

# Familienplanung im Wandel

*Ulrike Busch*

Ausgehend von der Bedeutung des Fortpflanzungsaspektes der Sexualität zielt der Beitrag darauf, gesellschaftliche Regelungsinteressen und Normen in ihren Folgerungen für individuell gelebte Sexualität und Familienplanung herauszuarbeiten. Dies geschieht vor allem anhand der Themenbereiche Kontrazeption, Reproduktionsmedizin, ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Internationale und nationale Herausforderungen werden in den Kontext der Debatten zu sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte gestellt. Gesellschaftliche Realitäten und öffentliche Debatten im zentralen Themenbereich ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland werden auf zugrunde liegende Dispositive befragt und Folgerungen für die angewandte Sexualwissenschaft abgeleitet.

Wenn über Sexualität nachgedacht wird, sind ihre verschiedensten Funktionen im Fokus. Unterrepräsentiert ist häufig der Aspekt der Fortpflanzung. Gattungsbezogen ist unbestritten, dass Sexualität der Fortpflanzung dient. Individuell und psychologisch wird das durchaus differenzierter betrachtet. Der Zusammenhang von Fortpflanzung und Sexualität tritt vor allem dann in den Blick, wenn individuell der Kinderwunsch zum Thema wird – zunehmend unabhängig von der geschlechtlichen Orientierung der Menschen betrachtet – oder aber wenn eine Schwangerschaft im Gefolge heterosexuell gelebter Sexualität vermieden oder beendet werden soll. Welche Wirkmacht der Aspekt von Fortpflanzung hat, zeigen schon frühe künstlerische Darstellungen: Ob die Venus von Willendorf weibliche Sexualität lustvoll symbolisiert oder eher Ausdruck der Magie der Fruchtbarkeit ist, ist nicht alternativ zu beantworten. Diverse Versuche, die Fortpflanzungsfähigkeit zu beeinflussen (zu befördern, zu kontrollieren oder zu beschneiden) durchziehen die Menschheitsgeschichte. Sie ist sowohl für die einzelnen Personen als auch für die sozialen Gemeinschaften bedeutsam. Reglementierungen der Sexualität sind in diesem intimen menschlichen Lebensbereich schon seit Jahrhunderten an Regulierungsinteressen und Deutungshoheiten zu Fortpflanzung gekoppelt. Sexualität ohne Willen zum Kind war in der christlichen Religion jahrhundertlang stigmatisiert, mit Wirkungen bis ins Heute. Der Verkauf oder die Bewerbung von Kon-

trazeptiva – mithin die Trennung von Sexualität und Fortpflanzung – war beispielsweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts sowohl in Deutschland als auch in den USA noch verboten, Abtreibung kriminalisiert. Bevölkerungspolitisches Denken hat immer wieder Fragen der Fortpflanzung betroffen und damit Lebbarkeit von Sexualität – gelebte Sexualität (vgl. Kröger et al., 2004). In diesem Beitrag sollen zunächst aktuelle Veränderungen des Zusammenhangs von Sexualität und Fortpflanzung beleuchtet und Facetten von Familienplanung heute problematisiert werden. Die Bedeutung von Diskursen, Tendenzen und Akteuren im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte werden dargestellt und ausgehend von internationalen Entwicklungen aktuelle Herausforderungen anhand relevanter Themenbereiche wie Kontrazeption, Reproduktionsmedizin, Schwangerschaftsabbruch und Information und Aufklärung zu Sexualität und Familienplanung skizziert. Hintergründe und Folgerungen aus der rechtlichen Rahmung durch das Strafgesetzbuch §§ 218ff. werden in ihren Konsequenzen für das Recht auf reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung analysiert und abschließend Folgerungen für die weitere sexualwissenschaftliche Betrachtung gezogen.

## **Sexualität und Fortpflanzung heute**

Beim Fortpflanzungsaspekt der Sexualität handelt es sich um eine Fähigkeit, über die Menschen verfügen (mehr oder weniger verfügen oder nicht). Menschen verhalten sich dazu. In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts beginnt Fortpflanzung und Sexualität betreffend ein in mehrfacher Hinsicht neues Zeitalter. Kinder zu haben ist nicht mehr nur einfach schicksalhaft oder lebensweltliche Selbstverständlichkeit, geprägt durch klare kulturelle bzw. religiöse Normen, soziale Erwartungen und weitgehende biologische Zwangsläufigkeit. Beeinflussungsmöglichkeiten haben sich entwickelt, die ihrerseits weitgehende Wirkungen auf individuell gelebte Familienplanung haben, individuell und dyadisch getroffene Entscheidungen ermöglichen. Zu den Möglichkeiten der Beeinflussung zählen:

- Die wirkungsvolle Trennung von Sexualität und Fortpflanzung durch moderne Kontrazeption oder legalen, sicheren Schwangerschaftsabbruch macht Familienplanung möglich (beim Abbruch nachträglich). Es kann individuell entschieden werden, ob, wann, wie viele Kinder man/frau in welchen Abständen haben möchte.

- Fortpflanzung ohne Sexualität im Gefolge der Fortschritte der Reproduktionsmedizin eröffnet Optionen zur Erfüllung von Kinderwünschen in hetero- und homosexuellen Kontexten.
- Diagnostische Techniken, pränatal oder bei reproduktionsmedizinischen Behandlungen, ermöglichen Aussagen und Prognosen über den Fötus bzw. Embryo und können den Hintergrund für Entscheidungen zum weiteren Verlauf der Schwangerschaft bilden.

Die mit der Postmoderne wachsende Akzeptanz individueller Werte und Lebensformen wird zur Herausforderung, über Lebensläufe, Partnerschaftsmodelle und Rollenbilder zunehmend persönlich zu entscheiden. Dies hat Folgen bis in intimste Lebensbereiche hinein. Die Veränderungen werden unter anderem an den Auseinandersetzungen um Kontrazeption und Abtreibung in den 1970er Jahren sichtbar. Sie haben gleichermaßen symbolhafte Bedeutung für die neue Dimension der Aneignung von Rechten. Die Lebensansprüche heutiger junger Menschen und Geschlechterverhältnisse haben sich verändert, Gleichberechtigung und Selbstbestimmung sind wichtige Wertorientierungen. Beziehungs- und Familienformen sind in ihrer Gestaltbarkeit vielfältiger geworden und haben sich dynamisiert. Der gesellschaftliche Planungsdruck und die Handlungsnormative der neoliberalen Gesellschaft heute beeinflussen die individuellen Antworten (vgl. Allmendinger & Haarbrücker, 2013), auch Beziehungs- und Lebensgestaltung sowie Familienplanung betreffend. In einer flexibilisierten und pluralen Welt und angesichts von Rahmenbedingungen, die permanenter Veränderung unterliegen und zum Teil fragilen Charakter tragen, sind »richtige Zeitpunkte« für langfristige Entscheidungen bedeutsam, ob sie ein »Projekt Beziehung« oder ein »Projekt Kind« betreffen. Individuelle Verantwortlichkeiten und Kontrollbedürfnisse korrespondieren mit den sozialen Erfordernissen des Planungsdrucks, der Verantwortungszuschreibung und den gegebenen Beeinflussungsmöglichkeiten. Entscheidungen sind nicht einfacher geworden, und sie unterliegen angesichts dieser Möglichkeiten und Erfordernisse sowohl vor sich selbst als auch sozial jeweiliger Rechtfertigung (vgl. Beck-Gernsheim, 2006; Illouz, 2011). Dennoch: Familienplanungsentscheidungen sind heute zwar individualisierter und säkularisierter denn je, aber sie sind nicht ausschließlich rational begründet. Familienplanung ist ein komplexes Geschehen. Gerade weil es um Sexualität und Beziehung geht und der Fortpflanzungsaspekt sich hier einordnet, haben die jeweiligen individuellen Interessen und Erfahrungen

gen, Werte und Normen, Emotionen und Affekte eine große Bedeutung für Familienplanungsentscheidungen. Lebensbiografische Entwicklungen prägen die individuellen Sichtweisen, inter- und intraindividuelle Unterschiede oder Widersprüche müssen austariert werden. Die jeweilige subjektive Sichtweise ist durch Bewusstes und Unbewusstes beeinflusst. Familienplanung ist Lebensgestaltung (Helfferich et al., 2016), die zugleich ihre Bedingungen hat: Internalisierte Planungsmuster, geprägt von kulturellen und weltanschaulich-religiösen Normen, spielen dabei eine Rolle, sei das zu der Frage, wie früh oder spät man sich bindet, wie normal es ist, Kinder zu haben, wie akzeptiert es ist, darauf Einfluss zu nehmen, sei es durch Verhütung, reproduktionsmedizinische Behandlungen, Schwangerschaftsabbruch oder in anderer Weise.

Verhütung, reproduktionsmedizinische Möglichkeiten und Schwangerschaftsabbruch lassen auf besondere Weise den Fortpflanzungsaspekt der Sexualität deutlich werden, und Individuelles und Gesellschaftliches überlagern sich dabei in einem komplexen Geschehen.

*Verhütungsaspekte:* Besteht ein aktueller Kinderwunsch, wird bei heterosexuell gelebter Sexualität auf Verhütung verzichtet. In der sexuellen Verschmelzung wird das ersehnte Dritte antizipiert und Sexualität lustvoll erlebt. Fortpflanzung kann als Fähigkeit zu kreieren erfahren werden, als Bestätigung der generativen Potenz, verknüpft mit der Imagination oder dem Erleben des Möglichen. Besteht kein aktueller Kinderwunsch, soll eine mögliche Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Ein antizipiertes Kind wird bei unsicherer oder fehlender Verhütung als lustmindernd erlebt. Empirische Befunde aus Befragungen zur Verhütung der Mütter unter den Frauen der Pillengeneration zeigen eindrucksvoll die Wirkungen fortwährender Ängste auf die gelebte Sexualität (Silies, 2010; Leo & König, 2015). Dennoch gibt es auch heute und trotz einer großen Vielfalt an Verhütungsoptionen unbeabsichtigte und ungewollte Schwangerschaften, zu einem großen Teil unter Verhütung eingetreten (Helfferich et al., 2016). Verhütung kann nicht zu 100 % gelingen. Das liegt nicht nur an der Methode selbst (ihrem Pearl-Index) sowie dem Zugang bzw. der Verfügbarkeit der jeweiligen Methode. Bedeutsam sind Aspekte des Verhütungsverhaltens, und diese verweisen wiederum auf differenzierte Schnittstellen zwischen Sexualität, Fortpflanzung und Beziehungsgeschehen. Beispielhaft seien genannt: Sichere Verhütung braucht Planungskonsistenz, die bei gelebter Sexualität in ihrer Spontanität nicht immer gegeben sein kann (Pille oder Kondom vergessen, Verzicht in der lustvollen Situation, Bagatellisie-

rung des Risikos). Kommunikative Probleme, über Verhütung bzw. Sexualität zu reden, können ebenso eine Rolle spielen wie Partnerschaftskonflikte, denen durch Nichtkommunikation bzw. sexuelle Anpassung bis in die Verhütung hinein ausgewichen werden soll. Ein unbewusster Kinderwunsch oder bestehende Ambivalenzen können dazu beitragen, dass Verhütung in der aktuellen Handhabung »torpediert« wird. Subjektive Bedeutungszuweisungen der Wirkung bestimmter Verhütungsalternativen auf Körper und Körpererleben können das Verhütungsverhalten beeinflussen. Jede Methode hat ihre diesbezüglichen Bedeutungsebenen für die gelebte Sexualität: das Kondom, das stört oder situative Sicherheit gibt, die Pille, die die Lust positiv oder negativ beeinflusst, die natürliche Familienplanung, die als weibliche Deutungshoheit oder als belastend erlebt werden kann, usw. Natürlich ist der Zugang zu der jeweils passfähigen Verhütung auch durch soziale Parameter beeinflusst (Kosten, Sexualaufklärung, rechtetablierte Verhütungsberatung) – dazu weiter unten.

*Reproduktionsmedizin:* Reproduktionsmedizinische Entwicklungen der letzten 50 Jahre schaffen vordem ungeahnte Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Familienplanung – von der IVF-Behandlung über Eizell- und Samenspende, Elternschaft für homosexuelle oder alleinlebende Menschen, Leihmutterchaft bis hin zum *social freezing*. Verfügbares trifft auf Gewünschtes oder Notwendiges. Die Wirkungen auf gelebte Sexualität sind insbesondere im Kontext von unerfülltem Kinderwunsch und IVF-Behandlung beschrieben, sowohl die Ursachen als auch die Folgen sexueller Probleme betreffend. Bei unerfülltem Kinderwunsch bleibt die Bestätigung der generativen Potenz versagt. Die prinzipiell in der Körperlichkeit liegende Möglichkeit der Zeugungsfähigkeit bzw. Fruchtbarkeit ist eingeschränkt, wird als Kränkung im Selbstwert als Frau oder Mann erlebt und kann sich auf das individuelle und das paarbezogene sexuelle Erleben auswirken. Die reproduktionsmedizinische Behandlung erscheint als Lösung, gibt nicht selten anfangs Hoffnung und wirkt sich positiv auf Partnerschaft und Sexualität aus. Da der Behandlungserfolg nicht zwingend eintritt, wachsen Ängste, gegebenenfalls auch Schuldzuweisungen. Sexualität findet zudem hochgradig unter (Selbst-)Kontrolle statt, verliert an Spontaneität, der Körper wird eventuell als »Feind« erlebt, ein Selbsterleben als »Gefäß« oder »Samenspender« hat enterotisierende Wirkungen. Umgehen mit Misserfolgen, Stimmungsschwankungen sind erforderlich und möglicherweise auch die Auseinandersetzung mit anderen Optionen (Wischmann, 2009a, 2009b).

*Ungewollte Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftsabbruch:* Nach der Studie Frauenleben 3 haben 17 % aller befragten Frauen der Altersgruppe 20 bis 44 Jahre bereits mindestens eine ungewollte Schwangerschaft erlebt, etwa 43 % aller ungewollten Schwangerschaften werden abgebrochen (Helfferich et al., 2016). Ungewollte Schwangerschaft ist eine Folge gelebter Sexualität, mit der individuell und paarbezogen umgegangen werden muss. Sie kann trotz der Ungewolltheit das Erleben von generativer Potenz vermitteln (»ich könnte, wenn ich wollte«) oder irritierend und beängstigend sein (»damit habe ich nicht wirklich gerechnet«). Eine nachträgliche Familienplanungsentscheidung wird erforderlich. Wie letztlich ein Schwangerschaftsabbruch ins Leben integriert wird, insbesondere durch die Frau, die dies unmittelbar körperlich erlebt, ist von vielen Faktoren abhängig. Ganz individuell kann der Abbruch einer Schwangerschaft als Chance für die weitere Lebens- und Beziehungsgestaltung erlebt werden, als gemeinsame Entscheidung, die die Beziehung stärkt. Er kann aber auch als Scheitern erlebt werden, als Versagen, als Bestandteil von Konflikten in Beziehung und Sexualität. Gesellschaftliche Rahmenbedingungen, internalisierte Werte und Normen haben einen großen Einfluss auf das Erleben, Entscheiden und Verarbeiten – auch dazu weiter unten.

Die prinzipielle Verfügbarkeit der Möglichkeiten der Familienplanung bedeutet nicht, dass sie auch gesellschaftlich akzeptiert und zugänglich sind. Familienplanung und Sexualität sind zwar einerseits individuelle, ja intime Lebensbereiche, andererseits aber schon immer Bereiche gesellschaftlicher Reglementierung. Entscheidungen darüber als individuelle Rechte anzuerkennen ist nicht selbstverständlich, aber zunehmend errungen.

## **Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte – Diskurse und Tendenzen**

Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte werden heute weltweit als Themen und Forderungen artikuliert. Sie sind verstehbar im Kontext der Menschenrechtsdebatten der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Als Grundlage kann die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte vom 10.12.1948 benannt werden (Vereinte Nationen, 1948). Die hier formulierten Menschenrechte gelten gleichermaßen für alle Menschen schon aufgrund ihres Menschseins, unabhängig von »Rasse«, Geschlecht und

Hautfarbe (Artikel 1 und 2). Zwar wird noch kein Menschenrecht auf Familienplanung formuliert, wohl aber fordern die Artikel 12, 16 und 25 den Ausschluss willkürlicher Eingriffe in das Privatleben und die Familie, das Recht auf Heirat und Familiengründung »bei freier und uneingeschränkter Willenseinigung«, den Schutz der Familie durch Gesellschaft und Staat sowie das Recht auf einen Lebensstandard, der Gesundheit und Wohl gewährleistet, ärztliche Versorgung, notwendige soziale Leistungen sowie besondere Fürsorge für Mütter und Kinder – eheliche wie außereheliche.

Mit dem fachpolitischen Zusammenschluss von Nichtregierungsorganisationen wie der International Planned Parenthood Federation (IPPF) in den Handlungsfeldern von Familienplanung und Sexualität beginnen nichtstaatliche Akteure mit ihren weltweiten Bemühungen, das Menschenrecht auf Familienplanung nachhaltig in verschiedenen politischen Programmen und auf unterschiedlichen Ebenen als ein individuelles Recht zu verankern, das zugleich verantwortlichen staatlichen Handelns bedarf, um seine Durchsetzung zu sichern. Enge Kooperationen mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen Organisationen haben sich entwickelt. Zudem entstanden neue Themen und Herausforderungen, die der Positionierung bedurften. Mit der Marktreife der Pille in den 1960er Jahren war der Zugang zu wirkungsvoller Kontrazeption, zur Trennung von Sexualität und Fortpflanzung in vielen Ländern der Erde greifbar geworden. Zudem waren sowohl die Gleichberechtigung der Geschlechter als auch der Respekt vor individuellen Entscheidungsrechten über persönliche und familiäre Lebensoptionen zwar noch umkämpfte, aber zunehmend anerkannte Normen geworden, die auch in Verfassungen und Grundgesetzen von Staaten weltweit Eingang gefunden hatten. In der Folge wird in der Proklamation der Ersten Internationalen Konferenz für Menschenrechte in Teheran 1968 erstmals auch Familienplanung als Menschenrecht festgeschrieben: »Die Eltern haben das fundamentale Menschenrecht, Zahl und Geburtenabstände ihrer Kinder frei und verantwortlich zu bestimmen.«

Während früher Familienplanung eher dann im Fokus stand, wenn demografische Entwicklungen, gekoppelt mit ideologischen Leitbildern, bevölkerungspolitisch motivierte Einflussnahmen intendierten, geht es nun um staatliche Zurückhaltung und Anerkennung individueller Rechte: Das fundamentale Recht jedes Menschen auf Familienplanung sei zu sichern. Die damit verbundenen Verpflichtungen zur Sicherung von Zugangsmöglichkeiten zu Kontrazeption, zu moderner Gesundheitsversorgung im Kontext von Schwangerschaft, zu Information und Aufklärung ohne



weltanschauliche Bevormundung, aber auch zu Geschlechtergerechtigkeit und Bildung generell stoßen immer wieder auf konservative, kulturell oder religiös untersetzte Gegenwehr. Internationale Konferenzen, Vereinbarungen, Pakte zeugen von der Ernsthaftigkeit der Auseinandersetzungen der 1970er und 1980er Jahre.

In der Realität dieser Zeit allerdings nehmen sich die Fortschritte in weiten Regionen der Welt trotz aller Bemühungen eher marginal aus. Vor dem Hintergrund vieler ungelöster Probleme, im Kontext eines nach wie vor hohen Bevölkerungswachstums und großer ökologischer Herausforderungen sind die Ergebnisse der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 zu verstehen. Nach zähem Ringen, unter Beförderung stark gewordener frauen- und umweltpolitischer Bestrebungen und unter maßgeblichem Einfluss der NGOs, die die Tagung begleiten, verabschiedeten 179 Staaten ein gemeinsames Aktionsprogramm, das als Leitlinie für die nächsten 20 Jahre fungierte (bis 2015!). Bevölkerungspolitische Aspekte spielen nach wie vor eine tragende Rolle in den Begründungszusammenhängen und Orientierungen. Allerdings wird hervorgehoben, dass alle bevölkerungspolitischen Maßnahmen auf dem Prinzip der Freiwilligkeit beruhen und die Menschenwürde wahren sollen, das heißt, sie werden eingebunden in die Menschenrechte. Die Staaten erhalten den Auftrag, nachhaltige Veränderungen in den Lebensbedingungen zu sichern, verbunden mit Forderungen an die Industrieländer, ihrer Verantwortung bis hin zur Finanzierung entsprechender Maßnahmen gerecht zu werden. Dies schließt Maßnahmen zur Familienplanung dezidiert ein. Sie werden nicht nur weltweit weitgehend gebilligt, sondern es wird gefordert, dass jede Frau und jeder Mann Zugang zu Familienplanungsdiensten haben solle (Thoß & Pracht, 2005, S. 60f.; vgl. UNFPA, 2014).

### **Reproduktive Rechte**

Reproduktive Rechte »stützen sich auf die Anerkennung des Grundrechts aller Paare und Individuen, frei und eigenverantwortlich über die Anzahl, den Geburtenabstand und den Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder zu entscheiden und über diesbezügliche Informationen und Mittel zur verfügen, sowie des Rechts, ein Höchstmaß an sexueller und reproduktiver Gesundheit zu erreichen. [...] Die Förderung der verantwortungsbewussten Ausübung dieser Rechte für alle Menschen sollte



die wesentliche Grundlage der vom Staat und von der Gemeinschaft unterstützten grundsatzpolitischen Konzeptionen und Programme auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit, einschließlich der Familienplanung, sein « (UNFPA, 1994, §§ 7.2, 7.3).

### **Reproduktive Gesundheit**

Reproduktive Gesundheit »ist eine Zustand vollkommenen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechlichkeit, und zwar im Hinblick auf alle Belange in Zusammenhang mit dem reproduktiven System, seinen Funktionen und Prozessen [und] [...] schließt deshalb ein, dass Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben möglich ist und dass sie die Fähigkeit zur Fortpflanzung und die freie Entscheidung darüber haben, ob, wann und wie oft sie hiervon Gebrauch machen wollen. In diese letzte Bedingung eingeschlossen sind das Recht von Frauen und Männern informiert zu werden und Zugang zu sicheren, wirksamen, erschwinglichen und akzeptablen Familienplanungsmethoden ihrer Wahl sowie zu anderen Methoden der Fruchtbarkeitsregulierung ihrer Wahl zu haben, die nicht gegen die rechtlichen Bestimmungen verstoßen. Ebenso eingeschlossen ist das Recht auf Zugang zu angemessenen Gesundheitsdiensten, die es Frauen ermöglichen, eine Schwangerschaft und Entbindung sicher zu überstehen und für die Paare die bestmöglichen Voraussetzungen schaffen, dass sie ein gesundes Kind bekommen« (UNFP, 1994, §§ 7w.2, 7.3).

Umstritten bleiben die Haltungen zum Schwangerschaftsabbruch, der aus diesem Grund nicht unter die Maßnahmen der Familienplanung gefasst wurde und »auf keinen Fall als eine Familienplanungsmethode gefördert werden« sollte (Kröger et al., 2004, S. 8ff.). In Anerkennung der Realität defizitärer Zugänglichkeit zu Kontrazeptiva in vielen Regionen der Welt, einer hohen Zahl ungewollter Schwangerschaften und unsicherer Abbrüche wurde formuliert, dass Schwangerschaftsabbrüche, wenn sie stattfinden und nicht gegen das jeweilige nationale Gesetz verstoßen, »ungefährlich« sein sollen, also unter medizinisch sicheren Bedingungen durchgeführt werden.

Es ist von einem Paradigmenwechsel die Rede, ein neuer Orientierungsrahmen wird abgesteckt, der Grundverständnisse verändert (1999). Dieser Paradigmenwechsel zeige sich, so Thoß

- in der ganzheitlichen Sichtweise: Das Recht auf reproduktive Gesundheit wird formuliert und es schließt erstmals das Recht auf sexuelle Gesundheit ein;
- in der Anerkennung der Selbstbestimmung als Maßstab aller Maßnahmen und Programme: Autonomie und Menschenwürde sind die zentralen Werte;
- im politischen Charakter der Entschließung: Die Staaten verpflichten sich zur Sicherung der Voraussetzungen zum Schutz der sexuellen und reproduktiven Gesundheit.

Von einer vordergründigen Orientierung auf Bevölkerungsentwicklung abzurücken ist ein Meilenstein künftiger Entwicklungen und strategischer Orientierungsrahmen. Dennoch ist dies bis heute nur bedingt gelungen. So ist das Paradigma sexueller und reproduktiver Rechte, das aus den emanzipatorischen Perspektiven von Frauen- und Gesundheitsbewegungen hervorging, als »Spielball zwischen zwei globale Dynamiken [geraten]: der neoliberalen transnationalen Vermarktlichung und autoritär-konservativen politischen und fundamentalistisch-religiösen Regimen« (Wichterich, 2015, S. 15).

Ein Blick auf die Realität der heutigen Welt zeigt, wie weit sie noch von der Erfüllung dieser Forderungen nach sexueller und reproduktiver Gesundheit und Selbstbestimmung entfernt ist: Zwangsverheiratung, Steinigungen von Frauen und Männern für den Versuch, ihre partnerschaftlichen und sexuellen Bedürfnissen außerhalb der traditionellen Normen zu leben, Strafverfolgung von Homosexualität bis zur Todesstrafe, jährlich immer noch etwa 500.000 Todesfälle von Frauen sowie 2,5 Millionen Todesfälle von Säuglingen und Kleinkindern durch fehlende oder defizitäre medizinische Betreuung im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt, nach wie vor hohe Zahlen der Krankheitsfolgen und Todesfälle durch unsichere, illegale Schwangerschaftsabbrüche. Der fehlende Zugang zu Kontrazeptiva – aber auch zu Wissen und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben überhaupt – greift tief in das Leben von Frauen und Männern ein. Bei aller Bedeutsamkeit von Familienplanungsmaßnahmen im engeren Sinn des Wortes muss betont werden, dass entscheidende nachhaltige Veränderungen eine gerechtere Weltwirtschaftsordnung verlangen, die auch den ärmsten Regionen dieser Welt Entwicklungsoptionen eröffnet. Zugang zu

Arbeit, gesichertem Einkommen, adäquaten Lebensbedingungen, zu Bildung und Geschlechtergerechtigkeit sind dafür zentrale Voraussetzungen. Darauf orientieren immer wieder die in diesem Handlungsfeld tätigen Organisationen, so unter anderem die UN-Organisationen, die WHO, nach wie vor die IPPF und das Center for Reproductive Rights.

## Europäische und deutsche Perspektiven

Zum Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit und Recht fällt der Blick häufig primär auf Weltregionen außerhalb (West-)Europas. Die Sicherung der sexuellen und reproduktiven Rechte ist aber auch für Europa ein nach wie vor relevantes Thema. Das WHO-Regionalbüro formulierte bereits 2001 eine regionale Strategie (WHO-Regionalbüro für Europa, 2001). Die parlamentarische Versammlung des Europarates hat am 16.04.2008 explizit das Kairoer Programm bestätigt, verbunden mit den für Europa zentralen Forderungen:

- Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs
- Akzeptanz der Entscheidung der Frau
- Sicherung des Rechts auf Sexualaufklärung und des unbeschränkten Zugangs zu Kontrazeptiva

Wie umstritten, aber auch erforderlich die hiermit anvisierten Entwicklungen sind, zeigen unter anderem die Auseinandersetzungen um den sogenannten Estrela-Bericht. Die konservative Mehrheit im Europäischen Parlament lehnte im Dezember 2013 den Bericht von Edite Estrela über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, wenn auch mit knapper Mehrheit, ab und verwies ihn zurück in den Ausschuss. Vorausgegangen war eine intensive Kampagne von »One of us«, eines Verbundes religiös motivierter, fundamentalistischer konservativer Akteure. Zwei Jahre später wurde der sogenannte Tarabella-Bericht mit deutlicher Mehrheit angenommen. Angesichts defizitärer rechtlicher und praktischer Bedingungen in vielen Ländern wird in diesem Bericht gefordert, den Zugang zu Kontrazeption zu sichern, ebenso die rechtliche und faktische Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt, den Zugang zu sexueller Bildung und Beratung und immer wieder auch zum Schwangerschaftsabbruch.

Trotz aller Tendenzen der Liberalisierung in den letzten 50 Jahren gibt es in Europa noch zahlreiche Länder mit einschlägigen Behinderungen.

Forderungen in Konventionen und Beschlüssen sind für EU-Länder im Rahmen familienpolitischer Fragen nicht bindend, sodass sie allenfalls eine orientierende Wirkung haben. Beispielfhaft sollen ausgewählte Themenbereiche die aktuellen Herausforderungen charakterisieren.

## **Kontrazeption**

Trotz eines prinzipiellen Angebotes an Verhütungsmitteln und -methoden, das heute so groß ist wie noch nie, ist der reale Zugang zu moderner und sicherer sowie kostengünstiger und damit erschwinglicher Kontrazeption durchaus ein Problem und in Europa mehr oder weniger befriedigend geregelt (Thonke, 2011, S. 13ff.). In Polen beispielsweise ist der Zugang zu Kontrazeptiva aus finanziellen und zugleich weltanschaulich-religiösen Gründen erschwert. Das führt dazu, dass polnische Frauen und Männer deutlich weniger mit modernen, sicheren Methoden, dafür deutlich häufiger mit Methoden der Natürlichen Familienplanung verhüten oder den Coitus interruptus praktizieren. Ein Blick auf andere europäische Länder zeigt, dass ein unentgeltlicher krankenkassenfinanzierter Anspruch möglich ist: In Belgien, Frankreich und Großbritannien gibt es bereits weitreichende Regelungen unentgeltlicher Verhütung ohne zielgruppenspezifische Einschränkungen. In 13 Ländern werden Kontrazeptiva-Kosten für junge Frauen übernommen, in 15 Ländern wird die Vergabe von der Einkommenssituation abhängig gemacht, wobei in neun Ländern beides berücksichtigt wird (EPF, 2018). Deutschland hat erheblichen Nachholbedarf. Kontrazeptiva sind relativ teuer. Frauen ab dem 22. Lebensjahr müssen sie generell selbst bezahlen. Dies ist besonders für Frauen in prekären Lebenssituationen ein Problem. Seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 gibt es keine Möglichkeit der Kostenübernahme bei sozialer Bedürftigkeit mehr. Es gibt einige Regionen mit regionalen Angeboten, die aber oftmals nicht bekannt und in Hinblick auf die Fördergrundlagen intransparent sind. Für eine große Gruppe von Frauen und Paaren bedeutet das in der Konsequenz eine massive Einschränkung ihrer Wahlmöglichkeit der für sie passenden und sicheren Verhütungsmethode, Angst vor ungewollter Schwangerschaft und dadurch letztlich Gefährdung von reproduktiver und sexueller Selbstbestimmung und Gesundheit. Trotz überzeugender wissenschaftlicher Befunde zu Ursachen und Folgen der Situation und trotz eines eindeutigen Votums relevanter fachpoliti-

scher Akteur\_innen ist bislang der politische Wille für entsprechende überregionale Veränderungen nicht erkennbar – so das Fazit einer Anhörung im Gesundheitsausschuss des Deutschen Bundestages vom November 2018.

## Reproduktionsmedizin

Die Fortschritte der Medizinentwicklung sind – trotz aller Janusköpfigkeit – mit bedeutsamen reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten in Diagnostik wie Therapie verbunden. Seit nunmehr 40 Jahren (1978 wurde das erste Baby nach In-vitro-Fertilisation geboren) richten sich darauf die Hoffnungen zahlreicher Frauen und Paare. Man geht davon aus, dass etwa 10 % aller Paare ungewollt kinderlos sind. Im Jahr 2017 fanden in Deutschland fast 110.000 Behandlungszyklen im Rahmen der Assisted Reproductive Technique (ART) statt, aus denen 16.721 Schwangerschaften hervorgegangen sind. Etwa 20 % beträgt die sogenannte Baby-Take-Home-Rate. Im Jahr 2016 gingen 3 % aller Lebendgeburten aus reproduktionsmedizinischer Behandlung hervor (Deutsches IVF-Register, 2018).

Der rechtlich flankierte Zugang zu den verschiedenen reproduktionsmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten, insbesondere bei Infertilität oder bei genetischen Erkrankungen, ist europaweit sehr unterschiedlich und zum Teil ausgesprochen restriktiv. Berufsrechtliche Standards setzen Ärzt\_innen Grenzen oder führen zu Unsicherheiten und dazu, dass bestehende Möglichkeiten nicht ausgeschöpft werden (Frommel et al., 2010, S. 96ff.). Moralische Stigmatisierungen und Bedenken führen zu ablehnenden Positionen. Die Kostensituation macht es zum Teil unmöglich, sich für bestimmte Behandlungsalternativen zu entscheiden. In Deutschland hat das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 durch erhebliche Limitierungen der Kostenübernahmen zu massiven Einschränkungen geführt. Das Recht auf reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung ist real eingeschränkt. Auch bestimmte Verfahren sind nach wie vor umstritten. Der Zugang zu Reproduktionstechnologien, die sicher und akzeptabel sind, ist nicht adäquat gegeben, und der Nutzen des wissenschaftlichen Fortschritts in diesem Bereich steht damit einem Teil der betroffenen Frauen und Männer nicht zur Verfügung. In der Folge nehmen viele Betroffene lange Wege, zum Teil in andere Länder, in Kauf, um sich Hilfen zu holen (Thorn, 2008; Shenfield et al., 2010; Bergmann, 2014).

Reproduktives Reisen ist ein Indiz für den Handlungsbedarf in diesem Kontext.

Zudem: In den Zugängen zu reproduktionsmedizinischer Behandlung (oder Adoption) werden besonders nicht-heterosexuelle Personen und Paare auf der Grundlage gesetzlicher Einschränkungen vielfach ungleich behandelt. Unter anderem in den baltischen Ländern, Polen und Irland gibt es nur punktuelle Gleichstellungen mit heterosexuellen Lebenspartnerschaften. Gleichbehandlung mit heterosexuellen Lebenspartnerschaften gibt es in Portugal, gleichgeschlechtliche Zivilehen in Spanien, den Niederlanden, Belgien und Frankreich.

Im Kontext weltanschaulicher Debatten um verschiedene Methoden der assistierten Reproduktion, pränatale Diagnostik oder PID wird im Kern immer wieder um den »Schutz des ungeborenen Lebens« gerungen. Dieses Diktum ist häufig ein basaler Argumentationskontext (Frommel, 2002, S. 411ff.), hinter den das Selbstbestimmungsrecht von Frauen und Paaren zurücktreten müsse. Letztlich wird ihnen damit Entscheidungskompetenz abgesprochen, es werden Egoismus, psychische Konfliktbewältigungsdefizite und krisengeschuldete Wahrnehmungsverzerrungen unterstellt, was Frauen und Paare letztlich pathologisiert. Bernhard Schlink sieht hierin einen »dreisten Paternalismus«, der so ähnlich aus den Abtreibungsdebatten bekannt ist und als »Nachhutgefecht« zum Schwangerschaftsabbruch interpretiert werden kann (Schlink, 2011). Einem rechtsbasierten Ansatz folgend ist zu warnen 1. vor der Bemächtigung reproduktiver Lebensbereiche durch bestimmte Interessengruppen, 2. vor tendenziöser moralisierender Vereinfachung und 3. ist zu plädieren für den Respekt vor den persönlichen Entscheidungen von Frauen und Männern und für die Ermöglichung von informierter Entscheidung. Wichtige Diskursaspekte treten immer stärker hervor (u. a. Wichterich, 2015; Achtehlik, 2015), können aber hier nicht weiter ausgeführt werden.

## **Schwangerschaftsabbruch**

Abtreibung ist seit Jahrhunderten ein Kernthema der Auseinandersetzungen, wenn es um reproduktive Aspekte geht. Luc Boltanski (2007) hat dazu differenziert argumentiert. Im heutigen Europa sind sehr unterschiedliche rechtliche, moralische und versorgungsmäßige Ausgangsbedingungen zu finden (Obinger-Gindulis, 2015; Hennig, 2015). Zwar dominierten in

den letzten Jahrzehnten Liberalisierungstendenzen zu Fristenregelungen innerhalb oder außerhalb strafrechtlicher Kontextualisierungen. Hervorhebenswert sind die Entwicklungen in Frankreich und jüngst in Irland und Belgien. Die Argumentation zur außerstrafrechtlichen Regelung von Schwangerschaftsabbruch leitet sich dort daraus ab, diesen als Aspekt der gesundheitlichen Versorgung von Frauen im reproduktiven Bereich zu betrachten. Aber es sind auch gegenläufige Tendenzen zu beobachten. Konservative und religiös fundamentalistische Kreise insbesondere katholischer Prägung nehmen zunehmend Einfluss auf staatliche Regulierungen. So gehört Polen seit 1993 zu den Ländern mit den restriktivsten Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch. Es ist belegt, dass diese Form der Kriminalisierung des Abbruchs den Zugang zu legalen und damit sicheren Abbrüchen nahezu verunmöglicht und Frauen in psychische und materielle sowie gesundheitliche Bedrängnis bringt (EAAP, 2020). Auch in Ländern mit liberalen Regelungen gibt es immer wieder Versuche von Abtreibungsgegnern, die aktuelle Rechtslage zu verändern.

Deutschland gehört zu den Ländern, in denen der Schwangerschaftsabbruch nach wie vor prinzipiell unter Strafe gestellt und nur unter bestimmten Ausnahmen straffrei ist, geregelt im Strafgesetzbuch in Abschnitt 16 »Straftaten gegen das Leben«, direkt nach den Straftatbeständen Mord und Tötung – eine juristische und gesellschaftliche Missbilligung von Frauen und Ärzt\_innen. Insbesondere die 1970er und 1980er Jahre waren durch intensive Auseinandersetzungen um die Liberalisierung des Abtreibungsrechtes in der BRD gekennzeichnet (Busch, 2012; Busch & Hahn, 2015). In der DDR galt seit 1972 ein sehr weitgehendes Recht für Frauen auf die Beendigung einer ungewollten Schwangerschaft – außerstrafrechtlich geregelt. In der BRD mündeten Reformbestrebungen Mitte der 1970er Jahre in eine Indikationenlösung, nach wie vor im Rahmen des § 218 StGB. Mit der deutschen Einheit wurde eine Vereinheitlichung dieser konträren rechtlichen Regelungen erforderlich. Ergebnis der Auseinandersetzungen ist: Die strafrechtliche Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs wird beibehalten – und damit die juristische und gesellschaftliche Missbilligung von Schwangerschaftsabbruch als Straftat gegen das Leben. Es werden Ausnahmetatbestände formuliert, unter denen der Abbruch straffrei ist. Mit der Neuregelung gehen sie weiter als die vormalige reine Indikationenregelung: Die soziale Indikation wird abgelöst durch die Zusicherung von Straffreiheit für Frauen, die sich im Fall einer ungewollten Schwangerschaft für einen Abbruch entscheiden, allerdings unter eng definierten Bedingun-



gen. Hier ist insbesondere die Pflichtberatung zu nennen. Diese Beratung ist der »Preis« für das Recht auf die eigene Entscheidung, aber sie hat dezidiert dem Schutz des ungeborenen Lebens zu dienen, das »in jedem Stadium der Schwangerschaft auch ihr [der Frau] gegenüber ein eigenes Recht auf Leben hat«. Deshalb könne der Schwangerschaftsabbruch nach der Rechtsordnung nur in Ausnahmesituationen in Betracht kommen, wenn »der Frau durch das Austragen der Schwangerschaft des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt« – so § 219 StGB (NOMOS-Gesetze, 2011, S. 2146).

Grundlage der nach wie vor bestehenden strafrechtlichen Regelung mit all ihren Folgerungen ist die im BVerfG-Urteil von 1993 wiederum aufgegriffene und sogar ausgeweitete Norm des Schutzes des ungeborenen Lebens: »Das sich im Mutterleib entwickelnde Leben steht als selbständiges Rechtsgut unter dem Schutz der Verfassung« (BVerfG, 1975) [...] »Ein solcher Schutz ist nur möglich, wenn der Gesetzgeber ihr [der Frau] einen Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich verbietet und ihr damit die grundsätzliche Rechtspflicht auferlegt, das Kind auszutragen« (BVerfG, 1993) – wobei der Staat »zur Erfüllung seiner Schutzpflicht« Ausnahmen definieren darf, die aber wiederum nach dem »Kriterium der Unzumutbarkeit zu bestimmen« (ebd.) sind – daher die Begründung der »zumutbaren Opfergrenze« in § 219 StGB, der die Zielstellung der Pflichtberatung beschreibt. Die dauerhafte Wirkmacht der Argumentationen zu Status, Würde, Rechtsansprüchen und Schutz des vorgeburtlichen Lebens ist mitgetragen davon, dass sie nicht nur das Abtreibungsthema betrifft, sondern auch durch die Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin beeinflusst wird und auf diese wiederum zurückwirkt. Die Sichtbarmachung des Embryos und die medizinischen Möglichkeiten der Einflussnahme auf früheste Stadien menschlichen Lebens in ihren Ambivalenzen zwischen Fortschritt und Gefährdung beeinflussen die durchaus notwendigen Diskurse (Dietrich & Czerner, 2013, S. 493ff.). Allerdings führt dies zu einer problematischen Gleichsetzung von Schwangerschaftsabbruch als Entscheidung einer Frau in einer spezifischen Lebenssituation mit dem Thema des Umgangs mit Embryonen im Rahmen reproduktionsmedizinischer Behandlungen und Forschungen. Der dem Abtreibungsthema inhärenten Spannung (vgl. Boltanski, 2007) wird mit diesem Herangehen nicht durch deren Anerkennung entsprochen, sondern Schwangerschaftsabbruch wird delegitimiert und als Straftatbestand prinzipiell verboten: Das Recht der Frau wird

letztlich dem des Ungeborenen untergeordnet. International führen die Definition des Beginns menschlichen Lebens und der daraus abgeleitete Schutzanspruch gegebenenfalls bis zur Festschreibung des Lebensrechtes des Ungeborenen in der Verfassung, vor allem in maßgeblich katholisch geprägten Ländern wie zum Beispiel Chile oder den Philippinen. In der Dominikanischen Republik ist das Lebensrecht des Embryos ab Konzeption seit 2012 festgeschrieben. In 16 mexikanischen Staaten verbinden die Verfassungen den Schutz des Lebensrechtes entweder mit der Befruchtung oder der Einnistung, was einem Verbot des Schwangerschaftsabbruchs entspricht. Auch in den USA zeigen sich besorgniserregende Entwicklungen. Die Folgen für Frauen und Ärzt\_innen in diesen Ländern sind gravierend.

Nach der gesetzlichen Neuregelung in Deutschland war ein weitgehendes Arrangement mit diesem Kompromiss zu verzeichnen. Das Aufbegehren gegen die strafrechtliche Verankerung, wie es die 1970er und -80er Jahre geprägt hatte, gehörte der Geschichte an. Die Juristin Monika Frommel beobachtete eine »entspannte Liberalität« und eine »gelungene Entkriminalisierung« (Frommel, 2009, S. 181ff.). Der Zugang zum Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft war durchaus unvergleichlich einfacher geworden, jedenfalls wenn der Maßstab die Situation in den alten Bundesländern vor 1990 ist. Viele Frauen wissen und spüren nicht einmal mehr, dass der Abbruch einer Schwangerschaft prinzipiell ein Straftatbestand ist, wähnen sich in einer vermeintlichen Fristenlösung und nehmen die Beratung entweder hin oder sogar als hilfreich an. Die dramatischen Situationen, die Frauen in den vergangenen Jahrzehnten erleben mussten, gehören der Vergangenheit an. Dennoch liegt in dieser Entwicklung auch ein Problem. Argumentationen, die eine »praktische Konkordanz von Lebensschutz auf der einen und Achtung der Persönlichkeitsrechte der betroffenen Frauen auf der anderen Seite« (Frommel, 2002, S. 413) unterstellten, setzten sich durch. Lange Zeit wurde nicht gesehen oder verdrängt, was die neu gefassten §§ StGB 218ff. im Einzelnen bedeuten.

Die subtilen Wirkungen der juristischen und gesellschaftlichen Missbilligung des Schwangerschaftsabbruchs konnten sich auf dieser Grundlage entfalten. Sie betreffen das gesellschaftliche Klima und die öffentliche Meinung, die Haltung der betroffenen Professionellen und die Frauen selbst.

Es entstand ein *gesellschaftliches Klima*, eine öffentliche Meinung, in die die §§ 218ff. mit dem ihnen inhärenten Lebensschutzgedanken implantiert schienen. Es war gekennzeichnet von der Gegenüberstellung der Lebensrechte des Embryos zu den Persönlichkeitsrechten der Frau sowie von der

Anerkennung des Primats des Lebensrechts vor dem Persönlichkeitsrecht (Hahn, 2015, S. 56ff.). In den Medien fand dies seinen Ausdruck in moralisierenden Darstellungen über Frauen, Männer und Ärzt\_innen und in Fokussierungen auf den Embryo. Sprachlich suggestiv wurden Embryo und Kind ebenso gleichgesetzt wie Schwangere und Mutter. Grundsätzlich wichtige ethische Debatten zur Schutzwürdigkeit vorgeburtlichen Lebens im Kontext reproduktionsmedizinischer Entwicklungen sowie Vermischungen mit den Themenkreisen Spätabbruch und Behinderung wurden und werden zum Teil genutzt, um Schwangerschaftsabbruch und Behinderung gegeneinander auszuspielen und Schwangerschaftsabbruch zu diskreditieren (Herzog, 2015, S. 135f.). Die Lebenswirklichkeit von Frauen, ihre Selbstbestimmung über den Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft, ihre freie Entscheidung treten dahinter zurück (Hahn, 2015, S. 57f.). Die ALLBUS-Bevölkerungsbefragungen von 1992 bis 2012 zeigen damit korrespondierend: Etwa 60 % der Befragten antworten mit »Nein« auf die Frage, ob es ihrer Meinung nach einer Frau gesetzlich möglich sein solle, einen Abbruch vornehmen zu lassen, wenn die Frau es so will, unabhängig davon, welchen Grund sie dafür hat. Die Akzeptanz von Schwangerschaftsabbrüchen ist deutlich höher, wenn Gesundheitsgefährdungen der Frau, des Embryos oder eine Vergewaltigung vorliegen. Sie liegen dann konstant bei 90 %. Die ALLBUS-Studie von 2018 fragt explizit nach der Zustimmung zur Eigenentscheidung durch die Frau. Fast 70 % bejahen dies uneingeschränkt, fast 20 % in der Tendenz und nur etwa 7 % lehnen dies ab.<sup>1</sup>

Über die *Haltungen von Ärzt\_innen* gibt es keine aktuellen empirischen Befunde (vgl. Czygan & Thonke, 2015; Seyler, 2015). Weder in den Aus- und Fortbildungen noch auf Tagungen medizinischer Gesellschaften scheint das Thema nur annähernd adäquat aufgegriffen zu werden, obwohl es um einen der am häufigsten durchgeführten gynäkologischen Eingriffe geht. Abtreibung ist stigmatisiert – dazu trägt die generelle strafrechtliche Einbindung in § 218 StGB ebenso bei wie das sogenannte Werbeverbot für Abtreibung in § 219a StGB. Dieses, gepaart mit einschlägigen Attacken von Abtreibungsgegner\_innen, führt dazu, dass Ärzt\_innen selbst eine

---

1 Ein Vergleich bzw. eine Bewertung des jüngsten Antwortverhaltens ist durch die Veränderung in den Fragestellungen leider nicht möglich. Die Ergebnisse sprechen dafür, eine Befragung zum Problemkreis der Haltungen zur gesetzlichen Regelung und der Veränderungsbedarfe sowie der Entscheidungskompetenz von Frauen bei ungewollter Schwangerschaft neu aufzulegen.

einfache Information über diese Leistung auf ihrer Homepage vermeiden – mithin Frauen der Zugang zu Informationen erschwert wird. Eine aufgrund großen gesellschaftlichen Drucks zustande gekommene Reform des § 219a ist völlig unzureichend und reglementiert nach wie vor die Informationsrechte von Ärzt\_innen auf unangemessene Weise. Auch die Hervorhebung des Rechts, an der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht mitwirken zu müssen (SchKG § 12), ist eine Botschaft. Zwar haben Frauen in vielen Regionen noch einen relativ guten Zugang zum Abbruch, aber es gibt Hinweise, dass sich das deutlich ändert und manche Frauen bereits weite Fahrtwege in Anspruch nehmen müssen sowie keine Wahlmöglichkeit der Methode haben. Zudem besagt dies nur wenig über die Qualität der Versorgung, die sowohl die Kenntnis und Beachtung der fachlichen Standards schonender und medizinisch korrekt durchgeführter Abbrüche betrifft (der Anteil der Kürettagen ist zu hoch, der Anteil der medikamentösen Abbrüche zu niedrig) als auch die empathische und respektvolle Haltung, mit der den Frauen begegnet wird. Ärzt\_innen reduzieren sich häufig darauf, eine medizinische Dienstleistung korrekt zu erbringen. Nicht selten sind Berichte, nach denen Patientinnen unzureichend oder manipulativ informiert und mit mehr oder weniger direkten Vorwürfen konfrontiert werden (Diehl, 2010, S. 63ff.).

Die Sinnhaftigkeit der *zielorientierten Pflichtberatung* nach § 219 StGB ist grundsätzlich zu hinterfragen. Auch hier zeigen sich Probleme, die letztlich in der Fehlkonstruktion des zugrunde liegenden Schutzkonzeptes wurzeln. Sie offenbaren sich vor allem in den Wirkungen auf die betroffenen Frauen und Berater\_innen immer deutlicher. So widersprechen fachliche Standards professioneller psychosozialer Beratung (Freiwilligkeit, eigene Motivation, Neutralität gegenüber den Klient\_innen und ihrem Anliegen) Vorgaben einer zielorientierten Pflichtberatung. Der Gesetzgeber hat Ergebnisoffenheit im SchKG festgeschrieben, offensichtlich um Mindeststandards von Beratung zu sichern, ebenso dass die Beratung nicht bevormunden soll und die Mitwirkung sowie die Angabe von Gründen nicht erzwungen werden darf. Dennoch bedingt die Ausgangslage Dynamiken und Probleme, die bleiben werden, solange der strafrechtlich eingebundene und zielorientierte Pflichtcharakter bestehen bleibt. Frauen sind in der Regel bereits entschieden, wenn sie in die Beratung kommen: Entscheidungen werden partnerschaftlich oder in anderen relevanten sozialen Kontexten getroffen, vielleicht auch nur in der Auseinandersetzung mit sich selbst und den eigenen Lebensvorstellungen und -umständen. So wissen Frauen

oftmals nicht, was in der Beratung geschehen soll oder wird. Sie präsentieren sich, wie sie meinen, dass es sozial akzeptiert ist – bis in die Angabe von Gründen für den Abbruch oder Ursachen für die ungewollte Schwangerschaft hinein. Viele sind besorgt, ob sie den Schein bekommen, wovon dies abhängig sein wird, sind besorgt, zum Austragen überredet oder negativ bewertet zu werden. Auch angebotene Hilfen werden als Bestandteil eines »Überredungsversuchs« wahrgenommen. Ein Machtgefälle wird antizipiert. Natürlich gibt es auch Frauen die sich eine Stärkung in ihrer Entscheidung oder eine Unterstützung in der Entscheidungsfindung oder -sicherheit erhoffen und solche, die offen für Hilfeangebote und Informationen sind. Diese fänden den Zugang aber auch ohne zielorientierte Beratungspflicht, wie andere Bereiche sozialer Beratung zeigen. Für etwa 70 % der Frauen ist die Pflichtberatung real nicht entscheidungsrelevant, so »frauen leben 3« (Helfferich et al., 2016, S. 160). Und die Berater\_innen versuchen, den Widerspruch zwischen Zielauftrag und Ergebnisoffenheit, zwischen professionellem Beratungsanspruch und Fehlkonstruktion einer zielorientierten Pflichtberatung auszubalancieren. Berater\_innen bemühen sich trotz der problematischen Grundkonstellation, eine Beratung durchzuführen, die sich an den Fragen und Bedürfnissen der Frauen orientiert. Interviews zeigen, dass Berater\_innen zwar mehrheitlich einen neutralen Beratungsansatz verfolgen und die Entscheidung der Frau akzeptieren, sich aber dennoch in einer Art »doppelten Anwaltschaft« sehen. Mitarbeiter\_innen konfessioneller Träger befürworten in höherem Maß, dass geboresenes und ungeborenes Leben gleich schützenswert seien (Maderker et al., 2012). Dies sind Hinweise darauf, dass sich die Widersprüchlichkeit der Konstruktion der zielorientierten Beratungspflicht im strafrechtsbewehrten Kontext auch in den Haltungen der Berater\_innen wiederfindet.

Die gesellschaftliche Stigmatisierung von Abtreibung trifft auf individuelle Besonderheiten im Kontext ungewollter Schwangerschaft, die geeignet sind, dieses Schweigen und/oder diese Schuldgefühle anzunehmen. Tötungsvorwürfe sind implementiert im Bewusstsein mancher junger Frauen. Die heutige Sichtbarkeit des Embryos hat darauf ebenso Einfluss wie die benannten Botschaften vom Schutz des ungeborenen Lebens. Dazu kommt: Ungewollte Schwangerschaft und die Entscheidung für oder gegen ihr Austragen wird als eine ganz private und individuelle Herausforderung empfunden (Busch, 2012, S. 5). Etwas, was so viele Frauen erleben, erhält auch von ihnen selbst kaum Öffentlichkeit. Es ist eine Individualisierung des Themas zu beobachten, eine Vereinzelung der Frauen in ihrer Lebens-

und Entscheidungssituation. Die Sprachlosigkeit in der Gesellschaft, das Wegfallen der selbstbewussten Besetzung dieses Themas im öffentlichen Diskurs lässt keinen Raum mehr für gemeinsame Legitimierungsideen, vom Einfordern eines Rechts auf Abtreibung ganz zu schweigen. Frauen sind alleingelassen in der Bewältigung einer Situation, in der sie von ihrem gefühlten Recht Gebrauch machen wollen, aber andererseits gesellschaftliche Ablehnung spüren, die sie vielleicht selbst verinnerlicht haben. Wenn über die psychischen Aspekte der Entscheidungsfindung im Kontext ungewollter Schwangerschaft und die Verarbeitung des Abbruchs nachgedacht wird, gehört dies unbedingt dazu, und zwar als ein bedeutsamer Aspekt reproduktiver und sexueller Gesundheit. Professionell im Bereich der reproduktiven Gesundheit Tätige sollten über diese Zusammenhänge Bescheid wissen, bilden sie doch einen Hintergrund in den Begegnungen mit Klient\_innen.

### **Information und Beratung zu Sexualität und Familienplanung**

Große Unterschiede gibt es auch in der Umsetzung eines Rechtes auf Sexuaufklärung und Beratung in Europa. Nicht in allen Ländern ist Sexualekundeunterricht verbindlich, und wo er verbindlich ist, gibt es kaum hinreichende Aussagen zur konkreten Ausgestaltung und nachhaltigen Wirkung. Sowohl Erfolge als auch erhebliche Widerstände sind zu beobachten (BZgA, 2011). Die Debatten der letzten Jahre zu Teenagerschwangerschaften in Europa (vor allem in Großbritannien und einigen ehemaligen Ostblockländern ein Problem) haben kenntlich gemacht, dass dringender Handlungsbedarf besteht. So hat sich das europäische Parlament zum Beispiel kritisch mit den großen Defiziten auf dem Gebiet der Sexuaufklärung in Polen befasst. Das europäische Regionalbüro der WHO hat ausgehend von umfänglichen Analysen gemeinsam mit der BZgA Standards der Sexuaufklärung für Europa formuliert (WHO-Regionalbüro für Europa & BZgA, 2011). Unterschiedlich ist auch die Zugangsmöglichkeit zu professionellen psychosozialen Beratungsangeboten im Kontext sexueller und reproduktiver Themen einzuschätzen. Das in Deutschland bestehende flächendeckende Netz von Beratungsstellen für Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung in pluraler Trägerschaft wird als beispielhaft hervorgehoben, auch im internationalen Vergleich. Differenzierend soll hervorgehoben werden:

Unzweifelhaft hat Deutschland sehr gute Ausgangsbedingungen. Bereits 1968 – durchaus im Kontext der gesellschaftlichen Aufbrüche der 60er Jahre – hat die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland (KMK) »Empfehlungen zur Sexualerziehung in der Schule« veröffentlicht. »Damit wurde Sexualerziehung erstmals von amtlicher Seite aus dem Zwielicht der Verdrängung und dem Ambiente der Lustfeindlichkeit geholt« (Hilgers, 2004, S. 9). Sie wurde als Aufgabe von Elternhaus *und* Schule definiert und als fächerübergreifender Anspruch für die Persönlichkeitsbildung von Kindern und Jugendlichen (Hilgers, 2004, S. 9ff.). Wieder anders verlief die Entwicklung in der DDR (Stumpe & Weller, 1995). Im Jahr 1977 entschied das Bundesverfassungsgericht, dass die Ziele schulischer Bildung nicht den Wünschen oder Bedenken von Eltern unterzuordnen sind, sondern Sexualerziehung ein integrativer Bestandteil der Gesamterziehung sei. Standards zur Sexualaufklärung setzt seit 1992 die BZgA. Sie gibt Materialien heraus, initiiert und publiziert Forschungen und Projekte im Themenfeld. Ein Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung wurde 1994 verabschiedet und seitdem kontinuierlich fortgeschrieben. Hintergrund ist, dass Sexualaufklärung mit dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz (SFHG – Vorläufer des SchKG) als öffentliche Aufgabe bestätigt und ihre Inhalte gesetzlich definiert wurden. Hierin liegen große Potenziale (ein Blick auf die Veröffentlichungen der BZgA setzt dies unter Beweis). Die Impulse werden von Trägern, Verbänden und Institutionen aufgegriffen, und inzwischen besteht ein großes Kompetenznetzwerk auf sexualpädagogischem Gebiet. Sexualpädagogik ist in schulische und außerschulische Handlungsfelder integriert, hat sich professionalisiert (es gibt umfangreiche Fort- und Weiterbildungsangebote) und konzeptionell deutlich erweitert. Letzteres betrifft die Fokussierung auf unterschiedliche Zielgruppen, aber auch die generelle Erweiterung hin zu sexueller Bildung für Menschen in verschiedenen Lebenskontexten. Dennoch ist festzustellen, dass sich sexualpädagogische Angebote häufig über die Abwehr von Gefahren (Teenagerschwangerschaften, Aids, Missbrauch) legitimieren müssen und meist nicht nachhaltig konzipiert werden können. Und zunehmend diskreditieren konservative Bewegungen eine emanzipatorische sexuelle Bildung, die die Vielfalt gelebter Sexualität konzeptuell anerkennt; eine schädliche Frühsexualisierung und der Schutz der natürlichen Familie werden beschworen. Schulen, Kindergärten und andere Bildungseinrichtungen sind zum Teil irritiert oder bereits beeinflusst von diesen Argumentationen.



Zu den europaweit hervorhebenswerten Ausgangsbedingungen zählt das flächendeckende Netz an Schwangerschaftsberatungsstellen. Deutschlandweit bieten seit 1993 und auf der Grundlage des Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetzes (seit 1995 SchKG) insbesondere freie Träger, relevante Fachverbände, aber auch Kommunen umfassende Beratungsleistungen zu verschiedenen Themen der Familienplanung, Sexualität und Schwangerschaft bzw. bei ungewollter Schwangerschaft an. Die Aufgaben der Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatung sind im Einzelnen in den §§ 2 und 5ff. ausgeführt. Trotz aller positiven Entwicklungen ist kritisch anzumerken, dass sich die Etablierung dieser Angebote primär aus der Pflichtaufgabe des Staates zum Schutz des ungeborenen Lebens ableitet, auch die Konzeptentwicklung zur Sexualaufklärung nach SchKG § 1 ist diesem Ziel untergeordnet. In § 2 wird der Anspruch jeder Frau und jedes Mannes fixiert, »sich zu den in § 1 Abs. 1 genannten Zwecken in Fragen der Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung sowie in allen eine Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührenden Fragen von einer hierfür vorgesehenen Beratungsstelle auf Wunsch anonym informieren und beraten zu lassen«.

Es kann konstatiert werden: Mit den Schwangerschaftsberatungsstellen gibt es ein flächendeckendes Netz an Beratungsstellen im Handlungsfeld Sexualität und Familienplanung, ausgestattet mit kompetenten Berater\_innen, die über einschlägige Zusatzqualifikationen verfügen. Es kann eine große Zahl von Frauen, Männern, Kindern und Jugendlichen erreicht werden. Dennoch sind die Möglichkeiten zu qualifizierten Beratungsangeboten in einem sich immer weiter ausdifferenzierenden Handlungsfeld begrenzt. Dazu tragen quantitative Aspekte ebenso bei wie inhaltliche Limitierungen durch den staatlichen Auftrag. Die jeweiligen Umsetzungen unterstehen ohnehin der Länderkompetenz und sind in Landesrichtlinien bzw. -gesetzen geregelt. Das führt zu unterschiedlichen Ausgestaltungen. Zwar sinken mittelfristig die Bevölkerungszahlen, aber die Beratungen selbst werden anspruchsvoller, komplexer und langfristiger. Multiproblemlagen erfordern zunehmend vernetztes Arbeiten. Das vielfältige Leistungsspektrum der Schwangerschaftsberatung – von sozialrechtlichen Beratungen bis zu konkreten Hilfen, von ungewollter Kinderlosigkeit bis zu ungewollter Schwangerschaft, von Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik zur Sexualpädagogik, von Vernetzung bis Qualitätsmanagement – braucht angemessene personelle Sicherung und Präsenz.

Sexualität, Partnerschaft und Familie zu leben folgt heute sehr unterschiedlichen Modellen in einer großen Vielfalt von Paar- und Beziehungsweisen. Sexuelle Identität zu entwickeln ist einerseits deutlich weniger begrenzt denn je. Andererseits ist dies nicht selten von Irritationen, Herausforderungen, Unwägbarkeiten begleitet. Möglicherweise ist dies deshalb so, weil so vieles nicht mehr klar normiert ist, mediale Einflüsse eingeschlossen. Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung sind hochindividuelle und trotzdem stark von gesellschaftlichen Einflüssen und Wandlungen geprägte Phänomene. Veränderte Lebensvorstellungen und Ansprüche an die Vereinbarkeit von Beruf und Familie und damit einhergehende Rollenveränderungen verstärken Dynamiken in Partnerschaften und familienplanerischen Druck (nicht nur das weiter gestiegene Erstgeburtsalter und die stabil niedrigen Geburtenraten machen das deutlich).

Nicht von ungefähr zählt die BZgA zu den Schwerpunktaufgaben nach dem SchKG auch die Förderung eines konstruktiven Auseinandersetzungsprozesses zwischen Frau und Mann über die partnerschaftliche Verteilung von Familien- und Berufsarbeit oder flexible Hilfsangebote für unterschiedliche Lebens- und Familienformen. Auch das Recht jedes Menschen auf Sexualaufklärung ist im SchKG festgeschrieben. Trotzdem ist umstritten, ob dies auch das Recht auf allgemeine Partnerschafts- und Sexualberatung einschließt. Es sollte zu einer modernen Verfasstheit der Gesellschaft gehören, in jeder Region dieses Landes einen Zugang zu Partnerschafts- und Sexualberatung zu haben. Das entspräche auch dem modernen Gesundheitsverständnis der WHO. Es greift zu kurz, Sexualaufklärung nur auf Information zur Funktion von Geschlechtsorganen, Fortpflanzungsabläufe oder Verhütung zu beziehen oder auf sexualpädagogische Arbeit mit Kindern und Jugendlichen oder Menschen mit Behinderungen. Beratung im Kontext von Partnerschaft und Sexualität, insbesondere auch für Menschen ohne Bezug zum Thema Schwangerschaft, sollte einem weiten Gesundheitsverständnis folgend dazugehören.

## **Fazit: Perspektiven der sexualwissenschaftlichen Forschung**

Angewandte Sexualwissenschaft schließt die Aspekte der Familienplanung ein – sowohl individuell als auch gesellschaftlich. Dabei haben diskursanalytische Betrachtungen eine ebenso große Bedeutung wie empirische Untersuchungen. Die gesellschaftlichen Realitäten des Umgangs mit dem

Fortpflanzungsaspekt von Sexualität haben einerseits Wirkung auf Diskurse, und andererseits wirken Diskurse in die soziale Wirklichkeit gelebter Familienplanung hinein. Sowohl rückblickend als auch aktuell und künftig ist sinnvoll zu fragen: Was ist Gegenstand von öffentlichen und wissenschaftlichen Debatten, welche Dispositive liegen dem zugrunde, wie verändern sie sich in Abhängigkeit von dominierenden gesellschaftlichen Werten und Normen, politischen, kulturellen und religiösen Deutungshoheiten und deren juristischen Ausdrucksformen? Sexualwissenschaftliche Forschung ist beeinflusst von zeitbezogenen Sichtweisen auf Geschlechterverhältnisse, Frauenbildern, pathologisierenden Interpretationsmustern, kriminalisierenden Verantwortlichkeitszuschreibungen oder neoliberalen Individualisierungen und Verantwortungszuschreibungen. Gerade wenn es um Verhütung, (unerfüllten) Kinderwunsch oder ungewollte Schwangerschaft bzw. Schwangerschaftsabbruch geht, wird dies anhand »normativ schattierter Diskurse« (vgl. Helfferich, 2015, S. 76) deutlich. Dies spiegelt sich auch in der jeweiligen empirischen Forschung wider. Forschungsstränge sind unter anderem verbunden mit der Bedeutungszuweisung von Verhütung und Verhütungsverantwortung, mit der Analyse von Motiven und Folgen reproduktionsmedizinischer Versorgungsmöglichkeiten, von Diskursen zu pränataler Diagnostik und Behinderung und deren Wirkungen, mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch jenseits moralisierender Beschreibungen, vielmehr die innewohnende Spannung individuell und gesellschaftlich haltend, und last but not least mit dem Thema Status und Schutzwürdigkeit vorgeburtlichen Lebens, Wirkmacht der internalisierten Bilder und Ideen verbunden. Insofern sollte sich Sexualwissenschaft nicht nur als fachlich, sondern zugleich als fachpolitisch agierende Disziplin verstehen.

## Literatur

- Achtelik, K. (2015). *Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung*. Berlin: Verbrecher Verlag.
- Aktionsprogramm der Kairoer Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung (1994), Abschnitt 7.2 und 7.3, In E. Thoß & E. Pracht (Hrsg.), (2005), *informiert handeln. Konzepte/Konferenzen/Kontroversen* (S. 45–46). Wien: Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_en.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf) (30.06.2020).
- Allmendinger, J. & Haarbrücker, J. (2013). Lebensentwürfe heute. Wie junge Frauen und Männer in Deutschland leben wollen. <https://bibliothek.wzb.eu/pdf/2013/p13-002.pdf> (24.01.2020).

- Beck-Gernsheim, E. (2006). *Die Kinderfrage heute: Über Frauenleben, Geburtenrückgang und Kinderwunsch*. München: Beck.
- Bergmann, S. (2014). *Ausweichrouten der Reproduktion. Biomedizinische Mobilität und die Praxis der Eizellspende*. Wiesbaden: Springer VS.
- Boltanski, L. (2007). *Die Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Busch, U. (2010). Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte – Zu Geschichte und Aktualität eines Paradigmenwechsels. In U. Busch (Hrsg.), *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Nationale und internationale Perspektiven* (S. 9–21). Baden-Baden: Nomos.
- Busch, U. (2012). Tabuthema Schwangerschaftsabbruch. Eine Positionierung zum Thema Abtreibung im Kontext reproduktiver Rechte ist wichtig. *pro familia magazin*, 40(3/4), 4–6.
- Busch, U. & Hahn, D. (Hrsg.). (2015). *Abtreibung – Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld: transcript.
- BVerfG (1975). Urteil des Ersten Senats vom 25. Februar 1975 auf die mündliche Verhandlung vom 18./19. November 1974 – 1 BvF 1, 2, 3, 4, 5, 6/74. <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv039001.html> (16.01.2020).
- BVerfG (1993). Urteil des Zweiten Senats vom 28. Mai 1993 aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 8./9. Dezember 1992 – 2 BvF 2/90 und 4, 5/92. <http://www.servat.unibe.ch/dfr/bv088203.html> (16.01.2020).
- BZgA (Hrsg.). (2011). Sexuaufklärung international. *BZgA-Forum Sexuaufklärung und Familienplanung*, 2011(2).
- Czygan, C. & Thonke, I. (2015). Schwangerschaftsabbruch – Ärztliches Handeln in Forschung und Praxis. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung – Diskurse und Tendenzen* (S. 279–298). Bielefeld: transcript.
- Deutsches IVF-Register (2018). D.I.R.-Jahrbuch 2017. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 15 (Sonderheft 1), 1–56.
- Diehl, S. (2010). Die Stigmatisierung der Abtreibung in Politik und Medizin – Hintergründe und Folgen. In U. Busch (Hrsg.), *Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte. Nationale und internationale Perspektiven* (S. 63–84). Baden-Baden: Nomos.
- Dietrich, F. & Czerner, F. (2013). Menschenwürde und vorgeburtliches Leben. In J.C. Joerden, E. Hilgendorf & F. Thiele (Hrsg.), *Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch* (S. 491–524). Berlin: Duncker & Humblot.
- EAAP – Europe Abortion Access Project (2020). <https://europeabortionaccessproject.org/de/unser-projekt/> (11.02.2020).
- EPF – European Parliamentary Forum on Population & Development (2018). Contraception Atlas 2018. <https://www.contraceptioninfo.eu/node/71> (27.01.2020).
- Frommel, M. (2002). Die Menschenwürde des Embryos in vitro. *Kritische Justiz: Vierteljahresschrift für Recht und Politik*, 35(4), 411–426.
- Frommel, M. (2009). Der mühsame Prozess der Reform des § 218 StGB. Welche Rolle spielt die Neue Frauenbewegung 1968 heute? *Kritische Vierteljahresschrift für Gesetzgebung und Rechtswissenschaft*, 92(2), 181–192.
- Frommel, M., Taupitz, J., Ochsner, A. & Geisthövel, F. (2010). Rechtslage der Reproduktionsmedizin in Deutschland. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 7(2), 96–105.

- Hahn, D. (2015). Diskurse zum Schwangerschaftsabbruch nach 1945. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung – Diskurse und Tendenzen* (S. 41–60). Bielefeld: transcript.
- Helfferich, C. (2015). Schwangerschaftsabbruch und empirische Forschung. Zur gesellschaftlichen Konstruktion eines Forschungsgegenstands im Schatten moralischer Diskurse. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung – Diskurse und Tendenzen* (S. 61–82). Bielefeld: transcript.
- Helfferich, C., Klindworth, H., Heine, Y. & Wlosnewski, I. (2016). frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Eine Studie im Auftrag der BZgA. [http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Frauenleben3\\_Langfassung\\_Onlineversion.compressed.pdf](http://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Frauenleben3_Langfassung_Onlineversion.compressed.pdf) (26.07.2016).
- Hennig, A. (2015). Moralpolitik und Religion. Die Abtreibungskontroversen in Polen, Italien und Spanien. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung – Diskurse und Tendenzen* (S. 83–102). Bielefeld: transcript.
- Herzog, D. (2015). Schwangerschaftsabbruch, Behinderung, Christentum: Die Ambivalenzen der sexuellen Revolution in Westeuropa in den 1960er und -70er Jahren. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung – Diskurse und Tendenzen* (S. 121–138). Bielefeld: transcript.
- Hilgers, A. (2004). Richtlinien und Lehrpläne zur Sexualerziehung. Eine Analyse der Inhalte, Normen, Werte und Methoden zur Sexualaufklärung in den sechzehn Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Eine Expertise im Auftrag der BZgA. Köln: BZgA.
- Illouz, E. (2011). *Warum Liebe weh tut*. Berlin: Suhrkamp.
- IPPF (Hrsg.). (2009). Sexuelle Rechte. Eine IPPF-Erklärung. London: IPPF. [https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf\\_sexual\\_rights\\_declaration\\_german.pdf](https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_sexual_rights_declaration_german.pdf) (20.01.2020).
- Klingholz, R. (o.J.). Reproduktive Gesundheit. <http://www.berlin-institut.org/online-handbuchdemografie/entwicklung/reproduktive-gesundheit.html> (20.01.2020).
- Kröger, I., Olst, N. & Klingholz, R. (2004). *Das Ende der Aufklärung. Der internationale Widerstand gegen das Recht auf Familienplanung*. Berlin: Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Leo, A. & König, C. (2015). *Die »Wunschkindpille«. Weibliche Erfahrung und staatliche Geburtenpolitik in der DDR*. Göttingen: Wallstein.
- Madeker, M., Jacobs, M. & Simon, A. (2012). Beratungs- und Rollenverständnis von Schwangerschaftskonfliktberaterinnen. Ergebnisse einer empirischen Befragung. *Frauenarzt*, 58(1), 30–35.
- Malter, J. & Wind, R. (2009). New Study Finds that Dramatic Reductions in Maternal and Newborn Deaths Are Within Reach. Targeted Investments Can Also Radically Reduce Unintended Pregnancies and Unsafe Abortion and Lower Poverty Levels. UNFPA Press Release. <https://web.archive.org/web/20091206044324/http://www.unfpa.org/public/News/pid/4480> (20.01.2020).
- NOMOS-Gesetze (2011). *Gesetze für die Soziale Arbeit. Textsammlung*. Baden-Baden: Nomos.
- NZFH – Nationales Zentrum Frühe Hilfen (o.J.). <http://www.fruehehilfen.de> (19.04.2013).
- NZFH (Hrsg.). (2010). Die Bedeutung der Schwangerschaftsberatung im Kontext Früher Hilfen. Standortbestimmung. Köln: BZgA. [https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user\\_upload/fruehehilfen.de/pdf/Die\\_Bedeutung\\_der\\_Schwangerschaftsberatung.pdf](https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Die_Bedeutung_der_Schwangerschaftsberatung.pdf) (20.01.2020).
- Obinger-Gindulis, E. (2015). Ein Blick über die Grenzen: Die Abtreibungsregelungen der

- OECD-Länder und ihre Bestimmungsfaktoren im Vergleich. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung – Diskurse und Tendenzen* (S. 193–214). Bielefeld: transcript.
- Schlink, B. (2011). Die Würde in vitro. Zur Debatte des Bundestags um die Präimplantationsdiagnostik. *Der Spiegel*, 2011(23), 30–31.
- Shenfield, F., de Mouzon, J., Pennings, G., Ferrarreti, A. P., Nyboe-Andersen, A., de Wert, G. & Goossens, V. (2010). Cross Border Reproductive Care in Six European Countries. *Human Reproduction*, 25(6), 1361–1368.
- Seyler, H. (2015). Schwangerschaftsabbrüche im Erleben von Ärztinnen und Ärzten – Eine persönliche Sicht. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *Abtreibung – Diskurse und Tendenzen* (S. 299–310). Bielefeld: transcript.
- Silies, E. M. (2010). *Liebe, Lust und Last. Die Pille als weibliche Generationserfahrung in der Bundesrepublik (1960–1980)*. Göttingen: Wallstein-Verlag.
- Stumpe, H. & Weller, K. (1995). Familienplanung und Sexualpädagogik in den neuen Bundesländern. Eine Expertise im Auftrag der BZgA. Köln: BZgA.
- Thonke, I. (2011). Kosten erschweren Zugang zu Verhütung. pro familia untersucht Verhütungskosten in Europa. *pro familia magazin*, 39(3), 13–14.
- Thorn, P. (2008). Reproduktives Reisen. Eine Expertise. Frankfurt a. M.: pro familia Bundesverband.
- Thoß, E. (1999). Familienplanung im Kontext sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte. *pro familia magazin*, 27(4), 3–5.
- Thoß, E. & Pracht, E. (Hrsg.). (2005). *informiert handeln. Konzepte/Konferenzen/Kontroversen*. Wien: Österreichische Gesellschaft für Familienplanung.
- UNFPA – United Nations Population Fund (1994). Aktionsprogramm der UN-Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung. Kairo, 5.–13.09.1994. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA\\_en.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf) (23.06.2020).
- UNFPA (2014). Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development Cairo, 5–13 September 1994, 20th Anniversary Edition. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme\\_of\\_action\\_Web%20ENGLISH.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/programme_of_action_Web%20ENGLISH.pdf) (16.01.2020).
- Vereinte Nationen (1948). Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948. <http://www.un.org/depts/german/grunddok/ar217a3.html> (07.05.2013).
- WHO-Defining sexual health. Report 2002/2006. [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf), (17.04.2013); [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/69529/e74558.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf) (17.04.2013).
- WHO-Regionalbüro für Europa (2001). WHO regional strategy on sexual and reproductive health. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/69529/e74558.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf) (16.01.2020).
- WHO-Regionalbüro für Europa & BZgA (2011). Standards für die Sexuaufklärung in Europa. Köln: BZgA. [https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user\\_upload/WHO\\_BZgA\\_Standards\\_deutsch.pdf](https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/WHO_BZgA_Standards_deutsch.pdf) (16.01.2020).
- Wichterich, C. (2015). *Sexuelle und reproduktive Rechte. Ein Essay*. Band 11 der Schriften des Gunda-Werner-Instituts. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung.
- Wischmann, T. (2009a). Psychosoziale Aspekte bei Infertilität. *Gynäkologe*, 42(4), 285–295.
- Wischmann, T. (2009b). Unerfüllter Kinderwunsch und sexuelle Störungen. In H. Lang (Hrsg.), *Gestörte Sexualität: Ursachen, Erscheinungsformen, Therapie* (S. 135–144). Würzburg: Königshausen & Neumann.

### Biografische Notiz

*Ulrike Busch*, Dr. phil., war bis 2018 Professorin für Familienplanung an der HS Merseburg und arbeitete schwerpunktmäßig in der Lehre und Forschung zu sozialwissenschaftlichen Aspekten der Familienplanung. Im Mittelpunkt der letzten Jahre standen die Themen ungewollte Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch, Teenagerschwangerschaften, Schwangerschaftsberatung, Frühe Hilfen und vertrauliche Geburt.



