

Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen



Seite 5

Aktuelles

WHO veröffentlicht
Leitlinie zur Versorgung
mit Schwangerschafts-
abbrüchen



Seite 12

Regionales

Endometriose –
Beratung und Selbsthilfe
im FMGZ Hannover e.V.



ab Seite 13

Schwerpunkt

Aktuelles zum Thema
Schwangerschafts-
abbruch



Hinweis

Liebe Leser*innen, wir weisen Sie darauf hin, dass wir Ihre Daten (E-Mail-Adresse), die Sie uns zugeleitet haben, für den Bezug des Rundbriefes speichern und verarbeiten.

Wenn Sie dies nicht mehr möchten, können Sie dem jederzeit unter ute.sonntag@gesundheit-nds.de widersprechen.

Rundbrief 48 des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen
Juli 2022

c/o Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover
Tel.: 0511 / 388 11 89 - 109
E-Mail: ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Redaktion:

Sarah Kaufmann, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung
Kathrin Schrader, SoVD-Landesverband Niedersachsen e. V.
Corinna Heider-Treybig, Hildegard Müller, pro familia Landesverband Niedersachsen e. V.
Edith Ahmann, Dr. Angelika Voß, Frauen- und MädchenGesundheitsZentrum Region Hannover e. V.
Melissa Depping, Queeres Netzwerk Niedersachsen e. V.
Jessica Lach, Landeskoordinierungsstelle der nds. Frauen- und Mädchenberatungsstellen gegen Gewalt
Dr. Ute Sonntag, Johanna Diedrich, Sabine Scholz de Wall, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V.

Beiträge:

Dr. Tanja Altunjan, Melissa Depping, Uta Engelhardt, Prof. Dr. Daphne Hahn, Arthur Haltrich, Corinna Heider-Treybig, Jessica Lach, Josefine Löser, Natascha Lowitzki, Anna-Lena Mazhari, Robin Ivy Osterkamp, Susan Radant, Sabine Scholz-de Wall, Kathrin Schrader, Dr. Ute Sonntag, Christiane Tennhardt

Der Rundbrief ist Informationsmedium von und für Mitgliedsfrauen des Netzwerkes Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen. Die namentlich gekennzeichneten Artikel geben die Meinung der Autorin wieder, nicht unbedingt die der Redaktion.

Dieser Rundbrief ist unter www.gesundheit-nds.de und www.ms.niedersachsen.de als PDF eingestellt.
<http://tinyurl.com/l9pvn7g>

Liebe Alle im Netzwerk Frauen / Mädchen und Gesundheit Niedersachsen,

Editorial

das Recht, eine Schwangerschaft abzubrechen, ist zurzeit weltweit im Fokus. Einige Länder liberalisieren ihre Gesetzgebung, andere verschärfen sie. In Deutschland ist der Schwangerschaftsabbruch im § 218 StGB geregelt und steht unter Strafe. Er ist nur unter bestimmten Auflagen straffrei.

Für die Streichung des § 218 aus dem Strafgesetzbuch kämpfen hierzulande viele Frauen. 2021 war ein Kampagnenjahr zu diesem Thema, da der § 218 seit 150 Jahren existierte. In diesem Rundbrief blicken wir auf das Kampagnenjahr zurück, beschreiben die derzeitige Versorgungslage und diskutieren neue Entwicklungen wie den medikamentösen Abbruch. Wir haben einige wichtige Aspekte ausgewählt – vollständig ist das Bild dadurch noch lange nicht. Für eine umfassende Betrachtung des § 218 verweisen wir gerne auf die Dokumentation des Kongresses „150 Jahre § 218“, der im letzten Jahr stattfand: www.150jahre218.de

Die derzeitige Ampelkoalition hat die Streichung des § 219a in Angriff genommen, der ein Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche beinhaltet. Er wurde so ausgelegt, dass selbst die reine Information darüber, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen und mit welchen Methoden dies geschieht, strafbar war. Mehrere Ärzt*innen sind auf dieser Basis verurteilt worden. In der Rubrik Aktuelles ist das Procedere der Streichung beschrieben, die am 24. Juni 2022 erfolgte.

Wir möchten Sie wie immer einladen, Neues aus dem Frauen- oder Mädchengesundheitsbereich aus Ihrer Region oder Ihrem Projekt unter unserer Rubrik „Regionales“ zu berichten. Das Schwerpunktthema des nächsten Rundbriefes ist „Frauen, Arbeit und Gesundheit“.

Wir wünschen Ihnen Ruhe und Spaß beim Lesen und uns, dass Sie den Kampf um eine Entkriminalisierung und Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs unterstützen!

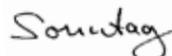
Beste Grüße von den Trägerorganisationen des Netzwerkes



Sarah Kaufmann
Nds. Ministerium für
Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung



Corinna Heider-Treybig
pro familia
Landesverband
Niedersachsen e. V.



Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für
Gesundheit und Akademie für
Sozialmedizin Niedersachsen e. V.



Kathrin Schrader
SoVD-
Landesverband
Niedersachsen e. V.



Edith Ahmann
Frauen-und Mädchen
GesundheitsZentrum
Region Hannover e. V.



Melissa Depping
Queeres Netzwerk
Niedersachsen e. V.

Aktuelles	5
Streichung des § 219a – das sogenannte Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche ist gefallen	5
Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht Leitlinie zur Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen – Abortion care guideline	6
Queer und schwanger	7
Das Aktionsbüro „Gesundheit rund um die Geburt“ stellt sich vor	8
Die Klitoris ist nicht nur eine Erbse	9
FEM-UnitED – gemeinsam Femizide in Europa verhindern	10
MUMKIN-App – Künstliche Intelligenz im Kampf gegen Gewalt an Frauen*	11
Female health incubator (FHI)	11
Gesundheitspreis 2022 – jetzt bewerben: gendersensible Projekte in der Gesundheitsversorgung und -förderung	12
Regionales	13
Endometriose – Beratung und Selbsthilfe im FMGZ Hannover e. V.	13
Schwerpunkt: Aktuelles zum Thema Schwangerschaftsabbruch	14
Versorgungslage zum Schwangerschaftsabbruch – ausreichend oder gibt es weiße Flecken?	14
Reproduktive Rechte sind Menschenrechte	16
Das bittere Jubiläum – Rückblick auf unser Kampagnenjahr 2021	20
Das Projekt ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“.	24
Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch in Deutschland	30
Trans* und (un)gewollt schwanger?	34
Schwangerschaftsabbruch in die medizinische Lehre!	37
Mediothek	40
Termine	46

Streichung des § 219a – das sogenannte Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche ist gefallen

Der § 219a stellt unter Strafe, wenn Ärztinnen und Ärzte sachliche Informationen über den Ablauf und die Methoden des Schwangerschaftsabbruchs veröffentlichen, etwa auf ihrer Website. Das Bundesjustizministerium hatte am 25. Januar 2022 einen Referentenentwurf zur Streichung dieses Paragraphen und somit zur Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch vor. Im Februar hatten Verbände die Möglichkeit, dazu Stellung zu nehmen. Auch das Nationale Netzwerk Frauen und Gesundheit, in dem unser Netzwerk Frauen/Mädchen und Gesundheit Niedersachsen Mitglied ist, hat Stellung genommen.

Am 09. März 2022 legte Justizminister Marko Buschmann den Regierungsentwurf vor. Darin sind Anregungen aus dem Konsultationsprozess aufgegriffen worden, zum Beispiel, dass die schon verhängten Urteile nach § 219a aufgehoben werden sollen.

Der Gesetzentwurf wurde am 13. Mai 2022 im Bundestag in erster Lesung beschlossen und am 18. Mai 2022 im Rechtsausschuss öffentlich beraten. Die zweite und dritte Lesung im Bundestag folgten am 24. Juni 2022. Mit großer Mehrheit beschloss der Bundestag die Streichung des § 219a.

Die Informationen zum Referentenentwurf, Gesetzentwurf sowie die Stellungnahmen der Verbände sind zu finden unter: www.bmj.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/219a_StGB.html

Der Gesetzentwurf: „Änderung des Strafgesetzbuches – Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB)“ <https://dserver.bundestag.de/btd/20/016/2001635.pdf>

Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses mit Änderungsanträgen: <https://dserver.bundestag.de/btd/20/024/2002404.pdf>

Weltgesundheitsorganisation veröffentlicht Leitlinie zur Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen – Abortion care guideline

Am 8. März 2022 veröffentlichte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine neue Leitlinie für den sicheren Schwangerschaftsabbruch. Sie ersetzt alle bisherigen WHO-Leitlinien zu diesem Thema. Die Leitlinien enthalten Empfehlungen und Best Practice, die den Zugang zu hochwertigen patientengerechten Angeboten verbessern sollen. So wird empfohlen, unnötige politische Barrieren - wie Kriminalisierung, obligatorische Wartezeiten, die Zustimmungspflicht durch andere Personen oder Institutionen sowie die zeitliche Begrenzung für Schwangerschaftsabbrüche zu beseitigen -, um eine sichere Abtreibungspraxis zu etablieren. Hervorzuheben ist, dass die WHO jeden Aspekt der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen unter menschenrechtlichen Standards diskutiert.

Für uns würde das bedeuten, Regelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzes, Abschaffung der Bedenkzeit und der Pflichtberatung sowie der zeitlichen Begrenzung. Auch eine Weigerung einzelner Mitarbeiter*innen des Gesundheitswesens darf nicht die Versorgung der ungewollt Schwangeren gefährden. Neu ist, dass sich die WHO für die telemedizinische Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch ausspricht. Es ist zu hoffen, dass sich die geplante Kommission der Ampelregierung zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin an dieser Leitlinie orientiert.

Abortion care guideline: www.who.int/publications/i/item/9789240039483

Kurzfassung: www.who.int/publications/i/item/9789240045163

Queer und schwanger

Melissa Depping

Das Policy Paper macht auf die Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung aufmerksam. Basis des Papers bildet die Online-Befragung von Ska Salden und dem Netzwerk Queere Schwangerschaften. Dazu wurden 554 queere und 873 nicht-queere Personen zu unterschiedlichen Themen rund um Kinderwunschbehandlung, Schwangerschaft und Geburt befragt. Aus der Studie geht hervor, dass queere Personen in der Gesundheitsversorgung häufig negative Erfahrungen machen, wenig spezifische Informationen in Bezug auf Schwangerschaft und Kinderwunsch erhalten und nicht zuletzt rechtlich diskriminiert werden.

Die Autor*innen sprechen Empfehlungen für eine angemessene Gesundheitsversorgung, die auch queere Personen in den Blick nimmt, aus. Als zentrale Forderungen werden benannt:

- eine Verbesserung der Versorgungsqualität in der klinischen Geburtshilfe,
- Weiterbildungen für medizinisches Personal ,
- die inklusive Gestaltung von Informations- und Aufklärungsmaterial sowie
- die Reformation des Abstammungsrechts.

Heinrich-Böll-Stiftung e. V. (Hrsg.): Queer und schwanger. Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilflichen Versorgung. Berlin, 2022, 24 Seiten

Internet

www.gwi-boell.de/de/2022/02/14/queer-und-schwanger



Melissa Depping, Queeres Netzwerk Niedersachsen e. V., Volgersweg 58, 30175 Hannover,
E-Mail: melissa.depping@gnn.de

Das Aktionsbüro „Gesundheit rund um die Geburt“ stellt sich vor

Anna-Lena Mazhari, Sabine Scholz-de Wall

Im Jahr 2017 wurde auf Bundesebene das nationale Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“ definiert. Mit dem Gesundheitsziel hat der Bund auf die akuten Herausforderungen in der geburtshilflichen Versorgung durch den ansteigenden Fachkräftemangel und der Schließung von Geburtshilfeeinrichtungen bei gleichzeitig ansteigenden Geburtenzahlen reagiert. Die einzelnen Bundesländer haben Initiativen zur Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels „Gesundheit rund um die Geburt“ gestartet.

Zur Umsetzung des nationalen Gesundheitsziels in Niedersachsen hat das Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt unter dem Dach der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. (LVG & AFS) im Januar 2022 die Arbeit aufgenommen. Zentrale Aufgabe des Aktionsbüros ist die Entwicklung eines landesweiten Aktionsplans. Hierdurch sollen entsprechende Versorgungs- und Unterstützungsangebote in der geburtshilflichen Versorgung geschaffen werden, um so die Gesundheit von (werdenden) Müttern, Kindern und Familien vor, während und nach der Geburt sowie in der ersten Lebensphase zu erhalten und zu fördern. Dabei sind die Bedarfe der Frauen und Eltern handlungsleitend.

Eine aktuell wichtige Aufgabe des Aktionsbüros ist der Aufbau und die Aufrechterhaltung von Netzwerken, um eine Vielzahl von relevanten Akteur*innen und Sichtweisen in die Erstellung eines landesweiten Aktionsplanes zu integrieren. Bitte kommen Sie auf uns zu, wenn Sie an einem Austausch interessiert sind (s. Kontaktdaten). Weitere Informationen zum Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt finden Sie [hier](#).

Quartalsweise erscheint vom Aktionsbüro Gesundheit rund um die Geburt ein Newsletter. Dieser richtet sich an (werdende) Eltern, Fachpersonen aus der geburtshilflichen Versorgung sowie alle Berufsgruppen, die mit der Unterstützungsarbeit in der ersten Lebensphase des Kindes befasst sind. Der Newsletter wird Sie über Neuigkeiten des Aktionsbüros Gesundheit rund um die Geburt, aktuelle Geschehnisse im geburtshilflichen Bereich und themenrelevante Veranstaltungen in Niedersachsen informieren. Um die Inhalte lebendig und interaktiv gestalten zu können, freuen wir uns über Ihre Wünsche, Kommentare, Tipps und Beiträge. Gern können Sie sich für den Verteiler zum Erhalt des Newsletters [hier anmelden](#).

Anna-Lena Mazhari, E-Mail: anna-lena.mazhari@gesundheit-nds.de,

Sabine Scholz-de Wall, E-Mail: sabine.scholz-de-wall@gesundheit-nds.de

Die Klitoris ist nicht nur eine Erbse

Kathrin Schrader

Ein Meilenstein in der Geschichte der Schulbücher: Die Schulbuchverlage Cornelsen, Klett und Westermann haben die Darstellung des weiblichen Geschlechts in Biologie-Schulbüchern überarbeitet. Seit Anfang des Jahres wird nun endlich die Klitoris vollständig und korrekt abgebildet. Zuvor wurde das weibliche Geschlecht häufig nur als Strich dargestellt und die Klitoris lediglich als Erbse bezeichnet. Im Vergleich dazu wurde der Penis schon längst korrekt und angemessen abgebildet.

Dabei ist die korrekte Darstellung des eigenen Körpers mit Blick auf die eigene Sexualität, Identifikation und Selbstbestimmung von Mädchen und jungen Frauen enorm wichtig. Neben den neuen Abbildungen wurden die Schulbücher auch sprachlich überarbeitet und auf einen aktuellen Stand gebracht. So heißt es zum Beispiel bei Klett nicht mehr „Schamlippen“, womit häufig eine negative Assoziation verbunden wird, sondern es wird der Begriff „Vulvalippen“ verwendet.

Quellen

www.taz.de/Biolehrerin-ueber-veraltete-Schulbuecher/!5830756/

www.deutschlandfunknova.de/beitrag/sexuelle-aufklaerung-schulbuecher-zeigen-jetzt-die-ganze-klitoris

www.swr3.de/aktuell/nachrichten/vagina-in-schulbuch-100.html



Kathrin Schrader, Sozialverband Deutschland, Landesverband Niedersachsen,

E-Mail: Kathrin.Schrader@sovd-nds.de

FEM-UnitED – gemeinsam Femizide in Europa verhindern

Jeden Tag werden weltweit 137 Frauen und Mädchen aufgrund ihres Geschlechts von einem Familienmitglied, einem Partner oder Ex-Partner getötet. Femizid - die vorsätzliche Tötung von Frauen und Mädchen, weil sie Frauen sind - ist nicht nur die extremste Form der geschlechtsspezifischen Gewalt gegen Frauen, sondern auch der extremste Ausdruck der Diskriminierung von Frauen.

Mit dem Projekt FEM-UnitED, das von November 2020 bis November 2022 läuft, soll die dringende Notwendigkeit der Entwicklung und Umsetzung wirksamer Strategien zur Verhinderung von Femiziden aufgezeigt werden. Das Projekt konzentriert sich insbesondere auf die Verhinderung von Femiziden durch Partner oder Ex-Partner im Kontext häuslicher Gewalt. Ein wichtiger Beitrag des Projekts ist die Entwicklung einer evidenzbasierten Grundlage durch die Sammlung von Daten und Hintergründen zu Femizidfällen in fünf europäischen Ländern (Zypern, Deutschland, Malta, Portugal und Spanien). Der vergleichende Bericht aus 2021 fasst alle Daten und Ergebnisse dieser Datenerhebung zusammen und liefert eine vergleichende Analyse. Bisher liegt der Bericht ausschließlich auf englisch vor. Eine deutsche Übersetzung ist geplant: Comparative report on femicide research and data in five countries (Cyprus, Germany, Malta, Portugal, Spain): www.ifes.fau.de/files/2022/03/fem_unitied_comparative_report_femizide_final.pdf

FEM-UnitED hat kürzlich eine Videokampagne begonnen:

Video 1 <https://youtu.be/0TZNIh0ofCk>

Video 2 <https://youtu.be/VzWqSTyI8JQ>

Video 3 <https://youtu.be/zWBZt3r5Qfw>

Video 4 <https://youtu.be/Bw4WKnEiKjE>

Das FEM-UnitED Projekt wird in Deutschland vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesinnovationsprogramms „Gemeinsam gegen Gewalt an Frauen“ kofinanziert. Für den 11. November 2022 ist in Leipzig die Abschluss-tagung des Projektes geplant.

Institut für empirische Soziologie (IfeS) an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Forschungs- und Beobachtungsstelle Geschlecht, Gewalt, Menschenrechte (FOBES), FEM-UnitED-Projekt, Prof.in Dr. Monika Schröttle, Dr. Maria Arnis, E-Mail: monika.schroettle@ifes.uni-erlangen.de, E-Mail: maria.arnis@ifes.uni-erlangen.de, www.ifes.uni-erlangen.de
Weitere Informationen in englischer Sprache: medinstgenderstudies.org/who/

MUMKIN-App – Künstliche Intelligenz im Kampf gegen Gewalt an Frauen*

Die 34-jährige App-Entwicklerin Priya Goswami entwickelte eine App für Frauen*, die als Mädchen beschnitten wurden und bislang nicht gewagt haben, darüber zu sprechen. Die Überlebenden können mithilfe eines Chatbots Konversationen erproben, für die sie im echten Leben noch nicht bereit sind: mit dem Avatar einer Mutter zum Beispiel, die dem Ritual einst zustimmte. So sollen die Betroffenen irgendwann den Mut entwickeln, diese Gespräche auch im echten Leben zu führen.

Goswamis Vision ist „MUMKIN 2.0“ – diese Weiterentwicklung soll sich an alle Frauen* und Mädchen* und auch an intersexuelle oder trans Personen richten, die Gewalt erfahren haben. Sie alle sollen durch die App Rechtsberatung erhalten und Therapiemöglichkeiten finden.

Bisher ist die App nur in englischer Sprache verfügbar.

Link zur App: www.mumkinapp.com (jl)

Female health incubator (FHI)

Der Incubator unterstützt weibliche Startups und Gründer*innen dabei, Female Health Angebote und Ideen weiterzuentwickeln, um eine nachhaltige Wirksamkeit für gendersensible Lösungen in der Gesundheitsbranche zu erzielen. Das Spektrum an möglichen Ideen und Themen kann vielfältig sein und gewünscht ist auch eine bunte Zusammensetzung von Teamkonstellationen oder einzelnen Gründer*innen. Über einen Zeitraum von sechs Monaten werden die Startups durch Workshops und Mentorings bei einer zielgerichteten Weiterentwicklung ihres Geschäftsmodells unterstützt und mit Branchenexpert*innen, Investor*innen und weiteren Unterstützer*innen vernetzt. Der aus Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) im Rahmen des Projekts Soziale Innovation (Projekte zur Arbeitswelt im Wandel) geförderte FHI hat viele kommunale Partner*innen. Er vermittelt Know-how, fachliches Mentoring, Branchenkontakte und unterstützt bei der Suche nach finanziellen Förderungen. (sdw)

Internet

www.wirtschaftsfoerderung-hannover.de/de/Microsites/FHI/Female_Health_Incubator.php

Gesundheitspreis 2022 – jetzt bewerben: gendersensible Projekte in der Gesundheitsversorgung und -förderung

Mit dem Ziel, Beispiele guter Praxis zu identifizieren, die auf besonders kreative und innovative Weise zu einer qualitativ hochwertigen ambulanten und stationären Versorgung in Niedersachsen beitragen und Gesundheitsförderung effektiv umsetzen, wird zum zwölften Mal der Niedersächsische Gesundheitspreis ausgeschrieben.

In diesem Jahr betrifft die zweite von insgesamt drei Preiskategorien den Bereich Gender und Gesundheit. Gesucht werden Angebote und Projekte, die Menschen unterschiedlichen Geschlechts gendersensibel ansprechen und versorgen, ihre Lebenswelt und -lage einbeziehen und auf ihre Besonderheiten ohne Vorurteile und Stereotype eingehen.

Die Bewerbungen können bis zum **31. Juli 2022** bei der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. in digitaler Form eingereicht werden.

Weitere Informationen unter:

<https://www.gesundheitspreis-niedersachsen.de/gesundheitspreis-2022/>

Endometriose – Beratung und Selbsthilfe im FMGZ Hannover e. V.

Natascha Lowitzki

Bei Endometriose kommt Gewebe, das der Gebärmutter Schleimhaut ähnelt, außerhalb des Uterus vor. Ein Hauptsymptom der chronischen Erkrankung sind starke Schmerzen während der Menstruation.

Das Frauen- und Mädchen-Gesundheitszentrum Region Hannover e. V. baut seit Ende 2021 ein Selbsthilfe- und Beratungsangebot zum Thema Endometriose auf. Hierzu findet ein intensiver Austausch mit der Endometriose Vereinigung Deutschland e. V. statt. Ziel ist es, ein unabhängiges Beratungsangebot zu dem Thema in Hannover zu etablieren und die Betroffenen in der Selbsthilfe zu unterstützen.

Am 10.3.2022 wurde die Selbsthilfegruppe „Endometriose-Stammtisch“ offiziell gegründet. Die Treffen finden künftig monatlich in den Räumen des FMGZ Hannover e. V. statt.

Ein Flyer mit allgemeinen Informationen zum Thema Endometriose und Hinweisen zum Projekt ist im April 2022 erschienen. Künftig sollen auch Vorträge und Veranstaltungen zu den Themen Endometriose und ganzheitliche Gesundheit organisiert werden.

Weitere Informationen unter www.fmgz-hannover.de.

Versorgungslage zum Schwangerschaftsabbruch – ausreichend oder gibt es weiße Flecken?

Uta Engelhardt

Die freie Entscheidung für oder gegen einen Schwangerschaftsabbruch sowie die Wahl der Methode gehört unumgänglich zum Recht auf Selbstbestimmung von Frauen*. Jedoch nehmen immer weniger Ärzt*innen in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche vor. Das geringe Angebot – meist verursacht durch Verrentungen und fehlende Nachfolge in der ambulanten Versorgung sowie ein reduziertes Angebot der Kliniken – führt dazu, dass betroffene Frauen* weite Wege auf sich nehmen müssen, um einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen. Dies geschieht, obwohl ein gesetzlicher Versorgungsauftrag besteht. Laut Paragraph 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes sind die Länder dazu verpflichtet, „[. . .] ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicher“ zu stellen. An welchen Kriterien eine ausreichende Versorgung gemessen wird, bleibt im Schwangerschaftskonfliktgesetz jedoch unbestimmt. Gleichzeitig galt die öffentliche Information durch Ärzt*innen über ihr Angebot zum Schwangerschaftsabbruch bis vor kurzem als strafbar durch Paragraph 219a StGB. Die erfreuliche Streichung ermöglicht die straffreie Information durch Ärzt*innen selbst, ob und mit welcher Methodik sie Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Doch wie kann die legalisierte Informationsfreigabe sich auswirken, wenn die Versorgung weiterhin lückenhaft ist, und wie sieht der tatsächliche Ist-Stand der Versorgung aus? Angesichts eines Vortrages im September 2021 führte pro familia Niedersachsen eine interne Erhebung zur Versorgung sowie eine Datenanalyse zur Verfügbarkeit von Informationen in Niedersachsen durch.

Bestandsaufnahme zur Versorgungslage in Niedersachsen

In Niedersachsen sind öffentlich zugängliche Informationen über Ärzt*innen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, lediglich über Listen der Websites des Landes Niedersachsen und der Bundesärztekammer verfügbar. In diese Listen können sich Ärzt*innen freiwillig eintragen. Da der §219a StGB, das sogenannte „Werbeverbot“, vom Bundestag gestrichen ist, ist zu hoffen, dass sich nun mehr Ärzt*innen ohne Angst vor Klagen der sogenannten „Lebensschützer*innen“ in die Listen eintragen werden.

Das Land Niedersachsen listete im September 2021 dort insgesamt 21 Ärzt*innen und gibt zusätzlich an, ob medikamentöse Abbrüche angeboten werden. Auf der Liste der Bundesärztekammer befinden sich weitere 25 Adressen von Praxen und Kliniken, wel-

che bei genauerem Hinsehen jedoch mehrfach mit den Angaben der niedersächsischen Liste übereinstimmen. Zusätzlich informiert diese Liste neben medikamentösen auch über operative Abbruchmöglichkeiten.

Die große Diskrepanz zwischen den verfügbaren Listen und der tatsächlichen Versorgungslage wird durch die internen Erhebungen von pro familia Niedersachsen deutlich. So sind den 25 Beratungsstandorten zum September 2021 insgesamt 90 Adressen von Ärzt*innen und Kliniken bekannt. Das zusätzlich ermittelte Angebot in den Landkreisen Cuxhaven, Emden, Göttingen, Goslar, Hameln, Oldenburg, Salzgitter, Soltau, Stade und Wilhelmshaven wird in den öffentlichen Listen nicht aufgeführt. Die defizitäre Informationslage gibt jedoch nur einen Teil des Problems wieder. Besonders in den ländlichen Gebieten und im eher konservativen Westen Niedersachsens bestehen große Flächen, in denen es an Möglichkeiten zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs mangelt. Gerade in katholisch geleiteten Kliniken werden meistens keine Abbrüche durchgeführt. Auch die Methodenwahl kann bei Weitem noch nicht frei getroffen werden, da selbst in städtischen Gebieten längst nicht alle Formen des Schwangerschaftsabbruchs ausreichend angeboten werden. So ist zum Beispiel der chirurgische Abbruch unter Lokalanästhesie unterrepräsentiert.

Dass die Versorgung in Niedersachsen durch 90 ärztliche Anlaufstellen keinesfalls ausreichend ist, bekräftigen zudem die Erhebungen des Statistischen Bundesamtes für 2020. So wurden in Niedersachsen im selbigen Jahr insgesamt 8.827 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Dementgegen stehen 1.160 Niedersächs*innen, welche die Wege in die Nachbarbundesländer auf sich nahmen, um einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen. Davon fuhren 889 nach Bremen und 271 nach Hamburg. Dies könnte darauf schließen lassen, dass die verfügbaren Kapazitäten dem bestehenden Bedarf nicht gerecht werden.

Wessen bedarf es für eine Verbesserung der Versorgungslage?

Damit Frauen* ihr Recht auf Selbstbestimmung ungehindert wahrnehmen können, sind Schwangerschaftsabbrüche als regulärer Teil der gesundheitlichen Versorgung von Frauen anzuerkennen und das Angebot auch bedarfsgerecht sicherzustellen. Es ist dringend dem entgegenzuwirken, dass die Lehre des Schwangerschaftsabbruchs als eines der am häufigsten durchgeführten gynäkologischen Eingriffe bis heute nur eingeschränkt Bestandteil der ärztlichen Aus-, Fort- und Weiterbildung ist. Anfang Juli 2022 hat sich Bundesfamilienministerin Lisa Paus dafür ausgesprochen, dass die verschiedenen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs Teil der Ärzteausbildung werden soll. Das unterstützen wir sehr.

Daneben wäre ein regelmäßiges Monitoring und eine Berichterstattung durch das Land zum derzeit bestehenden Angebot in Kliniken und Praxen, den Kapazitäten sowie regelmäßige Abstimmungen mit den anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sehr zu begrüßen. Das ist die Basis, um Konzepte und Maßnahmen zu entwickeln, welche die Umsetzung einer wohnortnahen Versorgung in Praxen und Kliniken zukünftig sicherstellen.

Quellen

www.ms.niedersachsen.de/download/145130/Aerztinnen_und_Aerzte_in_Niedersachsen_die_Schwangerschaftsabbrueche_vornehmen.pdf
www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Liste219a/20220405_Liste_13_Abs_3_SchKG.pdf



Uta Engelhardt, Landesgeschäftsführerin, pro familia Landesverband Niedersachsen,
E-Mail: uta.engelhardt@profamilia.de

Reproduktive Rechte sind Menschenrechte

Tanja Altunjan

Die Abschaffung von Paragraph 219a des Strafgesetzbuchs ist eines der ersten Projekte des neuen Bundesjustizministers. Nach jahrelangen Diskussionen heißt es nun im Gesetzesentwurf der Ampelkoalition schlicht: „§ 219a StGB wird aufgehoben.“

Ein strafbewehrtes Verbot bestimmter öffentlicher Angaben über Schwangerschaftsabbrüche ist bereits im Kaiserreich und in der Weimarer Republik diskutiert worden und gelangte schließlich am 26. Mai 1933 ins Reichsstrafgesetzbuch. Die Kriminalisierung des öffentlichen Anbietens von Schwangerschaftsabbrüchen und von entsprechenden Mitteln, Gegenständen und Verfahren fügte sich ein in die frauenverachtende und rassistische Geburtenförderungspolitik des nationalsozialistischen Regimes. Seitdem besteht der Regelungsgehalt des „Werbeverbots“ im Wesentlichen fort. Im Jahr 1974 wurde der Straftatbestand dahingehend eingeschränkt, dass nur das Handeln eines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise strafbar ist.

Erst 2019 kam es zu einer Reform, die bestimmte Informationen aus dem Anwendungsbereich des Tatbestands ausnahm, ihn aber im Kern unberührt ließ. Anders als es die amtliche Überschrift des Straftatbestands („Werbung für den Abbruch einer Schwangerschaft“) nahelegt, erfasst Paragraph 219a keineswegs nur Werbung im Sinne einer anpreisenden Reklame – sondern auch und vor allem sachliche Informationen über die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Ärztinnen und Ärzte. Die Voraussetzung eines angestrebten Vermögensvorteils ist hier stets erfüllt, da dieser bereits in dem ärztlichen Honorar gesehen wird, dessen Erhebung berufsrechtlich zwingend ist.

Nachdem Paragraph 219a ein jahrzehntelanges Schattendasein gefristet hatte und faktisch nicht angewendet worden war, sorgte im Jahr 2017 der Fall der Ärztin Kristina Hänel für Aufsehen. Im Leistungskatalog ihrer Webseite fand sich ein Hinweis auf Schwangerschaftsabbrüche neben weiteren Informationen zu den Voraussetzungen und der Durchführung dieser Dienstleistung. Hänel wurde inzwischen rechtskräftig wegen „Werbung“ für Schwangerschaftsabbrüche verurteilt. Sie hat dagegen Verfassungsbeschwerden erhoben.

Dieses und einige weitere Verfahren gegen Ärztinnen und Ärzte führten 2019 zu einer Reform von Paragraph 219a. Nun ist der bloße Hinweis auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Ärztinnen und Ärzte straffrei. Doch dürfen sie nach wie vor nicht öffentlich über Mittel, Gegenstände und Verfahren zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen informieren. Die Verurteilung von Kristina Hänel wurde aus diesem Grund auch nach der neuen Gesetzeslage von 2019 aufrechterhalten. Die Gerichte stellten fest, dass Hänel über den bloßen Hinweis auf ihr Leistungsangebot hinaus in strafrechtlich relevanter Form über die Art und Weise der Behandlung informiert habe. Der sachliche und aufklärende Charakter der Informationen über Art und Ablauf der Behandlung und mögliche Komplikationen ändere nichts an der Strafbarkeit.

Damit beseitigt die Reform die verfassungsrechtlichen Bedenken gegen Paragraph 219a nicht. Dass Ärztinnen und Ärzte insbesondere nicht öffentlich über die Methoden des Schwangerschaftsabbruchs informieren dürfen, verletzt ihre grundrechtlich geschützte Berufsfreiheit.

Auch für ungewollt schwangere Personen ist dieses Informationsverbot folgenschwer. So steht der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch nur in den ersten neun Wochen der Schwangerschaft zur Verfügung. Daraus ergibt sich ein erheblicher Zeitdruck, nicht zuletzt wegen der gesetzlichen Beratungs- und Wartepflicht. Auch die Koalition aus CDU/CSU und SPD hat das Informationsdefizit für ungewollt schwangere Personen offenbar nicht gänzlich verkannt. So ist nunmehr vorgesehen, dass die Bundesärztekam-

mer online eine Liste derjenigen Ärztinnen und Ärzte führt, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Aus der Liste soll auch hervorgehen, welche Methoden jeweils angewendet werden. Jedoch beruhen sowohl die Eintragungen selbst als auch Art und Umfang der bereitgestellten Informationen auf freiwilligen Angaben. Zudem gehen mögliche Einschränkungen – etwa ob Abbrüche nur bis zur zehnten Schwangerschaftswoche oder nur in medizinischen Notfällen angeboten werden – daraus nicht hervor. Damit kann die Liste das bestehende Informationsdefizit nicht beseitigen. Ihre Existenz verdeutlicht außerdem, wie widersprüchlich die geltende Regelung ist. Soweit das Informationsverbot der „Normalisierung und Kommerzialisierung“ von Schwangerschaftsabbrüchen entgegenwirken soll, kann dieses Ziel – seine Legitimität einmal dahingestellt – ohnehin nicht erreicht werden, wenn die Informationen an anderer Stelle einsehbar sind.

Zudem stellt die Durchführung erlaubter Schwangerschaftsabbrüche eine medizinische Dienstleistung dar, zu deren Abrechnung Ärztinnen und Ärzte berufsrechtlich verpflichtet sind. Weshalb in der sachlichen Information über erlaubte und verpflichtend abzurechnende Leistungen eine strafbewehrte „Kommerzialisierung“ zu sehen sein soll, erläutert die Gesetzesbegründung nicht.

Die Abschaffung von Paragraph 219a ist ein rechtspolitisch sinnvoller und verfassungsrechtlich notwendiger Schritt. Die Streichung des Straftatbestands wird auch dazu führen, dass die systematischen Strafanzeigen von selbst ernannten „Lebensschützern“ gegen Ärztinnen und Ärzte gegenstandslos und bereits laufende Strafverfahren eingestellt bzw. mit Freisprüchen enden werden. Auf rechtskräftig verurteilte Personen wie Kristina Hänel hätte die Streichung von Paragraph 219a dagegen keine unmittelbare Auswirkung.

Auf die Aufhebung von Paragraph 219a müssen weitere Schritte zur Verbesserung der Situation ungewollt schwangerer Personen folgen. Dazu gehört die Möglichkeit einer Online-Schwangerschaftskonfliktberatung ebenso wie eine flächendeckende Versorgung mit Beratungseinrichtungen. Bereits jetzt sind die Länder gesetzlich dazu verpflichtet, ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen.

Auch hat die Streichung von Paragraph 219a keine Auswirkungen auf die fortbestehende, grundsätzliche Erfassung des Schwangerschaftsabbruchs als „Straftat gegen das Leben“. Es bleibt auch bei der Beratungspflicht nebst dreitägiger Wartefrist für ungewollt schwangere Personen nach Paragraph 218a.

Die Ampelkoalition hat angekündigt, eine Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung einzusetzen, um unter anderem die Regulierung von Schwangerschaftsabbrüchen außerhalb des Strafgesetzbuchs zu prüfen. Knapp dreißig Jahre nach der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von 1993, die der „Mutter“ – gemeint ist die ungewollt schwangere Person – eine Rechtspflicht zum Austragen der Schwangerschaft auferlegt, haben sich die gesellschaftlichen Realitäten gewandelt. Zugleich illustrieren die Entwicklungen in Polen, wie sehr das Recht zur freien Entscheidung über das Ob und Wie der Fortpflanzung derzeit unter Druck gerät. Auch Deutschland erfüllt seine menschenrechtlichen Verpflichtungen nicht. So hat der CEDAW-Ausschuss, der über die Einhaltung der Frauenrechtskonvention der Vereinten Nationen wacht, Deutschland im Jahr 2017 empfohlen, auf die Beratungs- und Wartepflicht zu verzichten.

Handlungsbedarf besteht auch im Hinblick auf die zunehmende Radikalisierung von Abtreibungsgegnerinnen und -gegnern. Dass auf dubiosen Webseiten weiterhin Schwangerschaftsabbrüche mit dem Holocaust gleichgesetzt werden, ist nicht hinnehmbar. Die kürzlich ergangene Verurteilung gegen den Abtreibungsgegner Klaus Günter Annen wegen Beleidigung ist ein Schritt in die richtige Richtung. Darüber hinaus sollten Gerichte und Staatsanwaltschaften auch eine Strafbarkeit wegen Volksverhetzung prüfen. Zudem müssen ungewollt schwangere Personen effektiv vor Gehsteigbelästigung geschützt werden.

Ungeachtet der fortbestehenden Defizite der Gesetzeslage ist die Abschaffung von Paragraph 219a überfällig. Ärztinnen und Ärzte werden künftig ohne das Risiko einer Strafbarkeit und die damit einhergehende Stigmatisierung über ihre Dienstleistungen informieren können. Doch um die Situation ungewollt schwangerer Personen nachhaltig zu stärken, muss vor allem die Versorgungslage verbessert werden. Zugleich ist zu hoffen, dass die von der Ampelkoalition angekündigte Kommission zeitnah ihre Arbeit aufnehmen und Vorschläge zur Stärkung der reproduktiven Rechte in Deutschland erarbeiten wird.

Dieser Beitrag ist erstmals in der Berliner Zeitung vom 7. März 2022 erschienen. Nach Veröffentlichung des Artikels hat sich eine Änderung ergeben: In dem mittlerweile verabschiedeten Gesetz zur Streichung des Paragraphen 219a ist die Forderung nach Annullierung der Urteile, die auf dieser Basis gefällt wurden, aufgenommen.



Dr. Tanja Altunjan, Juristin, E-Mail: tanja.altunjan@gmail.com

Das bittere Jubiläum – Rückblick auf unser Kampagnenjahr 2021

Josefine Löser

Am 15. Mai 2021 feierte Deutschland ein bitteres Jubiläum: Der Paragraf 218 im Strafgesetzbuch wurde 150 Jahre alt. Was vielen nicht klar ist: Seit 150 Jahren begehen Frauen* eine Straftat, wenn sie sich entscheiden, eine Schwangerschaft abzubrechen, Ärzt*innen werden zu ihren Kompliz*innen, wenn sie sie dabei unterstützen. Laut § 218 Strafgesetzbuch sind Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland illegal und nur nach bestimmten Auflagen straffrei. Sie werden im Strafgesetzbuch im selben Abschnitt wie Mord und Totschlag aufgeführt.

Gravierend sind die Folgen für Betroffene und die Gesundheitsversorgung. Man greift zu veralteten Methoden, im Medizinstudium wird die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs nicht gelehrt und immer weniger Ärzt*innen führen Abbrüche durch. In den letzten 15 Jahren war in Deutschland ein Rückgang von über 40 Prozent zu verzeichnen. Das sorgt vor allem in ländlichen Regionen für Versorgungsengpässe.

Doch 150 Jahre Kriminalisierung haben auch ein gesellschaftliches Tabu geschaffen. Über ungewollte Schwangerschaften wird nicht gesprochen. Und dabei sind sie ganz normal: Jede 6.-7. Frau* hat am Ende ihrer Fruchtbarkeit mindestens eine Schwangerschaft abgebrochen. Vielen wird die paradoxe und entmündigende Gesetzeslage leider erst bewusst, wenn sie selbst in diese Lage kommen. Dann fühlen sie sich meist allein und isoliert. Die Gesellschaft zwingt sie zu schweigen.

Darum erklärten wir 2021 zum Mahn- und Aktionsjahr: Die aktuelle Situation ist für Frauen* in Deutschland nicht mehr tragbar. Seit der Gründung unseres Bündnisses für sexuelle Selbstbestimmung in Berlin 2012 ist die Pro-Choice-Bewegung in ganz Deutschland gewachsen. Überall entstehen Bündnisse, überall tun sich Menschen zusammen, um auf diese Ungerechtigkeit aufmerksam zu machen. Es ist Zeit, gemeinsam sichtbar zu werden.

Los ging es – wie könnte es anders sein – am 8. März, dem Internationalen Frauen*kampftag. Nach langen Workshops und Organisationstreffen im Vorjahr ging also zuerst unsere offizielle Webseite zur Kampagne wegmit218.de online. Dort kündigten wir von nun an alle Aktionen an, luden zum Mitmachen ein, informierten, mobilisierten. Unter dem Titel [Mein Abbruch](#) sammelten wir außerdem Erfahrungsberichte und

Geschichten von Betroffenen, die bereits einen oder mehrere Schwangerschaftsabbrüche haben durchführen lassen. Dadurch zeigten wir: Abbrüche sind normal. Abbrüche sind Teil unserer Realität. Wenn Betroffene leiden, dann vor allem unter dem Schweigen, unter der Tabuisierung und Stigmatisierung. Gleichzeitig wurde auch die Informationskampagne [Mehr als du denkst. Weniger als du denkst](#) ins Leben gerufen. Pünktlich zum 8. März gingen die ersten Beiträge online. Ziel dieser ist es, mit gut recherchierten Fakten Missstände aufzuzeigen, mit Mythen aufzuräumen und Zahlen und Ergebnisse anschaulich aufzubereiten. Die Initiative läuft bis heute sehr erfolgreich.

Zum beschämenden Geburtstag am 15. Mai ging es zum ersten Mal bundesweit auf die Straßen. Von Flensburg bis Passau, von Aachen bis Cottbus: In über 40 Städten setzten Aktivist*innen und Organisationen ein Zeichen für die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. In Berlin bildeten wir eine Menschenkette rund um das Reichstagsgebäude, in Stuttgart und Frankfurt gab es Kundgebungen und Demonstrationen, Onlineformate, Filmvorführungen in Hannover und Guerilla-Aktionen in Mainz und Marburg. Der Kreativität und Vielfalt der Veranstaltungen waren keine Grenzen gesetzt.

Im Juni bekamen wir Zuspruch aus der EU. Das europäische Parlament stimmte mit 378 Stimmen für die Annahme des Matic-Berichtes, der die Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und den Abbau bestehender Hindernisse in allen Mitgliedsstaaten forderte. Der Bericht hat leider keine exekutive Funktion, jedoch zeugt er von einem politischen Willen, der Frauen und ungewollt Schwangere schützen und stärken will. Am gleichen Tag stimmte der Deutsche Bundestag jedoch gegen einen Antrag der Linksfraktion mit ganz ähnlichen Forderungen. Uns sagte das: Die Politik in Deutschland ist noch lange nicht so weit. Wir werden härter kämpfen müssen, um unsere Ziele durchzusetzen.

Weiter ging es im August: Über 700 Teilnehmende nahmen am [Fachkongress](#) „150 Jahre § 218“ am 27. & 28. August teil, der den Paragrafen von allen Seiten prüfen sollte. Juristisch, medizinisch, sozialwissenschaftlich, historisch und politisch - der Paragraf wurde in Workshops, Podien und Vorträgen gründlich durchleuchtet. Das Fazit hielten wir in einer Abschlusserklärung fest: „Es ist überfällig, dass in Deutschland, über Parteigrenzen hinweg, eine moderne, umfassende gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzes in Angriff genommen wird.“

Danach rückten die Wahlen näher: Zeit für unsere [Wahlprüfsteine](#). Wir schrieben alle demokratischen Parteien des damaligen Bundestages an und baten um Stellungnahmen zu unseren Fragen der reproduktiven Gesundheit und § 218, wie zur Kostenübernahme, dem Schutz vor Gehsteigbelästigungen oder dem Verzicht auf die entmündigende Zwangsberatung. Das Ergebnis war ernüchternd: Nur die LINKE und DIE GRÜNEN bestanden unseren Wahlcheck in Gänze. Über die Wahlergebnisse freuten wir uns trotzdem. Denn es war stets die CDU/CSU, die an der alten Gesetzeslage verbittert festhielt und ein Weiterdenken verhinderte. Auch die Streichung von § 219a, der kleinen Schwester von § 218, rückte nun in greifbare Nähe. Der Koalitionsvertrag machte Hoffnung und versprach immerhin die Gründung einer Kommission zur Prüfung des § 218. Das wäre in den letzten 12 Jahren unmöglich gewesen.

Also jetzt erst recht: Unser zweiter großer bundesweiter Aktionstag fand am 28. September, dem jährlichen Safe Abortion Day, statt. Wir konnten unsere Reichweite sogar noch einmal vergrößern. In rund 50 Städten auf über 60 Aktionen machten Protestierende deutlich: Wir haben es satt! Wir erwarten 2021 mehr von Deutschland.

Nun war es Herbst, es wurde kälter, Zeit zum Zurückziehen, Zeit, neue Energien zu sammeln. Um das Kampagnenjahr aber noch gebührend abzuschließen, hatten wir eine letzte große Aktion geplant: Es war an der Zeit, unseren Aufruf sowie die Petition für die Streichung von § 218 an die neue Bundesregierung in Berlin zu übergeben. Sie soll wissen, was wir von ihr erwarten.

In unserem [Aufruf](#) haben sich 172 Organisationen für die Streichung von § 218 StGB ausgesprochen, darunter verschiedenste Verbände, Institutionen, feministische und politische Gruppen sowie Parteien. Die [Petition](#) wiederum wurde von Kate Cahoon, Adriana Beran und Dr. Malina Helms ins Leben gerufen. Noch während der Veranstaltung knackte die Petition die 100.000er Marke. Spätestens jetzt war klar: Die Streichung wird von einer breiten Zivilgesellschaft aus ganz Deutschland gefordert, nicht nur von ein paar linksfeministischen Randgruppen.

Vor Ort nahmen Derya Türk-Nachbaur (SPD), Ricarda Lang (DIE GRÜNEN) und Heidi Reichinnek (DIE LINKE) die Unterschriften entgegen. CDU/CSU und FDP kamen ihrer Einladung leider nicht nach. Keine Überraschung über CDU/CSU, aber gerade von der FDP sind wir enttäuscht. Von einer liberalen Partei, die sich Freiheit und Selbstbestimmung auf die Fahnen schreibt, haben wir mehr erwartet. In einem [offenen Brief](#) erklärten wir, warum die Forderungen nach Freiheit und Liberalisierung nur mit der Streichung des § 218 einhergehen kann.

Immerhin: Schon im Januar 2022 verkündete FDP-Justizminister Marco Buschmann, die Streichung von § 219a zügig in die Wege zu leiten. Doch für uns ist klar: Das war längst überfällig. Unser Kampf ist damit noch lange nicht beendet. Unser Rücken ist gestärkt von den vielen Einzelaktivist*innen im ganzen Land, die unsere Kampagne unterstützten und ihre freie Zeit für die unzähligen Zoom-Meetings, Veranstaltungen, Mails, Absprachen und Aktivitäten investierten, und von den vielen Organisationen und Gruppen, die uns letztes Jahr begleitet haben und die nicht mehr Wegsehen können und möchten.

Der Kampf für das Recht auf Schwangerschaftsabbrüche ist der fundamentalste für die Frauen*rechte. Erst wenn jede*r selbstbestimmt über das eigene Leben und die eigene Familienplanung entscheiden kann, können wir anfangen, über Gleichberechtigung zu reden. Bis dahin besteht für Frauen* immer die Gefahr, von Staat, Partner und der Gesellschaft zu Gebärmaschinen degradiert zu werden, die eigenen Träume, die eigenen Wünsche, die eigenen Ideen zurückzustellen. Wir werden nicht aufhören, daran zu erinnern sowie für die Legalisierung des Abbruchs ungewollter Schwangerschaften einzutreten und für eine gute Versorgungssituation in allen Regionen zu kämpfen.

 Josefine Löser, Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung,

E-Mail: presse@sexuelle-selbstimmung.de, Internet: www.sexuelle-selbstimmung.de

Das Projekt ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“.

Daphne Hahn

Geraten Frauen in Deutschland mit einer ungewollten Schwangerschaft in eine „Notlage“, können sie im Rahmen der in § 218 ff. StGB dargelegten Regelungen straffrei einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen. Die politischen Debatten um das Informationsrecht von Frauen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen führten am 21. Februar 2019 zur Neuregelung des § 219a. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat die Neuregelung zum Anlass genommen, einen Förderschwerpunkt ins Leben zu rufen, mit dem aktuelle Erkenntnisse zur psychosozialen Situation, Gesundheit und zu Unterstützungsbedarfen von Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland gewonnen und der Stand des Wissens ausgebaut werden sollen. Zur Gestaltung dieses Forschungsvorhabens wurden im März und April 2019 durch das BMG Wissenschaftler*innen, wissenschaftliche und Fachverbände sowie Einzelpersonen eingeladen, die über Expertise zum Thema verfügen und auf der Grundlage internationaler wissenschaftlicher Evidenz den Rahmen für die Ausschreibung absteckten. Im September 2019 wurde die Ausschreibung mit dem Titel „Förderung von Forschungsvorhaben zu psychosozialer Situation und Unterstützungsbedarf von Frauen mit ungewollter Schwangerschaft“ veröffentlicht. Die Ausschreibung umfasste zwei Module. Modul 1 sah die Erforschung von „Einflussfaktoren für die Entstehung, das Erleben und die Verarbeitung einer ungewollten Schwangerschaft“ vor – hier war auch die psychosoziale Unterstützung aufgenommen –, Modul 2 die „Untersuchung der medizinischen Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs“.

Die Frage nach der Belastung durch ungewollte Schwangerschaften

Durch internationale Forschung ist bereits bekannt, dass Belastungen in der Vorgeschichte ungewollt Schwangerer zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft als stärkste Einflussfaktoren für das Erleben und die Verarbeitung nach einer Geburt oder einem Abbruch gelten. Eine erhöhte Prävalenz von ungewollten Schwangerschaften in Verbindung mit belastenden Lebenslagen finden sich besonders bei sogenannten vulnerablen Gruppen, bei denen sich verschiedene Belastungsfaktoren bündeln wie beispielsweise Frauen mit Gewalterfahrungen und traumatisierte Frauen. Ebenso finden sie sich bei migrierten und geflüchteten Frauen. Internationale Studien ergeben keine Hinweise auf gravierende negative Folgen, die ursächlich und linear einem

Schwangerschaftsabbruch zugerechnet werden können. Auch die Turnaway-Study, die 1000 Frauen mit ungewollter ausgetragener und abgebrochener Schwangerschaft zehn Jahre lang begleitet hat, kam zu diesen Ergebnissen. Die Studie zeigt vielmehr höhere Ausprägungen negativer gesundheitlicher Folgen bei ausgetragenen im Vergleich mit abgebrochenen ungewollten Schwangerschaften. Für Deutschland liegen diesbezüglich kaum Daten vor. Zwar gibt es im Rahmen der Studie „Frauenleben 3“ Erkenntnisse zu Entstehung von und Entscheidung bei ungewollter Schwangerschaft. Wir haben aber bisher kaum Erkenntnisse zu den psychosozialen und gesundheitsbezogenen Belastungen und Ressourcen bei ungewollten Schwangerschaften und auch nicht für das Zusammenspiel von Belastungen, Bedarf und die Inanspruchnahme von Hilfen. Insofern kann die Studie dazu beitragen, die Lebenssituation von Frauen bei der Entstehung und bei den Folgen von ungewollten Schwangerschaften zu erhellen, egal ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird.

Untersuchung der Versorgungslage – Quantität und Qualität

Eine Untersuchung zur medizinischen Versorgungssituation zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland ist ein großer Schwerpunkt dieses Forschungsvorhabens. Ärzteverbände benennen eine schlechte Versorgungslage und beurteilen sie als gesundheitliches Risiko für Frauen, die eine Schwangerschaft nicht austragen wollen. Auch die Datenlage zur Versorgungsqualität ist nicht ausreichend. Weder können Aussagen darüber getroffen werden, ob Frauen der Zugang zu allen Methoden des Schwangerschaftsabbruches regional offensteht, noch, auf welcher Grundlage medizinischer Standards die Abbrüche durchgeführt werden. Unklar ist auch, welche medizinischen Qualifikationen für die Durchführung der jeweiligen Methoden medikamentös, chirurgisch, ambulant oder stationär erforderlich sind. Auch ist nicht klar ersichtlich, welche Form von Abbrüchen die einzelnen Ärzt*innen anbieten. Regionale Versorgungsdefizite sowie einen Rückgang der Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, werden bisher als Erfahrungen von Beratungsorganisationen wie pro familia oder als Ergebnisse journalistischer Recherche formuliert. Eine wissenschaftliche Studie dazu gab es bisher nicht.

Für die Erfassung der Versorgungssituation sollen neben deren Analyse auch die Gründe der momentanen Versorgungslage aus Sicht der Ärzt*innen sowie ihre persönlichen Einstellungen, Überlegungen und Erfahrungen zum Schwangerschaftsabbruch in den Fokus rücken. Auch die Frage nach einem Handlungsbedarf aus Sicht von Ärzt*innen und Expert*innen soll erfasst werden.

Wer steht hinter „ELSA“ und welche Erkenntnisse sind von der Studie zu erwarten?

Eine Gruppe Wissenschaftlerinnen aus sechs Hochschulen mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Erfahrungen zum Thema schloss sich zu einem Projektverbund zusammen und reichte im November einen Antrag ein, der alle ausgeschriebenen Inhalte umfasste. Dazu gehören Prof. Dr. Daphne Hahn (Hochschule Fulda), Prof. Dr. Cornelia Helfferich (†) (SoFFI F. Freiburg), Prof. Dr. Maika Böhm (Hochschule Merseburg), Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (Freie Universität Berlin), Prof. Dr. Silvia Krumm (Universitätsklinikum Ulm), Prof. Dr. Petra Brzank (Hochschule Nordhausen). Beratend stand bei der Antragstellung und steht bei der Durchführung des Projektes Prof. Dr. Ulrike Busch von der Hochschule Merseburg zur Seite.

Das Projekt trägt den Titel „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung. ELSA“. Ziel des Forschungsvorhabens ELSA ist es, Erkenntnisse über die sozialen und gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen von Frauen, die ungewollte schwanger sind und diese Schwangerschaft austragen oder abbrechen, zu gewinnen sowie zu ergründen, wie die Unterstützung und Versorgung, die sie erfahren, die Verarbeitungsprozesse befördern oder erschweren. Ziel unserer Studie ist auch, Schlussfolgerungen für eine Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung ungewollt schwangerer Frauen auf der Grundlage wissenschaftlich-empirischer Erkenntnisse zu ziehen. Ein hochkarätig zusammengesetzter wissenschaftlicher Beirat begleitet unsere Arbeit.

Gestützt auf internationale Forschungsergebnisse, nach denen nicht der Abbruch einer Schwangerschaft, sondern die ungewollt eingetretene Schwangerschaft unter schwierigen Lebensumständen die Belastungen erzeugt, werden die Entwicklungen bei gewollt und bei ungewollt eingetretenen sowie bei ausgetragenen und bei abgebrochenen ungewollten Schwangerschaften untersucht. Dabei sollen über individuelle Lebensbedingungen hinaus auch Stigmatisierungserfahrungen einbezogen werden. Es wird eine übergreifende Entwicklungsperspektive eingenommen und in einer quantitativen Studie unter Einbeziehung einer Wiederholungsstudie erforscht. Berücksichtigt werden in der Studie auch verschiedene vulnerable Gruppen wie Frauen mit psychischen Belastungen, traumatisierte Frauen, Frauen mit Fluchthintergrund sowie Frauen mit Gewalterfahrungen. Um Schlussfolgerungen für die Unterstützung von Männern und Paaren ziehen zu können, werden in einer qualitativen Teilstudie Partner (bei tragfähigen Partnerschaften) interviewt.

Unter Berücksichtigung der jeweiligen Situationen vor der Schwangerschaft wird die Verfügbarkeit, Inanspruchnahme und Wirksamkeit von professionellen Hilfen im psy-

chosozialen und medizinischen Bereich aus Sicht von betroffenen Frauen und Fachkräften untersucht. Die Ergebnisse aus der Befragung der Frauen wird mit Analysen zum aktuellen Stand der psychosozialen und medizinischen Unterstützungs- und Versorgungsangebote in ihren regionalen Unterschieden verknüpft. Abbildung 1 stellt dar, wie die einzelnen Projektteile miteinander verbunden sind und wie die Ergebnisse der Arbeitspakete sich wechselseitig ergänzen:

Übersicht über die Beziehungen zwischen den Arbeitspaketen

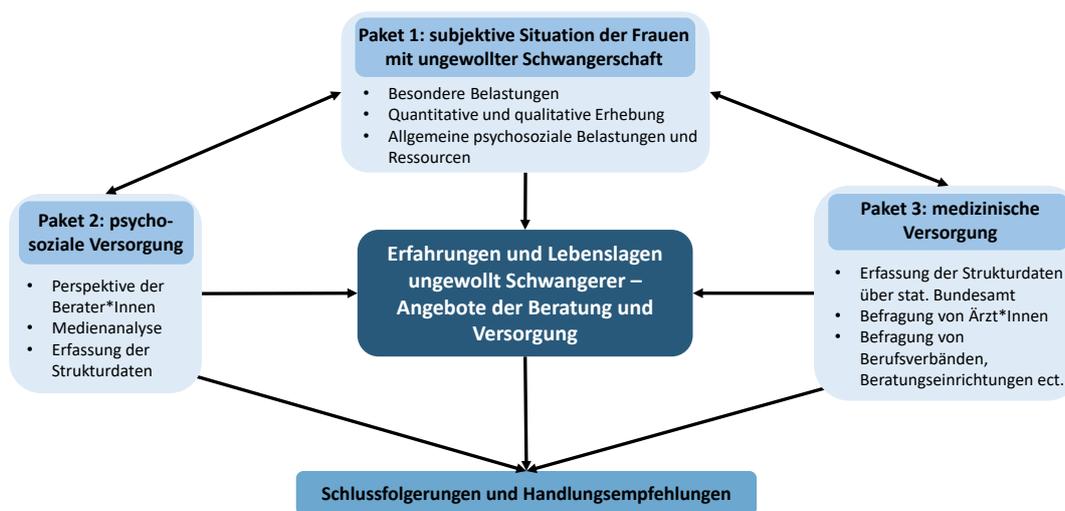


Abb. 1: Verbindung der drei Arbeitspakete untereinander

Für das Arbeitspaket 1 werden über eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe, die über die Einwohnermeldeämter gezogen wird, insgesamt 700 Frauen befragt, die in den vergangenen fünf Jahren gewollt und ungewollt schwanger waren. Von diesen Frauen werden sich einige für einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben. Da aber 500 Frauen befragt werden, die einen Schwangerschaftsabbruch hatten, und diese nicht allein über die Bevölkerungsstichprobe gewinnen können, wurden weitere Zugänge über Praxen und Kliniken gefunden, in denen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Die erste Befragung findet gegenwärtig standardisiert als Online-Befragung statt. Nach einem Jahr wird die Befragung der Frauen mit ungewollter ausgetragener bzw. abgebrochener Schwangerschaft wiederholt, um Veränderungen herauszufinden. Daneben gibt es auch einen umfangreichen qualitativen Untersuchungsteil. Es werden mit je etwa 40 Frauen in Gewaltbeziehungen, Frauen mit psychischen Belastungen, Frauen mit Migrationshintergrund/Fluchterfahrungen/Illegalisierten Frauen, traumatisierten Frauen und Frauen mit Partnerschaftsproblemen Interviews durchgeführt sowie mit Männern, um auch deren Perspektive einbeziehen zu können.

Das zweite Arbeitspaket schließt die psychosozialen Angebote einerseits und eine Medienanalyse andererseits ein. Beides wird von der Hochschule Merseburg verantwortet. Nach explorativen Vorgesprächen mit Vertreter*innen von Ministerien, Trägerverbänden, Beratungsstellenleitungen wurde ein Fragebogen für die standardisierte Online-Befragung aller 1300 Beratungsstellen bundesweit entwickelt und durchgeführt. Mit der Medienanalyse sollte die Frage beantwortet werden, was ungewollt schwangere Ratsuchende erleben, wenn Sie im Internet nach Informationen suchen? Untersucht wurden drei Bereiche: 1) Die Struktur der Seite und damit einhergehend deren Anwendbarkeit, 2) Angaben zur Erreichbarkeit der Beratungsstelle sowie 3) der Informationsgehalt der Angebote. Ergänzend wurden die Treffer nach einer Suche mit Google zu den Themen Abtreibung, Schwangerschaftsabbruch und ungewollt schwanger diskursanalytisch ausgewertet.

Die Hochschule Fulda verantwortet den gesamten Untersuchungsteil zur medizinischen Versorgung (Arbeitspaket 3). Dies geschieht auf fünf unterschiedlichen Wegen (vgl. Abb. 2)

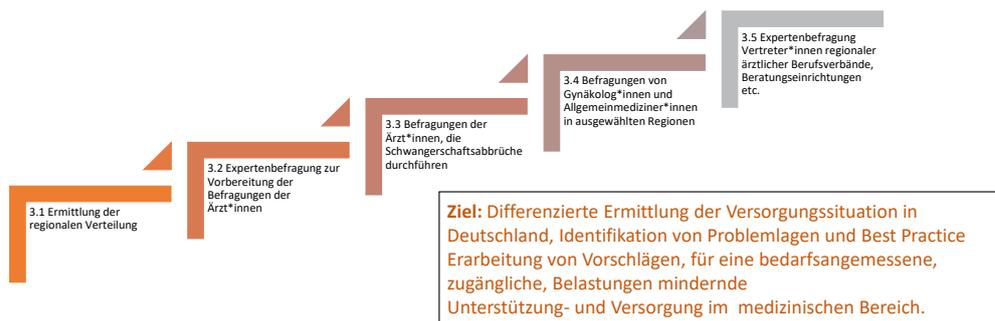


Abb. 2: Untersuchung der medizinischen Versorgungssituation (HS Fulda)

Erstens werden verschiedene Daten zusammengeführt, um die deutschlandweite Versorgungssituation abzubilden. Dazu wird zum Beispiel auf die Adresslisten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Daten des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen, soweit sie zur Verfügung gestellt werden. Am Anschluss wurde als zweiter Schritt in allen 16 Bundesländern Interviews mit denjenigen durchgeführt, die in den Ländern die Aufgaben für die Sicherstellung der medizinischen Versorgungsangebote nach § 13, Abs. 2 SchKG innehaben. Hier besteht ein großer Bedarf, Transparenz darüber zu schaffen, wie in den Bundesländern die Versorgungslage sichergestellt wird. Drittens werden alle Ärzt*innen standardisiert befragt, die in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche gemäß §13a SchKG vornehmen. Die Befragung hierzu hat gerade begonnen. Es sollen Aussagen über die Zahl an durchgeführten Abbrüchen pro Ärzt*in, die verwendeten Methoden, Gründe für deren Anwendung und Präfe-

renz, Einstellungen und Motiven, Einschätzungen der Versorgungssituation, fachliche und überfachliche Qualifikation von Ärzt*innen ermittelt werden. Ihnen werden auch Fragen zur Qualifikation des medizinischen Personals gestellt. Zu Ärzt*innen, deren Adressen nirgendwo zugänglich sind und die wahrscheinlich auch unbekannt und unerkannt bleiben wollen, besteht kein Zugang. Als vierter Schritt werden aus den Ergebnissen der Befragung der Frauen mit abgebrochener Schwangerschaft und dem Überblick über die regionale Versorgungssituation vier Regionen (Regionen mit besonders guter bzw. schlechter Versorgung) ausgewählt, in denen alle Gynäkolog*innen sowie Allgemeinärzt*innen standardisiert befragt werden. Dabei interessiert insbesondere die persönliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und zu ungewollter Schwangerschaft, wie auch die subjektive Wahrnehmung des lokalen „Klimas“, das heißt der vorherrschenden Haltung zum Schwangerschaftsabbruch in der Bevölkerung und der lokalen Öffentlichkeit. Zum vertiefenden Verständnis der regionalen Unterschiede werden ergänzend als fünfter Schritt Experteninterviews durchgeführt. In diesem Erhebungsteil wird in den ausgewählten Regionen untersucht, inwieweit die Versorgungssituation aus Expertensicht dem Bedarf gerecht wird, welche Zugangshindernisse bestehen, welchen Verbesserungsbedarf es gibt und wie dieser gedeckt werden könnte. Geplant sind je 15 Interviews, die ebenfalls mit der Methode des Experteninterviews erhoben und ausgewertet werden.

Zu den erwarteten Ergebnissen zählen beispielsweise die Erfahrungen der Frauen bei der Informationssuche und den Versorgungszugängen, aber auch deren Lebenssituationen im Zusammenhang mit einer ungewollten Schwangerschaft, ihr Erleben und Verarbeiten. Besonders interessant an der Studie ist, dass die Befragungsteile zusammengebracht werden können, das heißt, es können die Erfahrungen der Frauen im Zugang zu Versorgung dem Versorgungsüberblick und der Sicht der Ärzt*innen gegenübergestellt werden. Aus der Gesamtbefragung von Ärzt*innen in den vier Regionen werden wir darüber Erkenntnisse gewinnen, welche Gründe es für die regionalen Unterschiede gibt. Daraus lassen sich auch Schlussfolgerungen für die medizinische Versorgung ableiten.



www.elsa-studie.de,

E-Mail an: elsa-studie@hs-fulda.de

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch in Deutschland

Christiane Tennhardt

Seit 1999 ist der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch (medSAB) in Deutschland zugelassen. 2021 lag der Anteil an insgesamt rund 95.000 Abbrüchen bei 32 Prozent. Auffällig sind die großen regionalen Unterschiede. So lag der Anteil von medSAB in Berlin bei ca. 50 Prozent und in Bremen bei ca. 15 Prozent. Auch im europäischen Vergleich zeigen sich heterogene Daten: in der Schweiz wurde der medSAB im selben Jahr zugelassen, hier liegt der Anteil über 75 Prozent, in Schottland bei über 90 Prozent.

Sowohl die rechtliche Situation mit dem § 218 im Strafgesetzbuch neben Mord und Totschlag als auch die Tabuisierung und Stigmatisierung von SABs in Deutschland tragen dazu bei, dass eine Wahlfreiheit hinsichtlich der Methode in vielen Gegenden nicht gegeben ist. Viele Schwangere haben keinen Zugang zum medSAB, auch wenn sie dies wünschen.

Die Versorgungslage wird immer schlechter

Hinzu kommt, dass die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche durchführen, seit Jahren sinkt – seit 2003 bis 2021 um fast 50 Prozent. Besonders in Bayern und anderen ländlichen Teilen der Bundesrepublik macht sich diese Tatsache bemerkbar. Das bedeutet für die ungewollt Schwangeren weitere Wege, Zeitverlust, späterer Abbruch, Ausfall bei der Arbeit, mehr Stress. Auch schreibt der Gesetzgeber vor dem Abbruch noch eine verpflichtende Beratung und eine dreitägige Bedenkzeit vor.

Merkmale des medikamentösen Abbruchs

Tabelle 1: Wie läuft der medikamentöse SAB im Vergleich zum operativen SAB ab?

Tag	Medikamentöser Abbruch	Operativer Abbruch
1	Voruntersuchung (Ultraschall), ggf. Blutentnahme (Blutgruppe / Rhesusfaktor); Aufklärung über den Abbruch und Einsatz der Medikamente	Voruntersuchung (Ultraschall), ggf. Blutentnahme (Blutgruppe / Rhesusfaktor); Aufklärung über den Abbruch und Narkose
2	Einnahme des ersten Medikaments „Mifepriston“ (Tag 1 + 2 können zusammengelegt werden)	Vorstellung im OP-Zentrum Aufklärung über Eingriff und Narkose/-medikamente; evtl. findet diese Vorstellung auch schon an Tag 1 statt)
3	Anwendung des zweiten Medikaments „Misoprostol“; an diesem Tag kommt es zum Abbluten der Schwangerschaft	Durchführung des Operativen Abbruchs mit Absaugen der Schwangerschaft
4	Nachuntersuchung nach 1 - 4 Wochen (kann ggf. wegfallen)	

Es kommen zwei Medikamente zum Einsatz, die seit 2019 auf der Liste „essentieller Medikamente“ der WHO stehen: **Mifepriston** (ein Anti-Hormon, das das schwangerschaftserhaltende Progesteron hemmt) und **Misoprostol** (löst Wehen der Gebärmutter aus und öffnet den Muttermund). Diese Medikamente werden weltweit in unterschiedlicher Weise verabreicht und begleitet. Es gibt Länder, in denen die Schwangeren die Medikamente „over the counter“ kaufen und den gesamten Abbruch ohne ärztliche Begleitung machen können. Diese Abbrüche im „Selbstmanagement“ verlaufen ohne vermehrte Komplikationen. In anderen Ländern wiederum kann eine ausgebildete Pflegekraft die Betreuung und die Ausgabe der Medikamente übernehmen. In Ländern, in denen das teure Mifepriston nicht verfügbar ist und der Abbruch verboten ist, greifen die Betroffenen nur zu Misoprostol. Dies ist mit mehr Nebenwirkungen und mehr frustrierten Abbrüchen verbunden. Erfahrungen mit den beiden Medikamenten zum medSAB gibt es seit 1988, als er in China und Frankreich zugelassen wurde, in Deutschland erst seit 1999. Anfangs waren viele Vorsichtsmaßnahmen zu beachten, die Erfahrungswerte fehlten. Heute gibt es unzählige Studien zur Sicherheit des medSAB (siehe Tabelle 2).

In Deutschland wird es nach dem Schema in Tabelle 1 angewandt. Es ist Vorschrift, dass eine Ärztin oder ein Arzt einen Ultraschall macht, die Schwangerschaftswoche feststellt, aufklärt und die Medikamente ausgibt, das Abbluten begleitet und eine Nachuntersuchung machen soll.

Tabelle 2: Sicherheit des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs

Erfolgreicher Schwangerschaftsabbruch:	95-98,8 %
Notwendigkeit einer OP: (erfahrungsabhängig)	1-4 von 100
Transfusionspflichtige Blutung	1 von 2.000
Intravenöse Antibiotikagabe/Infektionen	1 von 5.000
Fortbestehen einer Schwangerschaft	1 von 200

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse, von denen Schwangere profitieren können, sind kaum bekannt

Da die Rechtslage und Zulassungsbestimmungen für die eingesetzten Medikamente zum Teil sehr eng sind, zum Teil im Graubereich liegen, können ungewollt Schwangere in Deutschland nicht oder nur bedingt von neuen wissenschaftlichen Ergebnissen profitieren, zum Beispiel

- Mifepriston kann nicht per Rezept verordnet werden, sondern unterliegt einem „Sondervertriebsgesetz“. Nur registrierte Ärzt*innen können es bestellen, ausgeben, müssen in Vorkasse gehen und jede Tablettenausgabe nachweisen.
- Misoprostol konnte bis 2021 problemlos in der internationalen Apotheke kosten-

günstig eingekauft und an die Betroffenen ausgegeben werden. Unter Gesundheitsminister Spahn kam es zur Einigung zwischen Importunternehmen und dem zuständigen Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), das Medikament nicht mehr nach Deutschland zu importieren. In der Geburtshilfe war das Medikament umstritten, für den medSAB bleibt nun ein deutlich teureres und auch dem „Sondervertriebsgesetz“ unterliegendes Medikament mit den dazugehörigen Auflagen – analog zu Mifepriston.

- Es gibt seit 2000 die Möglichkeit, das zweite Medikament (MisoOne) zu Hause anzuwenden („home-use“). Millionen von Schwangeren wählen diese Methode und es hat sich gezeigt, dass es keine erhöhten Komplikationen gibt. Allerdings gibt es die Methode in der BRD „abrechnungstechnisch“ nicht.
- Seit 2020 wurde der „telemedizinisch betreute medikamentöse Schwangerschaftsabbruch“ durch die Corona-Pandemie in vielen Ländern ermöglicht. Die Schwangeren konnten nicht reisen, waren in Quarantäne, hatten die Betreuung der Kinder zu bewältigen. So hat das Gesundheitssystem zum Beispiel in Großbritannien bis zum 69. Tag der Schwangerschaft diese Art des Abbruchs ermöglicht und wissenschaftlich begleitet.

Insgesamt konnten 52.142 Schwangere in die Studie eingeschlossen werden: rund 22.000 wurden in üblicher Weise betreut (Besuch bei der Frauenärztin, Ultraschall, Einnahme der Medikamente in Präsenz der Ärztin usw.) und rund 30.000 telemedizinisch (davon 18.435 ohne Ultraschall, nur mit Menstruationsangabe), die alle Medikamente zu Hause angewandt haben. Die Zufriedenheit („sehr zufrieden“/ „zufrieden“) lag bei 97 Prozent und es gab keine vermehrten Komplikationen.³ Eine solche Initiative lässt das deutsche Gesundheitssystem vermissen.

Aktuelle Entwicklungen zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch

Auf Grund der guten Datenlage hat das „Familienplanungszentrum Berlin e. V. im Dezember 2020 ein Projekt „schwangerschaftsabbruch-zuhause“ gestartet. Es geht vor allem darum, Schwangeren in schlecht versorgten Gegenden in Deutschland die Möglichkeit eines medikamentösen Abbruchs zu eröffnen. Die Gesetzeslage hierzu wurde geprüft und das Projekt kann so weitergeführt werden. Auch hier gibt es eine wissenschaftliche Begleitung. Seit Projektbeginn gab es 200 Anfragen, 170 Abbrüche wurden bisher telemedizinisch betreut, die meisten aus unterversorgten Gebieten in Bayern. Das Projekt erhält keinerlei offizielle Unterstützung.

Auf der anderen Seite hatte 2019 „women-on-web“ 1090 Anfragen von ungewollt Schwangeren aus Deutschland. „Womenonweb.org“ ist eine international agierende kanadische NGO, die den medSAB in Ländern mit restriktiver Gesetzgebung dadurch er-

möglichst, dass sie die Medikamente an die anfragenden Schwangeren gegen Spende oder umsonst verschickt und die Betroffenen telemedizinisch betreut. Diese Vorgehensweise ist in Deutschland illegal, da sie sowohl die „Pflichtberatung, die dreitägige Bedenkzeit und das Sondervertriebsgesetz für die Abtreibungsmedikamente -im Gegensatz zu „schwangerschaftsabbruch-zuhause“ - umgeht.

In einer Studie wurden die Daten von „women-on-web“ analysiert¹: Folgende Gründe gaben die Schwangeren für die telemedizinische (illegale) Betreuung an:

(1) Persönliche Gründe wie beispielsweise eine selbstbestimmte Entscheidung, Angst vor Bedrohung durch Dritte, Stigmatisierung oder Scham.

(2) Formale Hindernisse, eine Abtreibung zu bekommen, wie beispielweise finanzielle Probleme, ein schlechter Zugang, eine wertende Haltung der Ärztinnen oder die Vulnerabilität von Migrantinnen.

Fazit

Das bedeutet: Was den Schwangerschaftsabbruch in Deutschland angeht, erfüllen wir weder die Ziele der UN-Frauenrechtskonvention - unterschrieben von der deutschen Regierung – noch ermöglichen wir bundesweit den Betroffenen eine medizinisch-aktuelle und gute Betreuung.

Dies wird sich mit der Streichung des § 219a StGB nicht merklich ändern. Solange der Schwangerschaftsabbruch im Strafgesetzbuch verankert und verboten sowie nur unter hohen Auflagen straffrei ist, können sich viele Missstände nicht ändern.

Zu fordern wäre die Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse, Aufnahme des medikamentösen und operativen Schwangerschaftsabbruchs in die Ausbildung von Mediziner*innen (mit allen seinen Facetten), Abschaffung des Sondervertriebsgesetzes für die Medikamente und vor allem eine gute Versorgung im gesamten Bundesgebiet und ausreichender Zugang zu allen – auch telemedizinisch begleiteten – Methoden des Abbruchs.

1 Killinger K, Günther S, Gomperts R, Atay H, Endler M.: Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany: a mixed-methods study. *BMJ Sex Reprod Health*. 2022 Jan;48(e1):e6-e12. doi: 10.1136/bmj.srh-2020-200789. Epub 2020 Nov 23. PMID: 33229399.

2 siehe: <https://schwangerschaftsabbruch-zuhause.de>

3 Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J.: Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG*. 2021 Aug;128(9):1464-1474. doi: 10.1111/1471-0528.16668. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33605016; PMCID: PMC8360126.



Christiane Tennhardt, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, im Vorstand von Doctors for Choice, Germany,
E-Mail: Praxis-Tennhardt@gmx.de

Trans* und (un)gewollt schwanger?

Melissa Depping, Robin Ivy Osterkamp

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe fokussieren sich, wie der Name vermuten lässt, auf Frauen. Doch nicht nur cis Frauen können schwanger werden, sondern auch trans* Personen mit Uterus und Eierstöcken. Der Begriff „cis“ bedeutet vereinfacht gesagt, dass sich Personen mit ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren. Trans* Personen tun dies nicht. Hormontherapien und geschlechtsangleichende Operationen können trans* Personen unterstützen, ihr Äußeres ihrem eigentlichen Geschlecht anzupassen.

Das Thema Schwangerschaft ist im Kontext trans* ein bislang kaum besprochenes. Dass der weiterhin tabuisierte Schwangerschaftsabbruch bei trans* Personen noch weniger thematisiert wird, ist somit keine Überraschung. Noch bis 2011 mussten sich Menschen, die ihren Personenstand über das Transsexuellengesetz ändern wollten, einer Zwangssterilisation unterziehen und damit fortpflanzungsunfähig werden. Dadurch waren Schwangerschaften für viele trans* Personen nicht mehr möglich.

Missverständnisse und Mythen

Generell existieren viele Missverständnisse und Mythen um trans* Personen und ihr Sexualleben. Es wird gemeinhin davon ausgegangen, dass trans* Männer keinen Vaginalverkehr hätten. Zum einen besteht häufig die Annahme, dass sie mit einer cis Frau heterosexuell seien und zum anderen ihre Vulva und Vagina aufgrund ihrer Transgeschlechtlichkeit verabscheuten. Während dies für einige trans* Männer stimmen kann, sollte bedacht werden, dass auch trans* Personen sehr unterschiedlich sind. So können auch trans* und nicht-binäre Personen, die Sex mit Menschen mit Penis haben, schwanger werden.

Trans* Männer und einige nicht-binäre Personen nehmen während ihrer Hormontherapie Testosteron, um ihr Äußeres dem Inneren anzupassen. Testosteron stoppt ab einer gewissen Menge zwar die Menstruation und die Aktivitäten in Ovarien und Uterus, bietet aber keinen zuverlässigen Schutz vor einer (un)gewollten Schwangerschaft. Daher darf Testosteron keinesfalls als Verhütungsmittel verstanden werden. Zwar sinkt die Chance, schwanger zu werden, signifikant, erlischt aber nicht, solange Uterus und Eierstöcke nicht chirurgisch entfernt wurden. Gezielte Forschungen zum Thema Schwangerschaft und Testosteroneinnahme gibt es bislang kaum. Der Lage rund um nicht-binäre Menschen und Schwangerschaften wird erst in den letzten Jahren Aufmerksamkeit geschenkt.

Wunschschwangerschaft

Vor Beginn einer Hormontherapie besteht die Möglichkeit, Eizellen einzufrieren, um eine spätere Schwangerschaft zu ermöglichen. Trans* Männer und nicht-binäre Personen, deren Uterus und Eierstöcke noch funktionsfähig sind, können nach Absetzen der Hormontherapie mit Testosteron ggf. schwanger werden. Auch trans* Frauen und nicht-binäre Personen, die Spermien produzieren, können ggf. nach Absetzen der Östrogen-Hormontherapie Kinder zeugen.

Hierbei ist zu beachten, dass das Absetzen von Testosteron und Östrogen kein Garant für eine mögliche Schwangerschaft ist. Hormontherapien können langfristig zu Sterilität und Infertilität führen.

Auch wenn eine Schwangerschaft als trans* oder nicht-binäre Person medizinisch möglich ist, so stehen rechtliche Hürden einer diskriminierungsfreien Schwangerschaft entgegen. Die rechtliche Elternschaft ist eng an die biologische Elternschaft geknüpft. So ist im § 1591 BGB geregelt: „Mutter eines Kindes ist die Frau, die es geboren hat.“ Das Abstammungsrecht sieht derzeit als zweites Elternteil nur einen Vater vor (§ 1592 BGB). Trans* Eltern werden demnach mit ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht in die Geburtsurkunde eingetragen. Und das, obwohl die Person nach Änderung des Geschlechtseintrages nach dem Transsexuellengesetz (TSG) rechtlich nicht mehr vorhanden ist.

Schwangerschaftsabbruch

Gerade bei einer ungewollten Schwangerschaft kann das eigene Trans*sein ein Grund für einen Schwangerschaftsabbruch sein, denn: Schwangerschaft ist so stark an Weiblichkeit geknüpft, dass schwangeren trans* Personen schnell ihr Geschlecht abgesprochen wird. Die Annahme ist, dass sie Frauen sein müssten, wenn sie ein Kind in sich trugen. Zudem kann das eigene Verständnis von Schwangerschaft als etwas inhärent Weibliches bei den Betroffenen starken Leidensdruck auslösen. Andererseits sind nicht alle trans* Personen, die sich mit einer ungewollten Schwangerschaft in die Beratung begeben, auch als solche erkennbar.

Zu diesen Umständen kommt hinzu, dass gerade gynäkologische Praxen stark vergeschlechtlichte Räume sind, die oftmals lediglich für Frauen ausgelegt sind. Während der Fokus auf Frauen meist explizit ist, schwingt hier oftmals implizit auch ein Fokus auf cis Frauen mit. Trans* Personen werden davon häufig abgeschreckt, da sie sich entweder in scheinbar unpassende oder möglicherweise diskriminierende Räume begeben. Um zu umgehen, als Frau eingeordnet zu werden, scheuen viele trans* Personen bereits reguläre Früherkennungstermine in der Gynäkologie. Kommt es zu einer

ungewollten Schwangerschaft, fehlt es den Betroffenen somit oft an geeigneten und sensiblen Ansprechpersonen. Die Hürden sind durch den starken Fokus auf Frauen groß und die Angst vor Unverständnis nicht unbegründet. In vielen Praxen fehlt es an Wissen über trans* und nicht-binäre Personen und ihre Behandlung. Dies bezieht sich zum einen auf zwischenmenschliche Aspekte, aber auch auf Besonderheiten beispielsweise in der Abrechnung von Behandlungen einer Person, die keinen weiblichen Geschlechtseintrag hat. Diese Unsicherheiten finden sich ebenfalls bei den Krankenkassen, wenn es um die Übernahme von Kosten geht.

Was muss sich ändern?

Für eine flächendeckende und diskriminierungsarme Gesundheitsversorgung muss sich das Fachgebiet der Frauenheilkunde für andere geschlechtliche Identitäten öffnen. Es gilt, sich mit vielfältigen Identitäten und Lebensentwürfen zu beschäftigen, die ebenfalls auch Kinderwunsch und Schwangerschaft beinhalten. Nur wenige gynäkologische Praxen sind sensibel gegenüber nicht cisgeschlechtlichen Patient*innen. Erforderlich ist eine Sensibilisierung gegenüber und Auseinandersetzung mit den medizinischen und sozialen Auswirkungen einer diskriminierenden Gesundheitsversorgung.

Konkrete Fragestellungen sind beispielsweise:

- Wie spreche ich trans* und nicht-binäre Personen in der Versorgung persönlich an?
- Wie können Praxen ihre Sensibilität gegenüber Trans* und Nicht-Binarität sichtbar machen?
- Welche Familien- und Beziehungskonstellationen werden abgebildet?
- Wie können trans* und nicht-binäre Personen bei einem Schwangerschaftsabbruch unterstützt werden?
- Welche (medizinischen) Besonderheiten ergeben sich während einer Schwangerschaft?
- Worauf muss bei der Entbindung geachtet werden?
- Wie werden Kreissaal und Wochenbettstation diskriminierungssensibel vorbereitet?

Trans* Beratungen sind meist die ersten Anlaufstellen für (un)gewollt schwangere trans* und nicht-binäre Personen. Dieses Angebot ist jedoch in keinem Fall ausreichend, weshalb die Frauenheilkunde und Geburtshilfe vor einer ungewöhnlichen Herausforderung steht. Weiterhin besteht eine Diskrepanz zwischen der Sichtbarkeit von Schwangerschaftsabbruch-durchführenden-Praxen und Praxen, die gleichfalls trans*sensibel agieren. Zudem sind eine Vernetzung und ein regelmäßiger Aus-

tausch unter Fachkräften unabdingbar. Nicht nur zur eigenen Weiterbildung, sondern insbesondere, um trans*sensible Praxen bekannter zu machen. Dies dient nicht nur dem kollegialen Austausch, sondern ermöglicht auch eine Weiterleitung von trans* und nicht-binären Patient*innen an trans*sensible Kolleg*innen. Um also (un)gewollt schwangere trans* und nicht-binäre Personen zu unterstützen, bedarf es einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung, die Trans*sein nicht pathologisiert und diskriminierungssensibel agiert.

Melissa Depping, stellvertretende Geschäftsführung im Queeren Netzwerk Niedersachsen e. V.,
Volgersweg 58, 30175 Hannover, E-Mail: melissa.depping@qnn.de

Robin Ivy Osterkamp, Landesfachstelle Trans* im Queeren Netzwerk Niedersachsen e. V.,
Volgersweg 58, 30175 Hannover, E-Mail: robin.osterkamp@qnn.de

Schwangerschaftsabbruch in die medizinische Lehre!

Arthur Haltrich

Die Medizin ist eine Wissenschaft, die wie kaum eine andere einem stetigen und unaufhörlichen Wandel unterliegt und in der sich das zu lehrende Curriculum nahezu jährlich erweitert und erneuert. In Anbetracht dieser Tatsache ist es mehr als verwunderlich, dass das Thema Schwangerschaftsabbruch trotz der riesigen Zielgruppe, der häufigen Durchführung (über 100.000 jährliche Eingriffe allein in Deutschland) und der offensichtlichen politischen Brisanz noch immer keinen festen Eingang in das medizinische Curriculum gefunden hat, nicht einmal im Fach Gynäkologie.

Warum spart die Medizin in der Lehre Schwangerschaftsabbrüche aus?

Das hat mannigfaltige Gründe, ist aber primär dem immer noch mehr als präsenten Stigma einer Straftat geschuldet, welches auf diesen Eingriffen liegt, und in ganz Deutschland neben Teilen der Durchschnittsbevölkerung auch von Universitätsleitungen, Dekanen, Dozierenden, Ärztinnen und Ärzten reproduziert wird.

Dass dieses Stigma wirksam bleiben kann, hängt auch damit zusammen, dass den Universitäten zwar verbindliche Vorgaben zum Studienablauf gemacht werden, beispielsweise die Dauer der einzelnen Abschnitte des Studiums, die Prüfungsvoraussetzungen und die Verteilung der Fächer, die Aufarbeitung der konkreten Inhalte zu meist aber selbstständig von den Universitäten bestimmt wird. Das wird noch weiter dadurch verkompliziert, dass der Hochschulbetrieb grundsätzlich eine Angelegenheit der Länder ist und so von Bundesland zu Bundesland tiefgreifende Unterschiede in

der Behandlung bestimmter Themen entstehen können. All das hat gute Gründe und funktioniert in vielerlei Hinsicht sehr gut, sorgt aber gerade bei politisch aufgeladenen Themen wie eben Schwangerschaftsabbrüchen zu einer starken Abhängigkeit der Studierendenschaft vom Willen ihrer Hochschulen.

Was gelehrt wird und was genau fehlt

Die medizinische Lehre konzentriert sich beim Thema Schwangerschaftsabbruch dank der tief verankerten Vorurteile noch immer vor allem auf ethische Implikationen und rechtliche Rahmenbedingungen. Diesen kommt hier zwar zweifelsohne eine besondere Wichtigkeit zu, aber sie sollten dennoch nicht die konkret medizinische Auseinandersetzung in der Lehre überschatten. Das wird besonders verständlich, wenn man sich den umgekehrten Fall einmal vorstellt: Man studiert Jura, behandelt Schwangerschaftsabbrüche, spricht für fünf Minuten über die Gesetzlage und setzt sich anschließend 30 Minuten mit der pharmakologischen Wirkung des Medikaments Mifepriston und dem Ablauf einer Curettage auseinander. Ist das besonders zielführend für angehende Jurist*innen?

Genau dieser Missstand trifft aber für die Medizin zu. Gerade die Methodik von Vakuumaspirationen und den eben erwähnten Curettagen wird im Vergleich zur Rechtslage kaum behandelt, obwohl erstere noch immer einen Großteil der angewandten Methoden ausmachen. Das ist von enormer Bedeutung, da sich die Risikoprofile der Eingriffsarten stark voneinander unterscheiden. Dies macht eine adäquate und wohlinformierte Abwägung der Methode in jedem neuen Fall unabdingbar, wofür der*die durchführende Ärzt*in aber geschult worden sein muss. Wurde er*sie das nicht, so leiden am Ende vor allem die Patient*innen.

Die Konsequenzen der ungenügenden Lehre

Ungenügende Lehre hat dementsprechend auch unweigerlich Konsequenzen, da seit Jahren die Zahl der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, rückläufig ist. Das erschafft einen gefährlichen Teufelskreis: weniger Ärzt*innen bieten Schwangerschaftsabbrüche an, wodurch auch weniger Ärzt*innen ihre Kompetenzen in diesem Gebiet an folgende Medizinergenerationen weitergeben können, was zu einer schlechteren Lehre führt, und noch weniger Ärzt*innen Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Hier erfordert es neben einer Änderung der geltenden Gesetze weitere konkrete politische Schritte, um langfristig eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Ein guter erster Schritt ist hier die jüngst vom Bundeskabinett beschlossene Abschaffung des Paragraphen 219a StGB.

Was können Studierende tun?

Bis zu einer Durchführung von notwendigen Schritten auf politischer Ebene gibt es aber eine Menge Ansatzpunkte, über die sich auch jetzt schon auf einer kleineren Ebene in der Lehre eine Menge ändern lässt, und an genau diesen setzen Organisationen wie die „Medical Students for Choice“ an. Große Bekanntheit erhalten haben hierbei die sogenannten „Papaya-Workshops“, die an manchen Unis bereits mehrmals im Semester angeboten werden. Hier können Medizinstudent*innen unter Anleitung erfahrener Gynäkolog*innen Vakuumaspirationen an Papayas üben, da diese in ihrer Form und in der Verteilung des „Fleisches“ dem Uterus sehr ähneln. Diese meist durch die Studierendenschaft in Eigenregie organisierten Kurse werden allerdings bei weitem noch nicht an jeder Universität angeboten und sind selbstredend nur eine Interimslösung, bis das Thema wirklich fest in die Lehre aufgenommen wird. Auch der medikamentöse Abbruch müsste Teil der Lehre werden, damit Ärzt*innen in die Lage versetzt werden, diesen anzubieten und kompetent begleiten zu können. Auch dies könnte zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgungslage beitragen.

Um all das zu ermöglichen kann aber auch jeder einzelne Studierende seinen oder ihren kleinen Beitrag leisten, hartnäckig und lautstark entsprechende Veränderungen einzufordern. Denn es ist deutlich wahrscheinlicher, dass die Universitäten zu Änderungen bereit sind, wenn sie regelmäßig von der Studierendenschaft dazu aufgefordert werden. Ob bei einzelnen Evaluationen der Themenblöcke und Semester, bei denen die fehlende medizinische Auseinandersetzung mit Schwangerschaftsabbrüchen kritisiert wird, oder im Rahmen des hochschulpolitischen Engagements, die Möglichkeiten sind vielfältig und nachweislich effektiv.

Den wichtigsten, nachhaltigsten und langfristig tiefgreifendsten Beitrag leistet am Ende des Tages allerdings jede*r einzelne in der kritischen Hinterfragung der eigenen Vorstellungen und internalisierten Stigmata, denn: die Kontroverse um Schwangerschaftsabbrüche ist und bleibt ein gesellschaftliches Problem. Sie geht aus von populistischen Akteuren und regressiven Ideologien, deren toxische Ausläufer in eine Vielzahl anderer Themen hineinwachsen und die sich auf religiösem Fundamentalismus, Wissenschaftsfeindlichkeit und Misogynie begründen. Zur Sicherstellung einer fairen, diskriminierungsfreien und aufgeklärten Medizin bedarf es also auch in Zukunft unweigerlich der gesamtgesellschaftlichen Widersetzung gegen ebenjene Akteure und Ideologien, sei es durch Aufklärungsarbeit, Forschung oder eine gesunde Debattenkultur. Gemeinsam wird all das erreichbar sein.

Arthur Haltrich, medical students for choice Düsseldorf,
E-Mail: arhal104@uni-duesseldorf.de

Drei Generationen Hebammenalltag

Die Autorin beschreibt authentisch und anschaulich die Geschichte und Entwicklung des Hebammenberufs. Dazu hat sie mehrere Hebammen mit Berufserfahrung aus unterschiedlichen Jahrzehnten interviewt. Die Hebammen schildern, mit welchen strukturellen und inhaltlichen Bedingungen sie während ihrer Arbeit umgehen mussten und wie sich das Berufsbild bis in die Gegenwart gewandelt hat. Auch wenn im Buch immer mal wieder die Beleghebamme im Krankenhaus und die freiberufliche Hebamme gegenübergestellt werden, geht es im Kern um das Befürworten der natürlichen Geburt. Neben der Pathologisierung der Geburt in den 60er Jahren und deren entscheidendem Einfluss auf die Arbeitsbedingungen der Hebammen, erfahren die Lesenden auf dieser Zeitreise vom frühen 19. Jahrhundert bis in die deutsche Geburtskultur des 21. Jahrhunderts viel über Orte der Geburt und ihre Auswirkungen auf den Geburtsprozess aus Sicht der Hebammen. Die unterschiedlichen Geburtspräferenzen und -erlebnisse von drei Müttern am Ende des Buches runden den Blick auf den Hebammenberuf ab. (sr)

 Marita Metz-Becker: *Drei Generationen Hebammenalltag. Wandel der Gebärcultur in Deutschland*. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2021, 291 Seiten, ISBN 978-3-8379-3056-6, 34,90 Euro

pro familia magazin zum Thema Reproduktionsmedizin

pro familia hat sich verpflichtet, zur Umsetzung der sexuellen und reproduktiven Rechte auch in Bezug auf die Reproduktionsmedizin beizutragen. Die erste Ausgabe des Magazins des Jahres beleuchtet Folgen der überholten aktuellen Gesetzeslage, konkrete Regelungsbedarfe sowie die Notwendigkeit eines neuen Fortpflanzungsmedizingesetzes. Zudem werden kontroverse interne Stellungnahmen zum Thema „Legalisierung der Leihmutter*schaft“ gegenübergestellt, welche verdeutlichen, wie wichtig Auseinandersetzung und Positionierung zu den verschiedenen Aspekten einer rechthebasierten Fortpflanzungsmedizin sind. (cht)

 pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung Bundesverband e. V. (Hrsg.): *pro familia Magazin: Reproduktionsmedizin*, Nr. 1/2022, ISSN 0175-2960/50.Jg., 31 Seiten 5,10 Euro
zu beziehen unter www.profamilia.de

pro familia magazin zum Thema Gender/Queer

Die Themen Gender und Queer bilden Querschnittsthemen innerhalb der pro familia Verbände und Beratungsstellen. Eine intensive Netzwerkarbeit, aber ebenfalls das Erkennen und Aufnehmen der Bedarfe in die Regelstrukturen ist auch Aufgabe von pro familia. In Ausgabe 2 des Jahres stellen verschiedene Organisationen - einschließlich pro familia - ihre Arbeit und Angebote vor. Einen Schwerpunkt bildet hierbei das Problem der Diskriminierung queerer Menschen in der Geburtshilfe. Hier gibt es über die grundsätzlichen strukturellen Probleme der Geburtshilfe im Allgemeinen hinaus großen Verbesserungsbedarf. Die Themen „Psychosoziale Gesundheit von LSBTIQ*“ und die „Beratung und Unterstützung mit Regenbogenkompetenz“ werden ebenfalls von Organisationen der Community ausgeführt. (cht)

pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung Bundesverband e. V. (Hrsg.): pro familia Magazin: Gender/Queer, Nr. 2/2022, ISSN 0175-2960/50.Jg., 31 Seiten 5,10 Euro
zu beziehen unter www.profamilia.de

Clit – Die aufregende Geschichte der Klitoris

In ihrem Buch „Clit – Die aufregende Geschichte der Klitoris“ erzählt die Autorin die Geschichte von Ignoranz, Unterdrückung und Verwirrung um die Klitoris. Dieser Verlauf ist eine Abbildung einer geschlechtsspezifischen Diskriminierung und die Förderung einer körperfeindlichen Sichtweise auf das weibliche Genital.

Das Buch vermittelt umfangreiches fundiertes anatomisches Wissen. Die Bedeutung der kulturellen Geschichte, die Klitoris (nicht) wahrzunehmen, wird eindrucksvoll verdeutlicht. Zudem zeigt die Autorin wichtige Zusammenhänge und die Dringlichkeit dieser Kenntnisse für eine emanzipierte und gleichberechtigte Sexualität der Geschlechter auf.

Das Buch richtet sich an alle Menschen, die sich mit der Bedeutung der Klitoris für die weibliche Sexualität intensiv befassen und auch auf verschiedenen Ebenen dazu beitragen möchten, dass weibliche Lust informiert, selbstbestimmt und lustvoll gelebt werden kann. (cht)

Louisa Lorenz: Clit – Die aufregende Geschichte der Klitoris, Heyne-Verlag, München, 2022, ISBN 978-3-453-60592-3, 297 Seiten, 15,00 Euro

Faktenpapier #7 zu Intergeschlechtlichkeit

Im Rahmen des Kompetenznetzwerks *Selbst.verständlich* Vielfalt hat der Verein Intergeschlechtliche Menschen e. V. die siebte Ausgabe der „Fakten zur Intergeschlechtlichkeit“ herausgebracht. Das Papier mit dem Titel „Notwendig, aber nicht hinreichend: Das Gesetz zum Schutz von Kindern mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung“ stellt sowohl die positiven Maßnahmen als auch die Lücken des Gesetzes – welches am 22. Mai 2021 in Kraft trat – dar. Interessenvertretungen deklarieren die hormonellen und chirurgischen Behandlungen, die intergeschlechtlich geborene Kinder an die männliche oder weibliche Norm anpassen sollen, seit Langem als erhebliche Menschenrechtsverletzungen. Das umgangssprachlich bezeichnete OP-Verbot an Inter* Kindern sieht vor, dass genitalverändernde, nicht medizinisch notwendige Maßnahmen an intergeschlechtlich geborenen Kindern untersagt werden. (md)

Intergeschlechtliche Menschen e. V. (Hrsg.): Fakten zur Intergeschlechtlichkeit. Notwendig, aber nicht hinreichend: Das Gesetz zum Schutz von Kindern mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung. Hamburg, 2022, Internet: www.selbstverstaendlich-vielfalt.de/wp-content/uploads/2022/04/faktenpapier-7-imev.pdf

Sprache und Sein

Von Frauenrechtlerinnen wird die Journalistin Kübra Gümüşay aufgrund ihrer ideologischen Nähe zum Islamismus kritisch betrachtet. Dennoch ist dieses Buch sehr lesenswert, denn die Autorin schildert bildreich und verständlich, wie Sprache unser Denken und Handeln formt und sich auf die Wahrnehmung auswirkt. Sie geht dabei auf gesellschaftlich relevante Themen wie Sprache und Macht, Diskriminierung, Rassismus und Rechtsextremismus ein. Beispielhaft zeigt sie, wie Menschen als Individuen unsichtbar werden, wenn sie immer als Teil einer Gruppe gesehen werden – und sich nur als solche äußern dürfen. Gümüşay macht deutlich, was es bedeutet, in Stereotypen und Vorurteilen zu denken und zu sprechen, und welche Auswirkungen dies für die Betroffenen hat. Durch die Schilderung von eigenen Erfahrungen gibt sie dem Buch eine sehr persönliche Note. Das Buch ist ein Plädoyer für eine offene Sprache, die Vielfältigkeit und Individualität zugesteht und sich von eingrenzenden Kategorien und Stereotypen löst. (sdw)

 Kübra Gümüşay: *Sprache und Sein*. btb Verlag, München (Originalverlag Hanser Berlin), 2021, 208 Seiten, ISBN 978-3-442-77125-7, 11,00 Euro

QUEERGESTREIFT – Alles über LGBTIQ+

Interessierte finden in diesem Buch einen umfassenden Über- und Einblick in die verschiedensten Aspekte queeren Lebens. Es ist abwechslungsreich gestaltet und gut lesbar geschrieben, erklärt Begrifflichkeiten, weist auf Symbolik und regelmäßig wiederkehrende Veranstaltungen hin, an denen die Vielfalt besonders verdeutlicht wird. Neben vielen Informationen werden auch Emotionen wiedergespiegelt und es kommen Menschen aus der queeren Community selbst zu Wort.

Die Zielgruppe wird schon in der Widmung des Buches deutlich: „Für alle Menschen, die täglich aufs Neue den Mut finden, sie selbst zu sein“. Es richtet sich an verschiedenste Zielgruppen und Menschen, ob nun jugendlich oder erwachsen, der Community zugehörig oder nicht, ob privat oder beruflich motiviert. (cht)

 Kathrin Köller, Irmela Schautz: *QUEERGESTREIFT – Alles über LGBTIQ+*, Carl Hanser Verlag, München, 2022, ISBN 978-3-446-27258-3, 283 Seiten, 22,00 Euro

Endometriose und Psyche

Mit „Endometriose und Psyche“ legt die Autorin, die selbst von der Erkrankung betroffen ist, ihr zweites Werk vor. Sie nähert sich der Frage, wie die Erkrankung Endometriose und die Psyche miteinander in Verbindung stehen und sich gegenseitig beeinflussen.

Hierzu beschreibt sie ihre eigenen Erfahrungen und nimmt eine umfassende, verständliche Auswertung von Studien und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Thema Endometriose in Wechselwirkung zur Psyche vor. (nl)

 Liel, Martina: Endometriose und Psyche, 1. Auflage, Komplett Media, München, 2021, 200 Seiten, ISBN 3831205906, 20 Euro

Endometriose

Professorin Sylvia Mechsner leitet das Endometriosezentrum an der Berliner Charité. In ihrem Buch vermittelt sie aktuelles Wissen und Theorien aus der wissenschaftlichen Forschung, sowohl zur Entstehung der Erkrankung Endometriose, als auch zur Entstehung von (chronischen) Schmerzen.

Darüber hinaus stellt die Autorin medikamentöse Therapiekonzepte vor und zeigt Möglichkeiten komplementärmedizinischer und multimodaler Behandlungsansätze auf. (nl)

 Sylvia Mechsner: Endometriose, 1. Auflage, ZS Verlag, Hamburg, 2021, 224 Seiten, ISBN 3965841610, 24,99 Euro

Neue clio zur Brustgesundheit erschienen

Zum Thema Brustgesundheit gibt es kaum Veröffentlichungen, obwohl es so wichtig ist, darüber informiert zu sein, Entscheidungen für sich zu treffen und aktiv zu werden. In der clio 94 wird angeregt, durch mehr Aufmerksamkeit, Zuwendung und Wissen die Brustgesundheit zu stärken. Themen sind das Verhältnis junger Frauen zu ihren Brüsten, Stillen heute. Neben Problemen wie Zysten und Brustschmerzen, ein tabuisiertes Thema, geht es auch darum, wie Brüste gesund erhalten werden können. Ein größeres

Thema Brustkrebs, wie ihm vorgebeugt werden kann, wie der Stand des Mammografie-Screenings ist. Die Frauen von Women Engage for a Common Future kämpfen internationale mit ihrem Aktionsplan „Hormongifte stoppen“ für eine bessere Zukunft. Auch dazu gibt es einen Artikel. (us)

Feministisches Frauen Gesundheits Zentrum e. V. Berlin (Hrsg.): Brustgesundheit, clio 94, 47. Jg., Mai 2022, 5,00 Euro, www.ffgz.de

Häusliche Gewalt und Folgerungen für Psychotherapie und Beratung

Der Europarat hat 2011 die Istanbul-Konvention verabschiedet, in der alle Mitglieder, so auch Deutschland, verpflichtet werden, Gewalt gegen Frauen zu bekämpfen und Betroffenen Schutz und Unterstützung zu bieten. Damit werden auch die Gesundheitsberufe angesprochen.

Die Fachgruppe Frauen der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V. hat in der verbandseigenen Zeitschrift „Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis“ (VPP) das Thema aufgegriffen. Häusliche Gewalt ist ein sehr großes Gesundheitsrisiko für Frauen. Erlittene Gewalt kann zu psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und Substanzkonsumproblemen führen. Für Frauen, die häusliche Gewalt erfahren haben und mit diesen Problemen eine Beratung oder Psychotherapie aufsuchen, ist es elementar wichtig, dass auch die Gewaltproblematik in der Behandlung mitberücksichtigt wird. Der Themenschwerpunkt in der VPP informiert Berater*innen und Psychotherapeut*innen darüber, dass eine Behandlung unter Berücksichtigung der Gewaltproblematik möglich ist und wie sie erfolgreich durchgeführt werden kann. Neben diesem Schwerpunkt in der VPP wird das Thema in Fortbildungen und auf dem nächsten Kongress der DGVT im März 2022 als Symposium aufgegriffen. (us)

Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V., DGVT-Berufsverband Psychosoziale Berufe e. V. (Hrsg.): Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 1/2022, Schwerpunkt: Häusliche Gewalt und Folgerungen für die Psychotherapie sowie die psychosoziale Beratung, dgvt-Verlag, Tübingen, 54. Jg., 192 Seiten (Schwerpunkt S. 5-95), für Nichtmitglieder 15,00 Euro plus Versandkosten

Aufgrund der anhaltenden Covid-19-Pandemie wurden beziehungsweise werden viele der für die kommenden Monate geplanten Veranstaltungen entweder abgesagt, verschoben oder in einem anderen Format durchgeführt. Die nachfolgenden Veranstaltungshinweise (Stand Juli 2022) erfolgen daher vorbehaltlich etwaiger Änderungen durch die Veranstalter*innen. Bitte informieren Sie sich auf den jeweiligen Webseiten der Veranstaltungen, ob diese wie geplant stattfinden.

Datum / Ort	Titel	Information
07. - 09. September 2022 Magdeburg	Jahrestagung DGMS 2022 Die 57. Jahrestagung der DGSMP/ DGMS hat das Motto: „Soziale Gesundheit neu denken: Herausforderungen für Sozialmedizin und medizinische Soziologie in der digitalen Spätmoderne“.	Deutsche Gesellschaft für Medizinische Soziologie https://www.dgms.de/kongress-tagungsportal/dgms-veranstaltungen/
08. September 2022 Online Seminar	Fortbildungsveranstaltung: Die Frau im Fokus! Aufgeblähter Bauch, Krämpfe, Regelschmerzen – wie die ernährungstherapeutische Begleitung bei Endometriose unterstützen kann	Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.: https://www.dge.de/va/seminare/veranstaltungen-detailseite/?tx_seminars_pi1[showUId]=122
08. - 10. September 2022 Riga, Latvia	Fertility control into the hands of women 14th FIAPAC Konferenz	International Federation of Abortion and Contraception Professionals (FIAPAC): https://www.fiapac.org/en/p/home/
13. September 2022 Wien	Wiener Gesundheitsziele Konferenz „Prüfstein Pandemie. Zwischenbilanz Wiener Gesundheitsziele“	Büro für Frauengesundheit und Gesundheitsziele, Strategische Gesundheitsversorgung der Stadt Wien Anmeldung unter: https://www.wien.gv.at/umfrage/index.php/196738
16. - 18. September 2022 Halle (Saale), hybrid	Global Women's Health in times of Global and Planetary Changes Konferenz	Universitätsklinikum Halle an der Saale: https://www.uk-halle.de/einrichtungen/institute/medizinische-epidemiologie-biometrie-und-informatik/forschung/ag-global-health/aktuelles/fide-tagung-2022
17. September 2022 Berlin	Aktionstag für sexuelle Selbstbestimmung	Informationen unter: Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung https://www.sexuelle-selbstbestimmung.de/17489/aktionstag-am-17-09-2022/
28. September 2022 bundesweit	Aktionstag Safe Abortion Day	Weitere Informationen und eine Sammlung der Aktionen findet ihr unter https://safeabortionday.noblogs.org/

04. Oktober 2022 Verden	Fachvortrag und Gespräch: Unterhalt? Wovon leben Frauen* und Kinder während der Trennung und nach der Scheidung?	Frauenberatung Verden e. V.: https://www.frauenberatung-verden.de/aktuelles/veranstaltungen
12. - 15. Oktober 2022 München	64. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.	Informationen unter: https://www.dggg2022.de/de/Startseite/
04. November 2022 Dresden	Fachtag „Nationales Gesundheitsziel Gesundheit rund um die Geburt mit konkreten Fragen zur Umsetzung der Kooperation zwischen den beteiligten Berufsgruppen“	Arbeitskreis Frauengesundheit, Informationen zeitnah unter www.arbeitskreis-frauengesundheit.de
05. November 2022 Dresden	Fachtag „Was macht eine gute Schwangerenvorsorge aus?“	Arbeitskreis Frauengesundheit, Informationen zeitnah unter www.arbeitskreis-frauengesundheit.de
06. November 2022 Dresden	Fachtag “Schwangerschaftsabbruch § 218”	Arbeitskreis Frauengesundheit, Informationen zeitnah unter www.arbeitskreis-frauengesundheit.de
11. November 2022	Abschlussstagung des Projektes FEM UnitED	Informationen zeitnah unter https://www.ifes.fau.de/referenzen/projekte/gender-gewalt-und-menschenrechte/#collapse_1
15. - 19. März 2023 Berlin	„Man Made Disasters“, Kongress für Klinische Psychologie und Psychotherapie der DGVT, u.a. mit einem Symposium der Fachgruppe Frauen der DGVT zu Häuslicher Gewalt – der blinde Fleck in der Psychotherapie	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V., Informationen zeitnah unter www.dgvt.de
06. Mai 2023	§218 Strafgesetzbuch – und wie weiter? Perspektiven einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs Fachtagung	pro familia Bundesverband www.profamilia.de/fachtagung

Fragen, Kritik oder Anregungen?

Dr. Ute Sonntag
Landesvereinigung für Gesundheit und
Akademie für Sozialmedizin
Niedersachsen e.V.
Fenskeweg 2
30165 Hannover

ute.sonntag@gesundheit-nds.de

Sarah Kaufmann
Nds. Ministerium für Soziales,
Gesundheit und Gleichstellung
Hannah-Arendt-Platz 2
30159 Hannover

sarah.kaufmann@ms.niedersachsen.de

Kathrin Schrader
SoVD-Landesverband
Niedersachsen e.V.
Herschelstr. 31
30159 Hannover

kathrin.schrader@sovd-nds.de

Corinna Heider-Treybig
pro familia
Landesverband Niedersachsen
Dieterichsstraße 25A
30159 Hannover

corinna.heider-treybig@profamilia.de

Edith Ahmann
Frauen-und MädchenGesundheitsZentrum
Region Hannover e.V.
Escherstrasse 10
30159 Hannover

info@fmgz-hannover.de

Melissa Depping
Queeres Netzwerk Niedersachsen e.V.
Volgersweg 35
30175 Hannover

melissa.depping@qnn.de