Art. 82a WvS); angesetzt bei 22. Woche p.c.[170] in der Praxis jedoch 20. Woche p.c. aufgrund von möglichen Fehlern bei der Bestimmung der Schwangerschaftsdauer[171]
Gesetz	Art. 82 bis 82a, Art. 296 Strafgesetzbuch (Wetboek van Strafrecht, WvS)[172] Gesetz zur Beendigung von Schwangerschaften (Wet afbreking zwangerschap, Wafz)[173]

[169] Stand: März 2023

[170] Ploem et al. 2020: 28

[171] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/abortus/vraag-en-antwoord/abortus-hoeveel-weken

[172] https://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2023-01-01#BoekTweede_TiteldeelXIXA

[173] https://wetten.overheid.nl/BWBR0003396/2021-07-01#Artikel18

	Beschluss über den Abbruch der Schwangerschaft (Besluit afbreking zwangerschap, Bafz)[174] Regelungen des Bewertungsausschusses für den späten Schwangerschaftsabbruch und Beendigung des Lebens von Neugeborenen (Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen) [175,176] Gesetz vom 16. Januar 2023 zur Änderung des Schwangerschaftsabbruchgesetzes sowie einiger weiterer Gesetze, die den gesetzlichen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durch Hausärzt*innen betreffen (Wet van 16 januari 2023 tot wijziging van de Wet afbreking zwangerschap alsmede enkele andere wetten in verband met de legale medicamenteuze afbreking van de zwangerschap via de huisarts, Wet van 16-01-2023)[177]
Strafrechtliche Konsequenzen bei unrechtmäßigen Abbrüchen	Kann mit bis zu 4 Jahren und 6 Monaten Freiheitsstrafe oder einer Geldstrafe bestraft werden (Art. 296 Abs. 1 WvS). Die schwangere Person selbst kann sich nicht strafbar machen beziehungsweise nur dann, wenn sie nach der Frist abbricht.[178]
Regelungen gelten seit	Seit 1984 ist der Schwangerschaftsabbruch im Detail im Wafz geregelt, jedoch auch weiterhin im Strafgesetz. Zuletzt wurde mit dem Gesetz vom 16. Januar 2023 zur Änderung des Gesetzes zum Schwangerschaftsabbruch der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch durch Hausärzt*innen erlaubt.

[174] https://wetten.overheid.nl/BWBR0003677/1998-06-19#Paragraaf3_Artikel11

[175] https://www.om.nl/onderwerpen/beleidsregels/aanwijzingen/specialistisch/aanwijzing-vervolgingsbeslissing-inzake-late-zwangerschapsafbreking-en-levensbeeindiging-bij-pasgeborenen-2017a003

[176] https://wetten.overheid.nl/BWBR0037570/2018-08-01#Artikel2

[177] https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stb-2023-43.html

[178] Visser et al. 2005: 29

Medizinische Indikation	**Ohne Frist**: Nach 22 Wochen p.c. kann nach medizinischem Urteil ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt werden, um die Gesundheit oder das Leben der schwangeren Person zu schützen.[179,180] Eine Straftat (hier ein Abbruch) ist straffrei, wenn diese durch höhere Gewalt erzwungen wird (Art. 40 WvS). Dies wäre bei einem solchen Abbruch der Fall, da der Gesundheitszustand der schwangeren Person und nicht die Tötung des Fötus im Vordergrund steht. Ein Abbruch nach dieser Indikation fällt in der Regel unter den Tatbestand der Straffreiheit im Eilfall und ist straffrei. Diese Fälle müssen nicht dem Bewertungsausschuss später Schwangerschaftsabbruch und Beendigung des Lebens von Neugeborenen gemeldet werden (1 Algemeen Abs. 6 Staatscourant Nr. 3145)[181]. Neben dem Bewertungsausschuss obliegt die Bewertung des Abbruchs in nicht eindeutigen Fällen der Staatsanwaltschaft, beziehungsweise die Gesundheits- und Jugendinspektion (IGJ) kann als weitere Überprüfungsinstanz eingeschaltet werden.[182]
Embryopathische Indikation	**Ohne Frist**: Der Bewertungsausschuss später Schwangerschaftsabbruch und Beendigung des Lebens von Neugeborenen unterscheidet zwischen zwei Kategorien des Schwangerschaftsabbruchs (nach 22 Wochen p.c.)[183]: • Nach Einschätzung des*der Ärzt*in ist der Fötus nicht lebensfähig. Es gilt derselbe rechtliche Rahmen wie für Abbrüche bis zur 22. Woche p.c. Diese Fälle müssen dem Bewertungsausschuss gemeldet werden, aber sind nicht strafrechtlich relevant. • Nach Einschätzung des*der Ärzt*in hat der Fötus eine oder mehrere Erkrankungen, die zu schweren und irreparablen Funktionsstörungen führen, oder es besteht eine begrenzte Überlebenschance. Der*die Ärzt*in muss mindestens eine weitere ärztliche Meinung einholen (Art. 6e Regelungen des Bewertungsausschusses für den

[179] NVOG 2017: 3

[180] Die Entscheidung wird, wenn der Gesundheitszustand der schwangeren Person das zulässt, in einem multidisziplinären Beratungsteam (zwei Gynäkolog*innen – eine*r nicht in Behandlung eingebunden behandelnd), ein*e Kinderärzt*in und gegebenenfalls ein*e Fachärzt*in (NVOG 2017: 5).

[181] https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2016-3145.html; Ploem et al. 2022: 54

[182] Ploem et al. 2022: 118ff.

[183] Ploem et al. 2022: 29

	späten Schwangerschaftsabbruch und Beendigung des Lebens von Neugeborenen). Die Fälle müssen dem Bewertungsausschuss gemeldet werden und sind nach Art. 82a WvS grundsätzlich strafbar. Der Bewertungsausschuss meldet die Fälle einem Gericht, welches entscheidet, ob der Fötus unter die Bestimmungen dieser Kategorie fällt und der Abbruch damit nicht strafbar war. Die gerichtliche Entscheidung erfolgt erst nach dem Eingriff.
Kriminologische Indikation	–
Soziale Indikation	–
Äußerung einer Notlage	Offiziell muss die schwangere Person bei einem Abbruch auf Verlangen äußern, dass sie sich in einer **Notsituation** befindet. In der Praxis wird diese Regelung von Ärzt*innen jedoch sehr liberal ausgelegt. [184]
Beratungspflicht	Es muss eine ärztliche Beratung erfolgen (Art. 5 Wafz), die auch durch den*die behandelnde Ärzt*in durchgeführt werden darf. Auch Hausärzt*innen sind zugelassen.[185] Offiziell muss die schwangere Person als Voraussetzung für den Abbruch bei der Beratung äußern, dass sie sich in einer Notsituation befindet. In der Praxis wird diese Regelung von Ärzt*innen jedoch sehr liberal ausgelegt.[186] Bestandteile der Beratung sind: Aufklärung über andere Lösungen für die Notsituation als den Schwangerschaftsabbruch, Vergewisserung, dass die schwangere Person die Entscheidung zum Abbruch freiwillig trifft und sich der Folgen bewusst ist, Informationen zu Nachsorge und Verhütungsmethoden (Art. 5 Wafz).

[184] Willems 2001: 19

[185] e*vibes 2020

[186] Willems 2001: 19

	Es gab bereits 2020 die Überlegung, ob durch ein zunehmendes Online-Beratungsangebot das Wafz dahingehend angepasst werden sollte, dass die verpflichtende Beratung in den bisherigen Beratungsstellen wegfällt.[187]
Verpflichtende Wartezeiten	Zum 1. Januar 2023 entfällt die verpflichtende Wartezeit von 5 Tagen nach der Beratung (ehemals in Art. 3 Abs. 1 & 2 Wafz, im Gesetzestext noch nicht angepasst). Bei sehr frühen Schwangerschaften (bis zum 16. Tag nach der überfälligen Periode) war auch bereits vor der Gesetzesänderung keine Wartezeit nötig.[188] Es gilt weiterhin eine Wartezeit, aber die schwangere Person bestimmt in Absprache mit dem*der Ärzt*in, wie lange diese sein soll.[189] Sie kann auch 0 Tage betragen.[190]
Einverständnis Dritter (Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)	Ist die schwangere Person unter 12 Jahre alt, kann ein Schwangerschaftsabbruch nur mit dem Einverständnis der*des Erziehungsberechtigten oder gesetzlichen Vertreter*in erfolgen. Dieses Einverständnis wird auch für schwangere Personen zwischen 12 und 16 Jahren benötigt, es sei denn, der*die Ärzt*in bestätigt, dass sie die Konsequenzen eines solchen Vorgehens vollständig versteht. Zwischen 16 und 18 Jahren wird nur ein Einverständnis gebraucht, falls der*die Ärzt*in zu dem Entschluss kommt, dass die schwangere Person keine eigene wohlüberlegte Entscheidung treffen kann.[191]
Ablehnung aus Gewissensgründen durch Gesundheitspersonal	Niemand darf verpflichtet werden, einer schwangeren Person einen Schwangerschaftsabbruch zu gewähren oder daran mitzuwirken (Art. 20 Abs. 1 Wafz). Hat ein*e Ärzt*in Gewissensgründe, die gegen einen Abbruch sprechen,

[187] Ploem et al. 2020: 153

[188] e*vibes 2020

[189] https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/abortus/nieuws/2022/07/08/verplichte-minimale-bedenktermijn-bij-abortus-vervalt

[190] https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/abortus/abortusbehandeling

[191] https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/zwanger-wat-nu#zwanger-en-minderjarig

	muss dies der schwangeren Person mitgeteilt werden (Art. 20 Abs. 2 Wafz). Dennoch besteht die gesetzliche Verpflichtung, ärztliche Informationen über den Gesundheitszustand der schwangeren Person auf deren Verlangen an eine*n andere*n Ärzt*in zu übermitteln (Art. 20 Abs. 3 Wafz).
(Gesetzlich) freie Verfügbarkeit von Informationen	Keine gesetzlichen Einschränkungen, Informationen sind frei verfügbar.

ii. Kostenübernahme

Tabelle 12: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in den Niederlanden

Kriterium	Erläuterung
Kostenübernahme	Die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch werden für schwangere Personen mit Wohnsitz in den Niederlanden übernommen. In vom Ministerium bezuschussten Abbruchskliniken sind Abbrüche für alle (legalen) Einwohner*innen, die über das niederländische Gesetz zur Langzeitpflege (WLZ) meist automatisch grundversichert sind, kostenlos. Abbrüche in Krankenhäusern werden für Versicherte in den regulären Kassen direkt von der Krankenkasse übernommen. Die genaue Regelung ist im Pflegeversicherungsgesetz (WLZ) zu finden. Schwangere Personen ohne Wohnsitz in den Niederlanden müssen die Kosten selbst tragen.[192]

[192] https://www.bloemenhove.nl/en/practical-information/abortion-costs/

iii. Versorgungslage

Tabelle 13: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in den Niederlanden

Kriterium	Erläuterung
Klinisch-medizinische Versorgung	In allen Provinzen gibt es mindestens ein Krankenhaus, das Schwangerschaftsabbrüche durchführt und (mit Ausnahmen von zwei Provinzen) auch mindestens eine Abbruchklinik.[193,194] Die lizensierten Krankenhäuser und Kliniken sind übers ganze Land verteilt und bis 2020 seien bei der zuständigen Behörde keine Beschwerden über geographische Erreichbarkeit oder fehlenden Zugang eingegangen.[195] Nach einer Umfrage von Women on Web müssen schwangere Personen im Schnitt 24 km für einen Abbruch reisen.[196] Die beiden einwohnerstärksten Provinzen, Zuid-Holland und Noord-Holland[197], haben mit 18 und 20 lizensierten Krankenhäusern und Abbruchkliniken auch die größte Abdeckung.[198]

[193] IGJ 2021: 36

[194] Alle Krankenhäuser mit gynäkologischer Abteilung besaßen in 2019 eine Lizenz, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen (IGJ 2021: 16), insgesamt 84 lizensierte Krankenhäuser. Im Jahr 2021 gab es darüber hinaus 16 lizensierte Abbruchkliniken und zwei unabhängige Behandlungszentren. Auf der Webseite der Niederländischen Vereinigung der Abbruchärzte (NGvA) wird eine Liste der Abbruchkliniken geführt: https://www.ngva.net/klinieken. Zudem hat Women on Waves, eine niederländische non-profit-Organisation, eine Wafz-Lizenz für ihre Segelyacht "Adelaide" (IGJ 2022c: 2): https://www.womenonwaves.org/en/page/650/who-are-we

[195] Ploem et al. 2020: 19

[196] Holten et al. 2021: 4

[197] https://www.niederlande-wegweiser.de/niederlande_provinzen.html

[198] IGJ 2022a: 12

	Ein Abbruch kann nur von einem*einer Ärzt*in in Einrichtungen mit Genehmigung durch den Minister (Art. 2 Wafz) durchgeführt werden.[199] 2021 wurden 90,5 Prozent der Schwangerschaftsabbrüche in Abbruchkliniken durchgeführt. [200] Seit dem Gesetz vom 16. Januar 2023 dürfen auch Hausärzt*innen medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche durchführen (Art. 6a Abs.1 Buchstabe a) Wet van 16-01-2023). Nur in den beiden Abbruchkliniken der Gemeinden Heemstede und Utrecht sind Abbrüche bis zur 20. Woche p.c. möglich. Aufgrund der Spezialisierung finden sich dort sehr gut ausgebildete Ärzt*innen für späte Abbrüche.[201] In 6 der insgesamt 16 Abbruchkliniken kann bis zur 16. Woche p.c., in 7 bis zur 11. Woche p.c. und in einer bis zur 7. Woche p.c. ein Abbruch vorgenommen werden.[202] Bei medikamentösen Abbrüchen kann die Einnahme des zweiten Medikaments zu Hause erfolgen.[203]
(Freiwillige) Beratung	Beratung kann u. a. durch Allgemeinmediziner*innen, Abbruchkliniken, die spezialisierte Organisation Fiom (auch online)[204] und Sozialarbeitende erfolgen. Zusätzliches Angebot: externe "Entscheidungshilfe-Berater*in", dies ersetzt aber nicht das Gespräch mit einem*einer Ärzt*in.[205]

199 Weitere Regelungen zu Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen siehe Bafz.

200 IGJ 2022b: 2

201 e*vibes 2020

202 https://www.ngva.net/klinieken

203 https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/abortus/abortuspil

204 https://fiom.nl/

205 Ploem et al. 2020: 72

	Der Rahmen für die Beratung durch Organisationen ist in einem Brief des Staatssekretärs festgelegt.[206] Die Beratung muss sich zudem an Art. 5 Abs. 1a Wafz halten.[207] Demnach muss durch die Beratung sichergestellt werden, dass jede Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch sorgfältig getroffen wird (Art. 5 Abs. 1a Wafz). Beratende Organisationen erhalten Mittel vom Ministerium für Gesundheit, Wohlfahrt und Sport.[208] Darüber hinaus gibt es noch andere Organisationen, die zu Schwangerschaftsabbrüchen beraten / informieren, beispielsweise christliche Organisationen.[209] Aktivist*innen stellen ausführliche Informationen zu rechtlichen Regelungen und weitere Informationen bereit.[210] Auch staatliche Seiten informieren, teils auf Englisch, über die Gesetzeslage und Ansprechpartner*innen.[211]
Schutz vor Gehsteigbelästigung	Gehsteigbelästigung vor zugelassenen Krankenhäusern und Kliniken haben zugenommen, auch wenn konkrete Zahlen zum Anstieg nicht vorliegen.[212] Dadurch werde die Online-Kommunikation zwischen Anbieter*innen von Beratung und medizinischer Versorgung mit den betroffenen Personen immer wichtiger.[213] Bürgermeister*innen können Demonstrationen unter bestimmten Bedingungen einschränken. In diesem Zuge wurden in Eindhoven,

[206] https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-32279-128.pdf

[207] https://zoek.officielebekendmakingen.nl/blg-863900.pdf

[208] Fiom: https://fiom.nl/ , Siriz: https://www.siriz.nl/, Altra, Urban Fiom Agenturen (Amsterdam, Utrecht und Den Haag) und Sense/GGD (Nord-Niederlande): https://sense.info/nl

[209] Ploem et al. 2020: 26

[210] Zanini et al. 2021: 8

[211] https://www.government.nl/topics/abortion/question-and-answer/i-am-thinking-about-getting-an-abortion-what-should-i-do

[212] Ploem et al. 2020: 19

[213] Ploem et al. 2020: 154

	Amsterdam und Rotterdam Schutzzonen in der Nähe von Abbruchkliniken eingerichtet, in denen nicht demonstriert werden darf (Stand 2021).[214]
Zugang vulnerabler Gruppen	Kosten für schwangere Personen ohne Wohnsitz in den Niederlanden und Personen ohne eigene Krankenversicherung siehe Kosten oben. Die Abbruchrate bei Migrant*innen ist höher als beim Rest der Bevölkerung, was Forderungen hervorruft, für diese Bevölkerungsgruppe gezielter über die Verhinderung einer ungewollten Schwangerschaft zu informieren.[215]

[214] https://cne.news/article/386-dutch-city-of-eindhoven-introduces-buffer-zone-around-abortion-clinic

[215] Ploem et al. 2020: 74; Staatssecretaris van Volksgezondheid 2006: 5; IGJ 2022c: 1; IGJ 2022a.

d. Schweden[216]

i. Regelungen

Tabelle 14: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Schweden

Kriterium	Erläuterung
Übersicht	Ein Schwangerschaftsabbruch ist nach dem Abbruchsgesetz Abortlag 1974:595 bis zur 16. Woche p.c. nicht rechtswidrig. Er kann ohne spezifische Gründe von der schwangeren Person selbst entschieden werden, solange ihr Leben oder ihre Gesundheit nicht gefährdet wird (§ 1 Abortlag). Spätere Abbrüche müssen vom Nationalen Amt für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsen) unter Darlegung besonderer Gründe / Indikationen genehmigt werden.
Frist zum Abbruch auf Verlangen	16. Woche p.c. (§ 1 Abortlag)
Gesetz	Abbruchsgesetz (Abortlag 1974:595)[217], dem Ministerium für Gesundheit und Soziales zugeordnet Bestimmungen des Nationalen Amtes für Gesundheit und Wohlfahrt (Socialstyrelsens föreskrifter om abort, SOSFS 2009:15)[218]

[216] Stand: April 2023

[217] https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/abortlag-1974595_sfs-1974-595/

[218] https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/200915-om-abort2/

Strafrechtliche Konsequenzen bei unrechtmäßigen Abbrüchen	Ein illegal durchgeführter Abbruch kann mit bis zu sechs Jahren Freiheitsstrafe oder einer Geldstrafe auf Seiten der Ärzt*innen geahndet werden (§ 9 Abortlag, verweist auf Abschnitt 23 im Strafgesetz[219]). Die schwangere Person kann nicht selbst bestraft werden.[220]
Regelungen gelten seit	1974, kleinere Änderungen 2007 (Abbrüche auch für Nicht-schwedische Einwohner*innen) und 2013 (Abbrüche auch für Asylsuchende und Menschen ohne Papiere)
Medizinische Indikation	**Ohne Frist:** Nach der 16. Woche p.c. muss bei ernsthafter Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der schwangeren Person das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt den Abbruch erlauben. Wenn der Abbruch nicht aufgeschoben werden kann, kann der Abbruch ohne Genehmigung des Amtes erfolgen (§ 6 Abortlag).
Embryopathische Indikation	**Bis zur 19. Woche p.c. + 6 Tage**: Wird eine Schädigung des Fötus nach der 16. Woche p.c. festgestellt, kann dies als außergewöhnlicher Grund für einen Schwangerschaftsabbruch beim Nationalen Amt für Gesundheit und Wohlfahrt angegeben werden. Der Abbruch ist nicht zulässig, wenn der Fötus außerhalb des Körpers der schwangeren Person überleben kann (§ 3 Abortlag). [221] Für die Lebensfähigkeit des Fötus wird aktuell die Frist von 19 Wochen p.c. + 6 Tagen angewendet.[222]
Kriminologische Indikation	**Bis zur 19. Woche p.c. + 6 Tage:** Im Gesetzestext nicht erwähnt. Verschiedene Studien verweisen aber auch auf längere Fristen auch Abbrüchen beziehungsweise Schwangerschaften als Resultat einer Straftat.[223]

[219] https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700/#K23

[220] https://abortion-policies.srhr.org/country/sweden/

[221] RFSU 2020: 6

[222] Eine gesetzliche Frist wurde bewusst nicht festgehalten, um die Frist zur Lebensfähigkeit des Fötus entsprechend der medizinischen Entwicklungen in der Neugeborenenversorgung anzupassen, das heißt zu verkürzen. Das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt wendet aktuell eine Frist von 19 Wochen p.c. + 6 Tagen an: https://ki.se/en/research/safe-abortion-saves-womens-lives

[223] IPPF EN 2019: 34; UN 2014: 23

Soziale Indikation	**Bis zur 19. Woche p.c. + 6 Tage:** Das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt kann einen Abbruch nach der 16. Woche p.c. aufgrund sozialer Gründe, wie beispielsweise junges Alter, schwierige Lebensbedingungen oder Sucht der schwangeren Person bewilligen.[224]
Äußerung einer Notlage	–
Beratungspflicht	Keine Beratungspflicht. Allerdings muss von den durchführenden Ärzt*innen nach dem Schwangerschaftsabbruch unterstützende Beratung angeboten werden, (§ 8 Abortlag) und auch vor Durchführung des Abbruchs ist eine Beratung anzubieten (§ 2). Die schwangere Person hat demnach das Recht auf Beratung.
Verpflichtende Wartezeiten	Keine verpflichtenden Wartezeiten
Einverständnis Dritter (Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)	Mit der Gesetzesreform 2009:15 wurde das Einverständnis bei Minderjährigen neu geregelt: Der*die Leistungserbringer*in ist dafür verantwortlich, Verfahren festzulegen, nach denen beurteilt wird, ob Erziehungsberechtigte informiert werden müssen oder eine Anzeige an das Nationale Amt für Gesundheit und Wohlfahrt gestellt werden muss (§ 3,4 SOSFS 2009:15). Andere Quellen verweisen darauf, dass kein Einverständnis der Erziehungsberechtigten oder gesetzlichen Vertreter*innen vorliegen muss,[225] Minderjährige jedoch bestärkt werden, mit ihren Eltern / gesetzlichen Vertreter*innen zu sprechen[226]. Nach Überschreitung der 16. Woche p.c. muss der Schwangerschaftsabbruch vom Nationalen Amt für Gesundheit und Wohlfahrt genehmigt werden (§ 3 Abortlag).

[224] RFSU 2020: 6

[225] Marques-Pereira 2023: Tabelle A1

[226] IPPF EN 2019: 79

Ablehnung aus Gewissensgründen durch Gesundheitspersonal	Keine Gewissensklausel[227] Es gibt einzelne Forderungen nach einer Gewissensklausel, die jedoch zurückgewiesen wurden.[228]
(Gesetzlich) freie Verfügbarkeit von Informationen	Informationen frei zugänglich

ii. Kostenübernahme

Tabelle 15: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in Schweden

Kriterium	Erläuterung
Kostenübernahme	Die Kosten eines Abbruchs fallen unter die nationale Grundversicherung (Försäkringskassan) und werden fast vollständig durch das Nationale Gesundheitssystem[229] übernommen. Die schwangeren Personen müssen nur eine geringe Gebühr zwischen 260 und 380 SEK (ca. 22 und 33 Euro) zahlen, was der üblichen Kostenbeteiligung für einen Besuch bei eine*r Ärzt*in entspricht. Schwangere Personen unter 18 Jahren müssen nichts für den Abbruch zahlen.[230]

[227] Einige Ärzt*innen der Europäischen Gesellschaft für Empfängnisverhütung und reproduktive Gesundheit sind der Ansicht, dass dies schwangeren Personen ein echtes Recht auf Schwangerschaftsabbruch garantiert (Marques-Pereira 2023: 18).

[228] Zwei Krankenpfleger*innen gingen gerichtlich gegen das Fehlen der Gewissensklausel und für das Recht, aufgrund ihres christlichen Glaubens einen Abbruch zu verweigern, vor. Mehrere schwedische Gerichte und zuletzt der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte entschieden gegen sie: https://www.bbc.com/news/world-europe-51874119

[229] Das nationale Gesundheitssystem wird durch Steuern und die nationale Regierung finanziert, die öffentliche Gesundheits- und Präventionsdienste abdecken. Die Abdeckung im Rahmen dieses Systems ist universell; alle Einwohner*innen haben Zugang zu öffentlich finanzierten Gesundheitsdiensten. Das Gesundheitssystem ist dezentralisiert, das heißt es wird von den Regionen oder Gemeinden verwaltet. Es gibt öffentliche und private Anbieter*innen.

[230] https://www.thenewbieguide.se/health/sexual-and-reproductive-health/abortion/

	Seit 2008 haben auch schwangere Personen nicht-schwedischer Nationalität das Recht auf einen Abbruch. In diesen Fällen muss die Person selbst oder ihr Heimatland für den Abbruch aufkommen. Seit 2013 haben auch Menschen ohne Papiere und Asylsuchende das Recht auf einen Abbruch. Die Kosten belaufen sich auf den gleichen Preis wie für einen regelmäßigen Arztbesuch.[231]

iii. Versorgungslage

Tabelle 16: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in Schweden

Kriterium	Erläuterung
Klinisch-medizinische Versorgung	Die Versorgung mit Einrichtungen wird als gut eingeschätzt, insbesondere da ein Abbruch nicht aus Gewissensgründen abgelehnt werden kann und auch Hebammen Abbrüche vornehmen können.[232] Die Zuständigkeit für die Gesundheitsversorgung liegt zum großen Teil bei den Gemeinden und Regionen. Die Bereitstellung und Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen ist dabei hauptsächlich Aufgabe der Regionen.[233] Der Abbruch kann nur von einem*einer Ärzt*in oder Hebamme[234] in einer Klinik oder einem Krankenhaus durchgeführt werden, das vom Nationalen Amt für Gesundheit und Wohlfahrt zugelassen ist (§ 5 Abortlag). 2013 gab es rund 130

[231] RFSU 2020: 5 ; Weitere Informationen: https://www.socialstyrelsen.se/en/about-us/healthcare-for-visitors-to-sweden/

[232] Endler et al. 2020: 38f.

[233] Rydelius et al. 2022: 2; https://skr.se/tjanster/englishpages/municipalitiesandregions/localselfgovernment.1305.html

[234] Seit 2007 werden auch Hebammen für einen Abbruch geschult. Die erste von Hebammen betriebene Abbruchsstation wurde 2009 eröffnet (Endler et al. 2020).

	Einrichtungen (gynäkologische Abteilungen und spezialisierte Kliniken), die einen Abbruch durchführen durften.[235] 2020 ermöglichten ca. 50 dieser Einrichtungen einen Abbruch durch eine Hebamme.[236, 237] Der medikamentöse Abbruch kann sowohl in einer Klinik als auch Zu Hause durchgeführt werden. Das erste Medikament muss allerdings in der Klinik eingenommen werden.[238, 239]
(Freiwillige) Beratung	Beratungsangebote unterschiedlicher Träger*innen vorhanden
Schutz vor Gehsteigbelästigung	Es konnten keine Informationen zu Protesten vor Einrichtungen oder politischen Maßnahmen recherchiert werden.
Zugang vulnerabler Gruppen	Kostenübernahme bei Minderjährigen und Personen nicht-schwedischer Nationalität siehe Kosten oben Minderjährige siehe Einverständnis Dritter oben

[235] Endler et al. 2020: 34

[236] Endler et al. 2020

[237] Neben den Abbruchskliniken und -praxen gibt es insgesamt rund 661 Kliniken und Praxen, die eine Schwangerschaftsuntersuchung u.Ä. zur Verfügung stellen: https://www.1177.se/Jonkopings-lan/hitta-vard/?q=&caretype=Barnmorskemottagning&s=name&lat=&lng= (Stand: April 2023)

[238] https://abort-report.eu/statistics/sweden/

[239] In der Legislaturperiode 2022–2024 soll der Schwangerschaftsabbruch zu Hause weiter ausgebaut werden: https://www.government.se/speeches/2022/10/statement-of-government-policy/

e. Spanien[240]

i. Regelungen

Tabelle 17: Regelungen des Schwangerschaftsabbruchs in Spanien

Kriterium	Erläuterung
Übersicht	Schwangerschaftsabbrüche werden im Organgesetz[241] 2/2010 vom 3. März über die sexuelle und reproduktive Gesundheit und den freiwilligen Schwangerschaftsabbruch (Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, LO 2/2010) geregelt (Art. 12 LO 2/2010). Bei einem Abbruch darf die Frist von 12. Wochen p.c. nicht überschritten werden (Art. 14 LO 2/2010), außer es liegen medizinische Indikationen vor (Art. 15 LO 2/2010). Dann darf ein Abbruch bis zur 20. Woche p.c. erfolgen. Das Organgesetz 1/2023 vom 28. Februar (Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010) ändert das Organgesetz 2/2010 vom 3. März über sexuelle und reproduktive Gesundheit und den freiwilligen Schwangerschaftsabbruch in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche folgendermaßen:[242,243] • Besserer Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen im öffentlichen Gesundheitssystem: verpflichtend für Regionen, Abbrüche in öffentlichen Krankenhäusern anzubieten • Registrierung von Ablehnung aufgrund von Gewissensgründen • Wegfall des verpflichtenden Einverständnisses der Erziehungsberechtigten bei 16- und 17-jährigen • Wegfall der Bedenkzeit

[240] Stand: März 2023

[241] Organgesetze sind in Spanien Gesetze, die Themen betreffen, die in Art. 81 der Verfassung geregelt sind, unter anderem Grundrechte und öffentliche Freiheiten. Im Gesetzgebungsverfahren gelten Besonderheiten gegenüber den gewöhnlichen Gesetzen.

[242] https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364

[243] https://elpais.com/sociedad/2023-02-16/claves-de-la-reforma-de-la-ley-del-aborto.html

	• Wegfall der „Aufklärungspflicht“ Das Organgesetz gilt für das gesamte Staatsgebiet ohne die regionalen Befugnisse zu verletzen (Fünfte Schlussbestimmung LO 2/2010). Die autonomen Gemeinschaften haben u. a. die Befugnis, grundlegende staatliche Rechtsvorschriften auszuarbeiten sowie umzusetzen. Dies bezieht sich auch auf den Bereich Gesundheitswesen und öffentliche Gesundheit.[244, 245] Siehe klinisch-medizinische Versorgungslage unten.
Frist zum Abbruch auf Verlangen	12. Woche p.c. (Art. 14 LO 1/2023); 2010 angehoben von 10 auf 12 Wochen p.c.
Gesetz	Organgesetz 2/2010 vom 3. März über die sexuelle und reproduktive Gesundheit und den freiwilligen Schwangerschaftsabbruch (Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de Salud Sexual y Reproductiva y de Interrupción Voluntaria del Embarazo, LO 2/2010)[246] Organgesetz 1/2023 vom 28. Februar, das das Organgesetz 2/2010 vom 3. März über sexuelle und reproduktive Gesundheit und den freiwilligen Schwangerschaftsabbruch ändert (Ley Orgánica 1/2023, de 28 de febrero, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, LO 1/2023)[247]

[244] https://administracion.gob.es/pag_Home/espanaAdmon/comoSeOrganizaEstado/ComunidadesAutonomas.html

[245] Die rechtsextreme Partei Vox hatte in der autonomen Gemeinschaft Castilla y León, in der sie Teil der Regierung ist, im Januar 2023 versucht, eine Leitlinie durchzusetzen, dass Ärzt*innen schwangere Personen anbieten müssen, den Herzschlag des Fötus zu messen und ein 4D-Ultraschall zu erstellen. Zwar haben autonome Staaten regionale Befugnisse, diese dürfen aber nicht gegen bestehende Gesetze verstoßen oder die Grundrechte einschränken. Nach Ansicht der spanischen Regierung verstößt das Vorhaben gegen die geltenden Vorschriften zum freiwilligen Schwangerschaftsabbruch. Die Regierung drohte mit rechtlichen Schritten und sogar mit Aberkennung der Regionalhoheit über die Gesundheitsversorgung für Castilla y León. https://www.ondacero.es/noticias/espana/gobierno-avisa-requerimiento-castilla-leon-que-aplique-medidas-que-vulneren-derecho-aborto_2023011563c44ccb50aecb000134acc2.html; https://taz.de/Schwangerschaftsabbrueche-in-Spanien/!5906314/

[246] https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-3514

[247] https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2023-5364

	Art. 9 Gesetz 41/2002 vom 14. November, Grundverordnung der Patientenautonomie und der Rechte und Pflichten in Bezug auf Informationen und klinische Dokumentation (Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002)[248] Art. 144 bis 146 sowie Art. 172 quater. des Strafgesetzbuches (Código Penal, CP)[249]
Strafrechtliche Konsequenzen bei unrechtmäßigen Abbrüchen	Wer außerhalb der gesetzlich zulässigen Fälle mit dem Einverständnis der schwangeren Person den Schwangerschaftsabbruch durchführt, wird mit einer Freiheitsstrafe von 1 bis zu 3 Jahren und mit einem besonderen Berufs- und Dienstleistungsverbot von 1 bis 6 Jahren bestraft (Art. 145 Abs. 1 CP). Die schwangere Person wird in dem Fall mit einer Geldstrafe von 6 bis 24 Monaten bestraft (Art. 145 Abs. 2 CP). Bei den in Art. 145 bis. Abs. 1 Buchstabe a) bis d) CP genannten Aspekten, wie etwa bei einem Abbruch außerhalb eines akkreditierten Gesundheitszentrums (d), macht sich die schwangere Person nicht strafbar (Art. 145 bis. Abs. 3 CP).
Regelungen gelten seit	Vor der Einführung des LO 2/2010 wurden Schwangerschaftsabbrüche seit 1985 in Art. 417 Código Penal[250], CP geregelt.[251] Durch Kapitel II LO 2/2010 wurde dieser Art. 417 CP aufgehoben sowie Art. 145 CP neu formuliert und Art. 145 bis. eingeführt.

248 https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2002-22188

249 Hier finden sich nur Artikel in Bezug auf Straftaten im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen (Art. 144 bis 146 sowie Art. 172 quater. CP).

250 https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1995-25444

251 https://www.boe.es/eli/es/lo/1985/07/05/9

Medizinische Indikation	**Bis zur 20. Woche p.c.**[252]: Das Leben oder die Gesundheit der schwangeren Person ist ernsthaft in Gefahr, was in einem vor dem Eingriff erstellten Gutachten eines*einer anderen Ärztin*Arztes bescheinigt wird. Bei Lebensgefahr der schwangeren Person kann auf das Gutachten verzichtet werden (Art. 15 Buchstabe a) LO 2/2010).
Embryopathische Indikation[253]	**Bis zur 20. Woche p.c.**: Es besteht die Gefahr schwerwiegender Anomalien des Fötus, welche in einem vor dem Eingriff erstellten Gutachten von zwei anderen Fachärzt*innen bescheinigt werden (Art. 15 Buchstabe b) LO 2/2010).[254] **Ohne Frist**: Wenn Anomalien des Fötus festgestellt werden, die ihn lebensunfähig machen. Vor dem Abbruch muss ein*e Ärzt*in dies in einem Gutachten feststellen. Wenn beim Fötus eine äußerst schwere und unheilbare Krankheit festgestellt wird, muss dies ein klinisches Komitee[255] bestätigen (Art. 15 Buchstabe c) LO 2/2010).
Kriminologische Indikation	–
Soziale Indikation	–
Äußerung einer Notlage	–
Beratungspflicht	**Entfällt mit der Gesetzesreform vom 16. Februar 2023.**

[252] Die angenommene Lebensfähigkeit des Fötus wird bei 20 Wochen p.c. angesetzt (Präambel Absatz II LO 2/2010).

[253] Im Gesetz fällt die embryopathische Indikation unter die medizinische Indikation (Art. 15 Buchstabe b) und c) LO 2/2010).

[254] Zusätzlich zu den allgemeinen Informationen (Art. 17 Abs. 1 und 2 LO 2/2010) können schwangere Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach Art. 15 Buchstabe b) LO 2/2010 durchführen, Informationen über die Rechte, Leistungen und bestehende öffentliche Beihilfen zur Unterstützung der Autonomie von Menschen mit Behinderungen sowie über soziale Organisationen, die soziale Unterstützung bieten, erhalten (Art. 17 Abs. 3 LO 1/2023).

[255] Das Komitee besteht aus einem multidisziplinären Team mit zwei Fachärzt*innen für Geburtshilfe und Gynäkologie oder Expert*innen für Pränataldiagnostik und einer*m Kinderärzt*in. Die schwangere Person kann eine*n dieser Spezialist*innen auswählen. Keines der Mitglieder darf in dem Register für Einwände aus Gewissensgründen geführt werden oder in den letzten drei Jahren dort geführt worden sein (Art. 16 Abs. 1 LO 1/2023). In jeder autonomen Gemeinschaft gibt es mindestens ein klinisches Komitee in einem Zentrum des öffentlichen Gesundheitsnetzes (Art. 16 Abs. 3 LO 1/2023).

	Die schwangere Person kann auf ihren Wunsch vor dem Abbruch durch Gesundheitspersonal einzelne oder gesammelte Informationen erhalten. Dazu gehören Informationen zu verfügbaren Zentren, auch in Hinblick auf Verhütung (Art. 17 Abs. 2 Buchstabe a) LO 1/2023), Beratungsstellen vor und nach dem Abbruch (Art. 17 Abs. 2 Buchstabe b) LO 1/2023), öffentlichen Beihilfen sowie Krankenversicherungen (Art. 17 Abs. 2 Buchstabe c) LO 1/2023) und weitere Leistungen und Hilfen für Eltern und Kinder (Art. 17 Abs. 2 Buchstabe d) LO 1/2023). Die Informationen können auf Wunsch der schwangeren Person auch mündlich besprochen werden (Art. 17 Abs. 5 Satz 3 und 4 LO 1/2023).
Verpflichtende Wartezeiten	**Entfällt mit der Gesetzesreform vom 16. Februar 2023.**[256]
Einverständnis Dritter (Erziehungsberechtigte bei Minderjährigen)	Schwangere Personen, die urteils- oder geschäftsunfähig beziehungsweise unter 16 Jahre alt sind, brauchen zusätzlich zur eigenen Willensbekundung die Zustimmung des oder der gesetzlichen Vertreter*in (Art. 9 Abs. 3 und 4 Ley 41/2002). Das verpflichtende Einverständnis Dritter für 16- und 17-jährige entfällt mit der Gesetzesreform vom 16. Februar 2023. Ab Vollendung des 16. Lebensjahres können schwangere Personen ohne Zustimmung Dritter abbrechen (Art. 13 bis. Abs. 1 LO 1/2023).
Ablehnung aus Gewissensgründen durch Gesundheitspersonal	Medizinisches Personal kann die eigene direkte Beteiligung an einem freiwilligen Schwangerschaftsabbruch aus Gewissensgründen ablehnen, was es vorher schriftlich mitteilen muss. Der Zugang und die Qualität der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen darf dadurch jedoch nicht untergraben werden (Art. 19 bis. Abs. 1 Satz 1 und 2 LO 1/2023). Das medizinische Personal muss, auch wenn es die direkte Beteiligung aus Gewissensgründen ablehnt, vor und nach einem Eingriff zum Schwangerschaftsabbruch der schwangeren Person eine angemessene Behandlung und medizinische Versorgung zukommen lassen (Art. 19 bis. Abs. 2 LO 1/2023).

[256] Damit entfällt die Wartezeit von 3 Tagen ab der ehemals verpflichtenden Beratung (Art. 14 Buchstabe b) LO 2/2010).

	Die Verweigerung aus Gewissensgründen hat in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen zugenommen.[257] Das medizinisches Personal, das einen Abbruch aus Gewissensgründen ablehnt, wird nach Art. 19 ter. LO 1/2023 zukünftig in einem Register erfasst.[258] Die autonomen Gemeinschaften sowie das Nationale Institut für Gesundheitsmanagement (Ingesa) sind für die Verarbeitung dieser Daten zuständig (Art. 19 ter. Abs. 1 LO 1/2023). Das Register wird Krankenhausdirektor*innen und Personalmanager*innen zugänglich sein, um einen flächendeckenden Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen zu sichern.[259]
(Gesetzlich) freie Verfügbarkeit von Informationen	**Informationen frei zugänglich**[260] Die öffentliche Verwaltung soll Sensibilisierungskampagnen zur Förderung reproduktiver Rechte mit einem Schwerpunkt auch auf dem freiwilligen Schwangerschaftsabbruch anregen (Art. 10 quinquies. Abs. 1 LO 1/2023).

[257] Marques-Pereira 2023: 191

[258] https://www.acaive.com/asesoramiento-legal/

[259] https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/el-nuevo-registro-de-medicos-objetores-del-aborto-no-reflejara-los-motivos-1317

[260] Das öffentliche Gesundheitswesen ist dazu verpflichtet, Informationen über reproduktive Rechte, öffentliche Leistungen, Krankenversicherung während Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sowie über Arbeitnehmerrechte und andere Arten von Leistungen und öffentlichen Dienstleistungen im Zusammenhang mit Mutterschaft und Kinderbetreuung zugänglich zu machen (Art. 7a Buchstabe d) LO 1/2023). Jede schwangere Person, die einen freiwilligen Abbruch durchführen möchte, erhält vom Gesundheitspersonal Informationen über beispielsweise die verschiedenen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs, Bedingungen und Kostenübernahme (Art. 17 Abs. 1 LO 1/2023).

ii. Kostenübernahme

Tabelle 18: Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs in Spanien

Kriterium	Erläuterung
Kostenübernahme	Schwangerschaftsabbrüche werden als Leistungen des Nationalen Gesundheitssystems gewährleistet (Art. 18 LO 2/2010). Zur Kostenübernahme durch die Versicherung muss vor dem Abbruch ein Termin mit einem*einer Fachärzt*in ausgemacht werden, welche*r die schwangere Person dann an eine Hebamme weiterleitet, die das Verfahren verwaltet und an eine Klinik zum Abbruch überweist.[261] Für Menschen ohne eine Sozialversicherung und / oder Ausweisdokumente wird der Abbruch nicht übernommen.[262]

iii. Versorgungslage

Tabelle 19: Versorgungslage des Schwangerschaftsabbruchs in Spanien

Kriterium	Erläuterung
Zugang zu klinisch-medizinischer Versorgung	Verschiedene Webseiten stellen eine Übersicht der akkreditierten Abbruchskliniken nach beispielsweise Träger*innen oder Regionen zur Verfügung.[263] Insgesamt sind 2021 in Spanien 210 Gesundheitszentren registriert, die freiwillige Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Davon sind 124 öffentlich und 86 privat. Die meisten sind in Katalonien zu finden, dies ist gleichzeitig die autonome Gemeinschaft mit der zweitgrößten Einwohnerzahl. In Extremadura, Castilla – la Mancha, Aragon, Madrid und Murcia gibt es nur private Gesundheitszentren. Zudem gibt

[261] https://cgsants.es/blog/cuanto-tarda-abortar-por-seguridad-social/

[262] https://www.clinicasabortos.com/aborto-seguridad-social

[263] https://www.clinicasabortos.com/clinicas-de-aborto-en-espana; https://www.acaive.com/clinicas/

es in Extremadura, Castilla – la Mancha, Aragon und Cantabria nur zwei beziehungsweise ein einziges Gesundheitszentrum für freiwillige Abbrüche.[264]

Der Schwangerschaftsabbruch muss von einem*einer Fachärzt*in oder unter dessen*deren Leitung durchgeführt werden (Art. 13 Buchstabe a) LO 1/2023) und in einem akkreditierten öffentlichen oder privaten Gesundheitszentrum stattfinden (Art. 13 Buchstabe b) LO 1/2023). Es muss unabhängig vom Wohnort der schwangeren Person ein gleichberechtigter Zugang zu Leistungen und Dienstleistungen des nationalen Gesundheitssystems gewährleistet werden (Art. 19 Abs. 1 LO 1/2023).

In den 17 autonomen Gemeinschaften herrschen unterschiedliche Regelungen, wodurch der Zugang zu Abbrüchen regional unterschiedlich gewährleistet ist.[265] Daher werden die Regionen mit der Gesetzesänderung von 2023 verpflichtet, in allen öffentlichen Krankenhäusern Abbrüche anzubieten. Die regionalen Unterschiede werden besonders für Abbrüche nach der 12. Woche p.c. (auf Basis von Indikationen) deutlich, da Gesundheitsbehörden in einigen Regionen durch strenge technische, hygienische, bürokratische und personelle Auflagen für Abbrüche im zweiten Trimester die Schließung einiger Gesundheitszentren erzwangen. In diesen Regionen werden Abbrüche nach der 12. Woche p.c. nur noch in Krankenhäusern durchgeführt.[265] Dies weist auf Versorgungslücken hin, da die überwiegende Mehrheit aller Abbrüche (2021 waren es 86,39 %) nicht in Krankenhäusern sondern Kliniken oder Gesundheitszentren durchgeführt werden.[266]

Bei medikamentösen Abbrüchen kann die Einnahme des zweiten Medikaments zu Hause erfolgen.[267]

[264] Ministerio de Sanidad 2022: 20

[265] Rivas Barrera 2018: 11

[266] Ministerio de Sanidad 2022: 15

[267] https://abort-report.eu/statistics/spain/

	Laut Gesetz soll die Ausbildung von Angehörigen der Gesundheitsberufe aus intersektionaler und Menschenrechtsbasierter Gleichstellungsperspektive Inhalte zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte auch mit Blick auf besonders vulnerable Gruppen erfolgen.[268, 269]
Zugang zu (freiwilliger) Beratung	2021 informierten sich schwangere Personen mehrheitlich (71,1 %) in öffentlichen Gesundheitszentren über Schwangerschaftsabbrüche, gefolgt von 11 % über das Internet.[270] Beratungstermine können bei vielen der Gesundheitszentren auch online gebucht werden[271]. Die Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción Voluntaria del Embarazo (ACAI) bietet auch eine rechtliche Beratung im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen an.[258] Zuständige Behörden müssen nach der neuen Gesetzesreform eine auf Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechten spezialisierte Hotline einrichten, die Informationen über das Recht auf Schwangerschaftsabbruch und den Weg der Bereitstellung im öffentlichen Versorgungssystem bietet (Art. 18 bis. Buchstabe c) LO 1/2023).
Schutz vor Gehsteigbelästigung	Durch das Organgesetz 4/2022 vom 12. April (Ley Orgánica 4/2022, LO 4/2022)[272] wird ein neuer Art. 172 quater. CP erlassen, der Gehsteigbelästigungen unter Strafe stellt. Demnach wird die Belästigung, Beleidigung, Einschüchterung oder Nötigung einer schwangeren Person mit einer Freiheitsstrafe von 3 Monaten bis zu 1 Jahr oder zu 31

[268] 2017 wurde in einer Einschätzung der Mangel an Einbeziehung von Methoden zum Schwangerschaftsabbruch in der medizinischen Ausbildung als ein Grund für eine nicht flächendeckende Eingliederung von Schwangerschaftsabbrüchen in das öffentliche Gesundheitswesen genannt: https://www.infolibre.es/opinion/columnas/aborto-sanidad-publica_1_1136221.html

[269] Dazu wird die sexuelle und reproduktive Gesundheit in den Lehrplänen aufgenommen (Art. 8 Abs. 1 Buchstabe a) LO 1/2023), Fachleute werden in Bezug auf freiwillige Schwangerschaftsabbrüche ausgebildet (Art. 8 Abs. 1 Buchstabe b) LO 1/2023) , Weiterbildungsprogramme für sexuelle und reproduktive Gesundheit werden angeboten (Art. 8 Abs. 1 Buchstabe c) LO 1/2023) sowie die Bedürfnisse der am stärksten gefährdeten Gruppen oder sozialen Sektoren, wie beispielsweise Menschen mit Behinderungen, in die Ausbildung mit aufgenommen (Art. 8 Abs. 1 Buchstabe d) LO 1/2023).

[270] Ministerio de Sanidad 2022: 30

[271] https://www.centromedicoaragon.com/servicios-salud-sexual/asesoramiento/

[272] https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-6044

	bis 80 Tage gemeinnütziger Arbeit bestraft (Art. 172 quater. Abs. 1 CP). Dasselbe Strafmaß gilt für die Belästigung von medizinischem Personal in seiner beruflichen oder öffentlichen Funktion sowie von medizinischem oder leitendem Personal von Zentren, die zum Schwangerschaftsabbruch berechtigt sind (Art. 172 quater. Abs. 2 CP). Darüber hinaus kann ein Betretungsverbot für bestimmte Orte für die Dauer von 6 Monaten bis zu 3 Jahren verhängt werden (Art. 172 quater. Abs. 3 CP). Zur Verfolgung dieser Straftatbestände bedarf es keiner Anzeige durch die Betroffenen (Art. 172 quater. Abs. 5 CP). Abbruchsgegner*innen klagen regelmäßig gegen Abbruchskliniken, beispielsweise wegen Datenschutz, biologischer Abfallwirtschaft und -entsorgung, Rechnungsstellung und Steuervergehen, Werbung und informativer Inhalte von Webseiten.[273] Darüber hinaus bewerteten 73,33 % der schwangeren Personen, die zu akkreditierten Zentren für einen Abbruch kamen, die Gehsteigbelästigung durch Abbruchsgegner*innen als sehr belästigend.[274]
Zugang vulnerabler Gruppen	Kosten für Menschen ohne eine Sozialversicherung und / oder Ausweisdokumente siehe Kosten oben. Die Ausbildung von Fachkräften in Gesundheitsberufen soll die Realität und die Bedürfnisse der am stärksten gefährdeten Gruppen oder sozialen Sektoren, wie beispielsweise Menschen mit Behinderungen, berücksichtigen (Art. 8 Buchstabe d) LO 2/2010). Menschen mit jeglicher Art von Behinderung soll ihr Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit garantiert werden, indem für sie zugängliche Umgebungen und die notwendige Unterstützung auf der Grundlage ihrer Behinderung garantiert und geschaffen werden (Art. 5 Abs. 1 Buchstabe k) LO 1/2023). Als Maßnahmen zur Förderung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit soll auch ein besonderes Augenmerk auf Sprachbarrieren und unterschiedliche kulturelle Bedeutungen bei Ausländer*innen gelegt werden (Art. 5 Abs. 2 Buchstabe b) LO 1/2023).

[273] Rivas Barrera 2018: 8

[274] ACAI 2018: 3

Sonstiges	Die Regierung verfolgt eine Strategie für sexuelle und reproduktive Gesundheit. Diese Strategie hat eine Laufzeit von fünf Jahren und wird zweijährlich bewertet, mit dem Ziel des universellen Zugangs zu sexueller und reproduktiver Gesundheit (Art. 11 LO 1/2023). Das Organgesetz zielt auch auf die Förderung von gleichberechtigen Beziehungen zwischen Mann und Frau in Hinblick auf sexuelle Gesundheit (Art. 5 Abs. 2 Buchstabe g) 1/2023) sowie Mitverantwortung im Sexualverhalten, unabhängig von der sexuellen Orientierung (Art. 5 Abs. 2 Buchstabe h) LO 1/2023). Informationen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit müssen von den öffentlichen Stellen diskriminierungsfrei, im Bildungssystem integriert und universell zugänglich gemacht werden (Art. 5 Abs. 1 Buchstabe a) bis f) LO 1/2023). Zudem sollen Informations- und Sensibilisierungsmaßnahmen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit und besonders zur Verhinderung ungewollter Schwangerschaften entwickelt werden (Art. 5 Abs. 1 Buchtstabe g) LO 1/2023). Außerdem wird die Bildung zu sexueller und reproduktiver Gesundheit in das Bildungssystem aufgenommen (Art. 9 LO 2/2010). Mit der Reform vom 16. Februar 2023 wird die Pille danach kostenlos in Gesundheitszentren und Zentren für sexuelle und reproduktive Gesundheit zur Verfügung gestellt.[275]

[275] https://www.ondacero.es/noticias/sociedad/congreso-aprueba-ley-aborto-elimina-necesidad-permiso-paterno-16-anos_2023021663ee2a6e2b5c7800012fbdb7.html

III. Abbruchraten und weitere Daten zu reproduktiver Gesundheit

Tabelle 20: Abbruchraten und weitere Daten zu reproduktiver Gesundheit

Indikator	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
Anzahl gemeldeter Schwangerschaftsabbrüche (Quelle: nationale Statistiken)	94.596 (2021)[276]	208.200 (2021)[277]	30.934 (2021)[278]	33.578 (2021)[279]	90.189 (2021)[280]
Schwangerschaftsabbruchrate (abortion rate) – Anzahl von Abbrüchen pro 1.000	5,6:1.000 Frauen im Alter 15–49 Jahre (2021)[282]	14,9:1.000 Frauen im Alter 15–49 Jahre (2021)[283]	8,7:1.000 Frauen im Alter 15–45 Jahre (2021)[284]	18:1.000 Frauen im Alter 15–44 Jahre (2021)[285]	10,7:1.000 Frauen im Alter 15–44 Jahre (2021)[286]

[276] Destatis 2022a: 27

[277] DREES 2022; diese Zahl bezieht sich auf den zum europäischen Kontinent gehörenden Teil Frankreichs (ohne Übersee-Gebiete).

[278] IGJ 2022a: 13; diese Zahl bezieht sich auf den zum europäischen Kontinent gehörenden Teil der Niederlande (ohne karibische Niederlande).

[279] https://sdb.socialstyrelsen.se/if_abo/val.aspx

[280] Ministerio de Sanidad 2022: 14

[282] Destatis 2022a: 29

[283] DREES 2022: 1

[284] IGJ 2022a: 2

[285] Socialstyrelsen 2022: 1

[286] Ministerio de Sanidad 2022: 16

Indikator	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
Frauen im reproduktiven Alter[281] innerhalb eines Jahres (Quelle: nationale Statistiken)					
Schwangerschaftsabbruchproportion (abortion ratio) – Anzahl von Abbrüchen pro 1.000 Geburten in einem Jahr (Quelle: European Health Information Gateway, WHO[287])	130 (2019), entspricht etwa einem Verhältnis von 1:8	306 (2019), entspricht etwa einem Verhältnis von 1:3	164 (2018), entspricht etwa einem Verhältnis von 1:6	316 (2019), entspricht etwa einem Verhältnis von 1:3	276 (2019), entspricht etwa einem Verhältnis von 1:4
Anteil Abbrüche bei ungeplanten Schwangerschaften (Quelle: Bearak et al. 2022)	27 % (2015–2019)	50 % (2015–2019)	41 % (2015–2019)	48 % (2015–2019)	43 % (2015–2019)

[281] Zu Problemen mit der Vergleichbarkeit durch die unterschiedlichen Altersgruppierungen siehe Fußnote 90.

[287] https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_586-7010-abortions-per-1000-live-births/visualizations/#id=19681&tab=table; Nationale Quellenangaben: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_586-7010-abortions-per-1000-live-births/visualizations/#id=19681&tab=notes

Indikator	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
Abbrüche von Personen aus dem Ausland (Quelle: nationale Statistiken)	0,6 % (2021)[288]	0,06 % (2021)[289]	9,51 % (2021)[278] – die meisten (34,22 % in 2021) aus Deutschland[290]	Nicht erhoben	1,45 % (2021)[291]
Verteilung auf Wochen (p.c.)[292] (Quelle: nationale Statistiken)	96,7 % bis zur 12. Woche, 2,5 % 12.–21. Woche, 0,8 % 22. Woche und mehr (2021)[293]	Alle 2021 statistisch erfassten Abbrüche fanden vor der 12. Woche[294] statt[295]	84,63 % bis zur 12. Woche und 15,37 % in der 12.–	93,64 % bis zur 10. Woche, 6,36 % nach der 10. Woche (2021).[279, 297]	94,88 % bis zur 12. Woche, 4,96 % 13.–20. Woche,

[288] Destatis 2022a: 15

[289] Eigene Berechnung auf Grundlage von N=142 Fällen im Jahr 2021 bei insgesamt 223.282 Abbrüchen in Frankreich (inkl. Überseegebiete) (DREES 2022: 6).

[290] IGJ 2022a: 5

[291] Ministerio de Sanidad 2022: 17

[292] Für die Niederlande, Spanien und Schweden wurden die nationalen Statistiken von p.m. in p.c. umgerechnet.

[293] Destatis 2022a: 29

[294] Damalig geltende Frist für den Abbruch auf Verlangen, seit 2022 ab der 14. Woche p.c.

[295] Nur Abbrüche auf Verlangen und in Gesundheitseinrichtungen inklusive Schwangerschaftsabbrüchen in den französischen Überseegebieten, N=223.228 (da keine Daten nur für den zum europäischen Kontinent gehörenden Teil Frankreichs vorliegen). Für Abbrüche, die außerhalb von Gesundheitseinrichtungen stattfanden (in 2021: 76.609, immerhin ein Drittel aller Abbrüche), liegen keine Angaben zur Schwangerschaftsdauer vor. Da außerhalb von Gesundheitseinrichtungen nur medikamentöse Abbrüche erlaubt sind, wird vermutlich der Anteil medikamentöser und damit auch früher Abbrüche (vor der 7. Woche p.c.) in den Daten unterschätzt. Entnommen den online zugänglichen Daten, die die Grundlage zu DREES 2022 bilden (DREES 2022): https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-09/er1241.xlsx, Graphik 6.

[297] Über 60 Prozent der Abbrüche fanden 2022 vor der fünften Woche p.c. statt (Socialstyrelsen 2023: 2).

Indikator	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
			21. Woche (2021)[296]	Andere Aufschlüsselung: 1,1 % nach der 16. Woche (2021)[298]	0,16 % 21. Woche und mehr (2021)[299]
Keine Indikation (Quelle: nationale Statistiken)	95,8 % (Beratungsregelung) (2021)[300]	Keine Angaben	Keine Angaben	99 % (2020)[301]	90,98 % (auf Wunsch der Frau) (2021) und 0,03 % (andere) (2021)[302]
Medizinisch (Quelle: nationale Statistiken)	4,1 % (2021)	Jährlich ca. 7.000[303] (ca. 3,3 % in 2021)	Keine Angaben	Keine Angaben	5,58 % (2021)

[296] IGJ 2022a: 13; ohne karibische Niederlande

[298] https://sotkanet.fi/sotkanet/sv/taulukko/?indicator=szYqCQIA&region=s07PBgA=&year=sy5ztjbS0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202211091024

[299] Ministerio de Sanidad 2022: 22

[300] Destatis 2022a: 15

[301] https://abort-report.eu/statistics/sweden/, als Quelle ist Prof. Kristina Gemzell Danielsson als lokale Expertin angegeben.

[302] Ministerio de Sanidad 2022: 15

[303] Angabe basiert auf einem Artikel im Le Journal des Femmes vom 6. Oktober 2021 – hier wird allerdings nicht angegeben, woher die Zahl stammt: https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2601268-interruption-medicalisee-de-grossesse-img-definition-douleurs-loi-france-protocole/#interruption-medicale-grossesse-img-nombre

Indikator	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
Embryopathisch (Quelle: nationale Statistiken)	Unter medizinisch	Unter medizinisch	7 Fälle (2021)[304]	Keine Angaben	3,12 % (2021)[302]
Kriminologisch (Quelle: nationale Statistiken)	0,1 % (2021)	Gesetzlich nicht geregelt	Gesetzlich nicht geregelt	Gesetzlich nicht geregelt	Gesetzlich nicht geregelt
Anteil unsicherer Abbrüche (Quelle: Ganatra et al 2017: 6)	14 %	0 %	0 %	1 %	1 %
Anzahl Todesfälle durch einen Abbruch (Quelle: nationale Statistiken)	Keine für offiziell gemeldete Schwangerschaftsabbrüche (2021)[305]	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben
Kriminalstatistisch / strafrechtlich erfasste Verstöße gegen rechtliche Regelungen	Verstoß gegen § 218 StGB,	37 Urteile in Kategorie „Andere“ unter „Schaden für die Familie“, zu der neben Mehrfachheirat	Nicht in den nationalen Kriminalstatistiken erfasst / keine Verstöße.	Nicht in den nationalen Kriminalstatistiken erfasst / keine Verstöße	9 Verurteilte aufgrund von Schwangerschaftsabbrüchen (2021)[308]

[304] In den Niederlanden kann bis zur 24. Woche abgebrochen werden, weshalb Indikationen erst für Spätabbrüche, also nach der 24. Woche erhoben werden. Nur diese aus embryopathischen Indikationen resultierenden Abbrüche müssen einem Bewertungsausschuss gemeldet werden, welcher entscheidet, ob dies rechtmäßig war. Bisher hat das zu keinen Strafverfolgungen geführt: https://www.rtlnieuws.nl/nieuws/nederland/artikel/5235659/abortus-belgie-24-weken-ook-nederland. Seit 2011 wird zudem gesondert erhoben, wie viel Prozent der Schwangerschaftsabbrüche aufgrund einer Pränataldiagnostik erfolgen (IGJ 2021: 17).

[305] Destatis 2022a: 25

[308] https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=25997

Indikator	Deutschland	Frankreich	Niederlande	Schweden	Spanien
des Schwangerschaftsabbruchs (Quelle: nationale Statistiken)	Schwangerschaftsabbruch: 13 Verurteilte (2021) Verstoß gegen §219a, 219b StGB, Werbung für und Inverkehrbringen von Mitteln zum Abbruch der Schwangerschaft: 2 Verurteilte (2021) [306]	und anderen Verbrechen im Kontext von Heirat auch illegale Abbrüche zählen (2021)[307]			
Straftaten im Zusammenhang mit Abbrüchen / Nötigung zum Abbruch (Quelle: nationale Statistiken)	22 Verurteilte (2021)[309]	Unklar, inwiefern ein Teil der Fälle aus der Tabellenzelle darüber auch Nötigung zum Abbruch betrifft.	Keine Angaben	Keine Angaben	Keine Angaben

[306] Destatis 2022b: 34f.

[307] Ministère de la Justice 2021

[309] Destatis 2022b: 36f.

Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa

Aktuelle Publikationen

- Lange, Katrin (2023): Selbstbestimmung unter Druck? Das Recht auf Schwangerschaftsabbruch in Europa. Dossier 1/2023.
- Molter, Sarah (2022): Jugendpolitik in der EU. Was tut die EU für mich? Newsletter 2/2022.
- Lange, Katrin (2022): Gleichstellung von Regenbogenfamilien. Handlungserfordernisse und Lösungsansätze in Deutschland sowie Einblicke in andere europäische Staaten. Arbeitspapier Nr. 23.
- Molter, Sarah (2022): Bekämpfung von Hasskriminalität gegen LGBTIQ*-Personen. Handlungserfordernisse und Forderungen in Deutschland sowie Einblicke in andere europäische Staaten. Arbeitspapier Nr. 24.
- Wittenius, Marie (2022): Erstellung nationaler Aktionspläne zur Gleichstellung von LGBTIQ*-Personen. Rahmen und Forderungen auf europäischer Ebene und in Deutschland. Expertise.
- Lange, Katrin (2022): Für ein starkes soziales Europa: Die europäische Säule sozialer Rechte und ihr Aktionsplan. Newsletter 1/2022.
- Wittenius, Marie (2021): No to gender – Yes to what exactly? Einblicke in die europäische Anti-Gender-Bewegung. Newsletter Nr. 2/2021.

Die Beobachtungsstelle analysiert gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa und befasst sich mit möglichen Auswirkungen auf Deutschland. Hierfür erstellt sie wissenschaftliche, meist europäisch-vergleichende Analysen, betreibt Monitoring europäischer Entwicklungen und führt europäische Fachveranstaltungen durch. Ziel unserer Arbeit ist es, europaweit Akteur*innen zu vernetzen, ihren Austausch zu fördern und gegenseitiges Lernen anzuregen.

Impressum

Herausgegeben von

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.
Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa
Hausanschrift: Zeilweg 42, D-60439 Frankfurt a. M.
+49 (0) 69 - 95 789-0
Standort Berlin: Lahnstraße 19, 12055 Berlin
+49 (0)30 - 616 717 9-0
beobachtungsstelle@iss-ffm.de

http://www.iss-ffm.de
http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de

Diese Publikation ist eine Veröffentlichung der „Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa“. Die Beobachtungsstelle ist ein Projekt, das aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördert wird.

Die Publikation gibt nicht die Auffassung der Bundesregierung wieder. Die Verantwortung für den Inhalt obliegt dem herausgebenden Institut beziehungsweise den Autorinnen.

Alle Rechte vorbehalten. Abdruck oder vergleichbare Verwendung ist auch in Auszügen nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung gestattet.

Träger der Beobachtungsstelle

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e. V.

Autorinnen

Katrin Lange, Projektkoordinatorin und wissenschaftliche Mitarbeiterin: katrin.lange@iss-ffm.de
Sarah Molter, wissenschaftliche Mitarbeiterin
Julia Lux, wissenschaftliche Mitarbeiterin: julia.lux@iss-ffm.de
Friederike Sprang, wissenschaftliche Mitarbeiterin

Unter Mitarbeit von Carlotta von Westerholt, Judith Dubiski und Lea Möller.

Auflage

Diese Veröffentlichung ist als PDF verfügbar: http://www.beobachtungsstelle-gesellschaftspolitik.de

Stand

März 2023

Veröffentlichung

September 2023

Zitierhinweis

Molter, Sarah / Lux, Julia / Lange, Katrin / Sprang, Friederike (2023): Regelungen und Versorgungslagen des Schwangerschaftsabbruchs im Ländervergleich. Deutschland, Frankreich, die Niederlande, Schweden und Spanien. Arbeitspapier Nr. 25 der Beobachtungsstelle für gesellschaftspolitische Entwicklungen in Europa.