

Interview mit Dr. med. Alicia Baier und Leonie Kühn von Medical Students for Choice Berlin¹

Alicia Baier / Leonie Kühn / Verena Limper

Der Faktor Zeit spielt in den Diskussionen um reproduktive Selbstbestimmung eine wichtige Rolle. Insbesondere in Debatten um Schwangerschaftsabbrüche wurde und wird das Alter des Embryo bzw. Fötus als Argument herangezogen, um Abbrüche als „Tötung menschlichen Lebens“ zu verurteilen. Auch das Alter der Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, ist mit Vorurteilen besetzt. Ein bisher wenig beachtetes Thema ist zudem die Frage, wie viel Zeit im Medizinstudium für die Lehre zu weiblicher Sexualität und insbesondere Schwangerschaftsabbrüchen übrig bleibt. Hier gibt es ein klares Defizit, denn der medizinische Eingriff wird im Medizinstudium häufig nicht thematisiert.

Eine Gruppe, die sich seit einigen Jahren mit diesen Fragen beschäftigt und sich für das Thema Schwangerschaftsabbruch im Medizinstudium einsetzt, sind die *Medical Students for Choice Berlin*. Dr. med. Alicia Baier und Leonie Kühn berichten im folgenden Interview über die Gründung der Gruppe, ihre Erfahrung im Medizinstudium sowie die Relevanz des Faktors „Zeit“ im Umgang mit Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbrüchen. In das Interview bringen sie Ergebnisse aus dem interdisziplinären Forschungsprojekt *MeGySa* (Medizinstudierende und Gynäko-

1 Das Interview wurde bereits im September 2019 geführt, als die Ereignisse der Corona-Pandemie und ihre Auswirkungen auf Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbrüche noch nicht absehbar waren. Verkürzt lässt sich jedoch festhalten, dass die sich hier im Interview beschriebenen Probleme noch deutlich verschärft haben. In einem frühen Beitrag zur Situation zu Beginn der Corona Pandemie meldete sich auch die Interview-Partnerin Alicia Baier, die mittlerweile auch 1. Vorsitzende der Partner*innorganisation Doctors for Choice Germany ist, zu Wort: Nina Monecke, Ungewollt schwanger in der Corona-Krise: „Ein Abbruch könnte als Lifestyle-Entscheidung klassifiziert werden“, in: Ze.tt. Zeit online (27.03.2020), URL: https://ze.tt/ungewollt-schwanger-in-der-corona-krise-ein-abbruch-ist-ein-notfall/?fbclid=IwAR1Cy3vMUdSugrmH1swaPe3rvC6LA-_GjlpA_9BrYrRx1-OC2KyeJJ6nQsg. Der im Artikel erwähnte offene Brief, in dem u.a. die Doctors for Choice und Pro Familia für die Aufrechterhaltung bzw. die Erweiterung von Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch mit Hilfe von Medikamenten plädieren, findet sich hier: <https://doctorsforchoice.de/2020/03/covid19-und-schwangerschaftsabbruch/>. An dieser Stelle können leider nur einige Medienbeiträge angeführt werden, die sich der Thematik widmen, da eine wissenschaftliche Auswertung noch auf sich warten lassen muss. Eine kommentierte Übersicht findet sich am Ende des Artikels.

log*innen zum Schwangerschaftsabbruch) ein, das vom Gunda-Werner Institut ideell und finanziell unterstützt wurde.²

Wer sind die Medical Students for Choice, wann und in welchem Zusammenhang wurden sie gegründet? Welche Ziele verfolgt der Verein?

Medical Students for Choice Berlin ist eine studentische Arbeitsgruppe, die 2015 als erster deutscher Ableger der US-amerikanischen Mutterorganisation *Medical Students for Choice* in Berlin gegründet wurde. Abtreibung war damals ein Randthema in Deutschland, das außerhalb feministischer Zirkel keine große Beachtung fand. Die Gründungsinitiative erfolgte durch Alicia Baier, damals Medizinstudentin im 8. Semester an der Charité Berlin. Im Kontext einer feministischen Veranstaltung in der Berliner *Heinrich-Böll-Stiftung* erfuhr sie von der politischen, historischen und strafrechtlichen Dimension des Schwangerschaftsabbruches. Bei dieser Veranstaltung hörte sie zum ersten Mal von den *Medical Students for Choice*. Sie stellte fest, dass der Schwangerschaftsabbruch, obwohl einer der häufigsten gynäkologischen Eingriffe, auch in Berlin in der medizinischen Ausbildung systematisch ausgeklammert wird, und gründete den ersten deutschen Ableger des Vereins. Für den ersten „Papaya-Workshop“ auf deutschem Boden mussten ihr die Instrumente noch aus den USA zugeschickt werden. Später wurden diese von den Berliner Ärztinnen gestellt, die den praktischen Teil des „Papaya-Workshops“ bis heute begleiten.³

Die *Medical Students for Choice Berlin* wünschen sich eine Welt, in der alle Menschen selbstbestimmt und gleichberechtigt leben und frei über ihren Körper und ihre Fortpflanzung entscheiden können. Dabei kon-

2 Alicia Baier, Anna-Lisa Behnke, Philip Schäfer: Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus: Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch, 18. Januar 2019, Gunda-Werner-Institut. Abrufbar hier: <https://www.gwi-boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch>

3 Der „Papaya-Workshop“ ist ein Workshop-Konzept aus den USA, in dem der chirurgische Schwangerschaftsabbruch, die sogenannte Vakuumaspiration, an einer Papaya als Gebärmuttermodell praktisch geübt werden kann. Die Berliner Gruppe führt diesen Workshop in Zusammenarbeit mit erfahrenen Gynäkologinnen zwei Mal pro Semester für Berliner Medizinstudierende durch. Dabei hat die Gruppe den Workshop um ein theoretisches Input ergänzt: So werden im Berliner Workshop - zusätzlich zum praktischen Teil mit der Papaya - auch die rechtlichen, historischen und gesellschaftspolitischen Aspekte zum Schwangerschaftsabbruch besprochen und es wird auf die aktuell lückenhafte Versorgungssituation eingegangen. Zudem informieren die Gynäkologinnen ausführlich zu Ablauf, Indikationen und Nebenwirkungen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs.

zentrieren sie sich insbesondere auf eine Verbesserung der medizinischen Aus- und Weiterbildung zum Schwangerschaftsabbruch - denn ungewollt Schwangere sind auf die Verfügbarkeit ausgebildeter Ärzt*innen angewiesen, die ihnen in ihrer Notlage weiterhelfen können. Sie fordern daher für das Medizinstudium, dass medizinische, rechtliche, ethische, historische und gesellschaftspolitische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs verpflichtend gelehrt werden. Außerdem sollten Medizinstudierende üben, ungewollt Schwangere professionell und wertneutral zu informieren, zum Beispiel in Rollenspielen. Die *Medical Students for Choice Berlin* fordern weiterhin, dass der Schwangerschaftsabbruch expliziter Inhalt der gynäkologischen Weiterbildungsordnung wird. Jede*r Gynäkolog*in sollte die medikamentöse und chirurgische Methode des Schwangerschaftsabbruches praktisch sicher beherrschen.

Um der aktuell sehr problematischen Versorgungssituation entgegenzuwirken, fordern die Studierenden außerdem die Entwicklung strukturierter Fortbildungsangebote mit klar definierten Qualitätsstandards und ein deutschlandweites Zertifikat, das Ärzt*innen zur Ausübung von Schwangerschaftsabbrüchen berechtigt, unabhängig davon, welche Fachrichtung sie erlernt haben. Da die Kriminalisierung von Abtreibung zur Tabuisierung in der medizinischen Ausbildung und zur schlechten Versorgungslage beiträgt, setzen die Studierenden sich auch für die Abschaffung der Strafrechtparagraphen 218 und 219 ein.

Wie haben sich Schwerpunkte seit der Gründung verändert? Welchen Einfluss haben gesellschaftliche und politische Debatten, wie etwa die #metoo-Debatte?

Nach der Gründung von *Medical Students for Choice Berlin* waren die ersten Ziele nur auf das Studium und die Universität bezogen: Veränderung des Curriculums, Aufklärung der Studierenden.

Im Zuge der neu entfachten gesellschaftspolitischen Debatte um §219a StGB erhielten die Studierenden seit 2017 eine wachsende mediale Aufmerksamkeit. Angebote, auch außerhalb der Universität zu sprechen und aktiv zu werden, führten dazu, dass die Gruppe sich nun auch vermehrt für die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches einsetzte, sich an Demonstrationen beteiligte, politisch vernetzte und Forderungen an die (Gesundheits-)Politik aufstellte.

Die #metoo-Debatte inspirierte die Studierenden, das Projekt "Diagnose Sexismus" ins Leben zu rufen, das sexistische Vorgänge in Klinik und medizinischer Fakultät thematisierte. Auf einer Webseite sammel-

ten sie knapp 300 Erfahrungsberichte von Personen, die im medizinischen Kontext sexistischen Belästigungen ausgesetzt waren. Durch die Sammlung und Veröffentlichung der persönlichen Erfahrungen konnte die Gruppe den „Alltagssexismus“ in der Medizin sichtbar machen. Dieser hat seine Wurzeln unter anderem in den starren, konservativen Hierarchien, die in der Medizin heute immer noch üblich sind, und einem daraus folgenden Machtmissbrauch. Die Gruppe vertiefte die Thematik während einer selbst organisierten „Antisexistischen Themenwoche“ an der Charité.

Gibt es Unterschiede zwischen dem deutschen und dem US-amerikanischen Arm der *Medical Students for Choice*?

Die Frage lässt sich nicht so einfach beantworten, da die *Medical Students for Choice* Berlin autonom arbeiten und nur sporadisch in Kontakt zum US-amerikanischen Arm stehen. Klar ist, dass die US-amerikanische Organisation über sehr viel mehr finanzielle Ressourcen verfügt. Somit kann sie beispielsweise Fortbildungen für Medizinstudierende finanzieren. Der „Pro Choice“-Sektor in Deutschland hingegen ist finanziell dünn ausgestattet.

Inhaltlich beschränkt sich die US-amerikanische Organisation ganz klar auf die medizinische Ausbildung zum Schwangerschaftsabbruch. Obwohl auch die Berliner Studierenden sich inhaltlich auf den Schwangerschaftsabbruch fokussieren, thematisierten sie in der Vergangenheit auch andere Bereiche, die an der Schnittstelle von Feminismus und Medizin liegen: beispielsweise den Alltagssexismus in Klinik und medizinischer Fakultät oder die in der medizinischen Lehre oft vernachlässigte weibliche Sexualität und Sexualanatomie.

Ein weiterer Unterschied ist der Umgang der Universitäten mit dem „Papaya-Workshop“. So gelang es manchen US-Universitäten, den „Papaya-Workshop“ in das medizinische Curriculum zu integrieren; andere kündigen diesen auf ihrer offiziellen Universitäts-Webseite an. In Deutschland nutzen die Studierenden zwar die Räume der Universität, organisieren den Workshop allerdings ehrenamtlich und bieten ihn extracurricular auf freiwilliger Basis an. Die meisten deutschen Universitäten sind weit davon entfernt, den praktischen Teil in das medizinische Curriculum aufzunehmen. Auch die Sprache und Bilder, mit denen der Workshop beschrieben und beworben wird, sind in den USA andere als in Deutschland. So war es der Dekanatsleitung in Berlin sehr wichtig, dass der Workshop zukünftig als „Methoden des Schwangerschaftsabbruchs mit ‚Papaya-Workshop‘“ angekündigt wird, damit die Papaya

nicht mehr so prominent platziert sei. Fruchtbare Werbeplakate sollten ebenfalls vermieden werden. All dies zeugt von einem vorsichtigeren, konservativeren Umgang mit der Thematik in der hiesigen akademischen Welt. Natürlich muss beachtet werden, dass der erwähnte liberale Umgang nur auf einige Bundesstaaten der USA zutrifft, während in anderen, konservativ regierten Bundesstaaten Zugang und Lehre zum Schwangerschaftsabbruch deutlich erschwert sind.

Welche Gründe sehen die *Medical Students for Choice Berlin* dafür, dass Schwangerschaftsabbrüche nicht im Medizinstudium besprochen werden? Korrespondiert dies mit anderen Lücken im Curriculum bzgl. weiblicher Körper und ihrer Funktionen?

Das Tabu und das Stigma, die dem Schwangerschaftsabbruch in unserer Gesellschaft anhaften, tragen sich auch in das Medizinstudium fort. Die Fortsetzung einer Schwangerschaft wird als der „natürliche“, der Abbruch als der „unnatürliche“ Weg betrachtet. Dementsprechend gibt es viele Veranstaltungen zum Thema Geburt, jedoch oft keine zum Schwangerschaftsabbruch. Das medizinische Curriculum ist menschengemacht und wird an jeder Universität anders gestaltet. Die Verantwortlichen aus den verschiedenen Fachbereichen verhandeln untereinander, welche Themen in welcher Form angesprochen werden. Es braucht also Interessensgruppen oder Einzelpersonen, die sich für eine Implementierung dieses eher unbeliebten Themas einsetzen. Dass der Schwangerschaftsabbruch immer noch ein Straftatbestand ist, erschwert die Thematisierung zusätzlich.

Auch in anderen Bereichen bzgl. des weiblichen Körpers gibt es Nachholbedarf in der Lehre. Anatomiebücher bilden häufig nur unvollständig die Anatomie der weiblichen Sexualorgane ab. Bei der Klitoris wird beispielsweise oft nur die Perle, der sichtbare äußere Teil der Klitoris, abgebildet, sodass vielen Medizinstudierenden gar nicht bewusst ist, dass sich dahinter ein ca. 10 cm langes Organ mit Schwellkörpern befindet. Möglichkeiten zur Nachbesserung gibt es auch im Bereich Verhütung: Eine einzige Vorlesung zum Thema Verhütung gibt es im Medizinstudium in Berlin, obwohl die „Pille“ eines der am häufigsten geschluckten Medikamente ist.

Ein weiteres genderspezifisches Problem in der Medizin betrifft fast sämtliche Arzneimittel: Der Großteil der Studien zur Erprobung neuer Medikamente wird überwiegend mit männlichen Probanden durchgeführt. Gerade bei Dosierungsempfehlungen für Arzneimittel beispiels-

weise kann jedoch eine direkte Übertragung der bei Männern erhobenen Daten auf die Frau zu Schwierigkeiten führen, da sich sowohl Körperzusammensetzung als auch Metabolismen zwischen den Geschlechtern unterscheiden. Dieses Wissen wird den angehenden Ärzt*innen an vielen Universitäten noch vorenthalten. Das Aufkommen der Gendermedizin hat sicherlich zu vermehrter Sensibilität in solchen Fragen gesorgt. Sie steckt jedoch noch in den Kinderschuhen. In Deutschland gibt es bisher nur wenige medizinische Institute für Geschlechterforschung und an vielen medizinischen Fakultäten ist die Gendermedizin nicht oder kaum im Curriculum verankert. Im Berliner Curriculum gibt es mittlerweile einige Veranstaltungen, die genau diese geschlechtsspezifischen Unterschiede thematisieren und dafür sensibilisieren wollen. Dieser Fortschritt ist weniger einer generellen Kehrtwende im medizinischen Denken und Handeln, sondern - vorerst - vor allem dem Einsatz von einzelnen engagierten Personen, wie z.B. der Frauenbeauftragten der Charité und Mitarbeiter*innen des Instituts für Geschlechterforschung, zu verdanken.

Welche Rolle spielt der Faktor Zeit im Studium? Gibt es genug Raum für Reflexion über die Strukturen des medizinischen Betriebs?

Jedes Studium ist zeitaufwendig. Gerade im Medizinstudium, welches das Auswendiglernen großer Mengen zur Bewältigung des Lernstoffes fordert und mit Anwesenheitspflicht arbeitet, spielt der Faktor Zeit natürlich eine Rolle. Zeit für gesellschaftliches Engagement außerhalb der Universität zu finden, ist sicherlich schwieriger als bei manch anderen Studiengängen. Insgesamt ist ein solches Engagement bei ausreichendem Interesse und Motivation natürlich trotzdem möglich. Diejenigen Studierenden, die finanzielle Unterstützung von ihren Familien erhalten, haben dabei mehr Wahlmöglichkeiten als solche, die nebenher Geld verdienen müssen. An der Charité können sich die Studierenden ihre Module jedoch immerhin zeitlich flexibel legen und damit ihr Studium in die Länge ziehen. Dies ermöglicht Nebenjobs, die Erfüllung familiärer Pflichten oder ehrenamtliches Engagement. Bei den *Medical Students for Choice Berlin* engagieren sich einige Studierende, die neben dem Medizinstudium noch einen Nebenjob bewältigen.

Auf der anderen Seite sind Struktur und Inhalte des humanmedizinischen Studiums im Gegensatz zu anderen Studiengängen den Studierenden größtenteils vorgeschrieben. Inhaltliche Schwerpunkte können kaum gewählt werden und Möglichkeiten zur Selbstreflexion oder Dis-

kussion sind wenig vorhanden. Die ständig wechselnden Lehrkräfte und die recht große Anonymität im Studium erschweren eine kritische Reflexion in vertrauter Atmosphäre zusätzlich.

Der Modellstudiengang an der Charité versucht durch Lehrangebote wie POL (problemorientiertes Lernen) oder KIT (Kommunikation, Interaktion und Teamfähigkeit) Räume zu schaffen, in denen Medizinstudierende in kleinen Gruppen Themen wie Kommunikation im Klinikalltag unter Kolleg*innen und mit Patient*innen üben können. Medizinethische und gesundheitspolitische Themen werden jedoch nur am Rande behandelt. Wenn es um die Auseinandersetzung zum Thema Schwangerschaftsabbruch geht, scheinen sich einige Lehrbeauftragte an der Charité besonders schwer zu tun: So war eine der ersten Reaktionen der Charité auf die vermehrten medialen Berichte über den „Papaya-Workshop“ ein potentiell Verbot der Nutzung universitärer Räume für den Workshop. Dies konnte in weiteren Verhandlungen zum Glück abgewendet werden.

Eine Frage, die sich unser Heft zentral stellt, ist die nach den Rahmenbedingungen von „Reproduktionsentscheidungen“ auf persönlicher, gesellschaftlicher und rechtlicher Ebene. Arbeitet die Gruppe mit einer festen Definition von Entscheidungen?

Die *Medical Students for Choice Berlin* definieren sexuelle Selbstbestimmung nicht näher. Aktuell sind jedoch Teile der Gruppe damit beschäftigt, den Verein *Doctors for Choice Germany e.V.* zu gründen. In diesem Zuge sprechen sie vermehrt über die Hintergründe selbstbestimmter Entscheidungen. In einer idealen, komplett selbstbestimmten Welt gäbe es keine ungewollten Schwangerschaften. Denn diese zwingen die schwangere Person, unter Zeitdruck und mitunter rechtlichen Einschränkungen eine Reproduktionsentscheidung zu treffen. Idealerweise sollte die Entscheidung für eine Schwangerschaft immer aus einem nicht-schwangeren Zustand heraus gefällt werden. Solange dies nicht realisierbar ist, muss darüber gesprochen werden, welche Aspekte für eine möglichst freie Reproduktionsentscheidung wichtig sind.

Ein zentraler Aspekt ist das Konzept des „Informed Decision Making“: Nur wer ausreichend informiert und aufgeklärt wird, kann selbstbestimmt entscheiden. Richtige, sachliche Informationen zuzulassen und bereitzustellen ist nicht nur eine Aufgabe des medizinischen Personals, sondern auch des Gesetzgebers. Gegen dieses Recht auf sachliche Informationen verstößt der §219a StGB, der es Ärzt*innen, die Schwanger-

schaftsabbrüche durchführen, verbietet, über diese zu informieren. Auch nach der im Februar 2019 erfolgten Veränderung des Paragraphen dürfen Ärzt*innen die Methoden, die sie anbieten, weder erwähnen noch darüber informieren.

Außerdem können gesellschaftliche Erwartungen, familiäre Rollenbilder, finanzielle, berufliche oder partnerschaftliche Zwänge sowie das Gefühl, zu pränataldiagnostischen Untersuchungen gedrängt zu werden, den Entscheidungsprozess beeinflussen. Die *Doctors for Choice Germany e.V.* setzen sich dafür ein, dass Reproduktionsentscheidungen möglichst frei und möglichst ohne äußeren Druck getroffen werden können. Dabei betrachten sie die Fortführung und den Abbruch einer Schwangerschaft als gleichberechtigte Entscheidungsoptionen.

Ist „Zeit“-Erfahrung bei Reproduktionsentscheidungen aus Ihrer Sicht primär subjektiv oder auch gesellschaftlich determiniert?

Auf den ersten Blick könnte man meinen, Reproduktionsentscheidungen seien primär subjektive Entscheidungen, da sie einen persönlichen und intimen Lebensbereich betreffen und durch zahlreiche, individuell ganz unterschiedliche Faktoren beeinflusst werden. Bei genauerem Hinsehen entpuppen sich die meisten dieser externen Einflussfaktoren jedoch als gesellschaftliche und biologische Determinanten.

Die Ergebnisse der qualitativen Studie *Medizinstudierende und Gynäkolog*innen zum Schwangerschaftsabbruch (MeGySa)* von Alicia Baier et al., in der 18 Berliner Medizinstudierende und Gynäkolog*innen zu verschiedenen Aspekten des Schwangerschaftsabbruches befragt wurden, weisen darauf hin, dass Medizinstudierende das Muttersein als eine außerordentliche Herausforderung ansehen, dem nicht alle Menschen in allen Lebensphasen gleich gut gewachsen seien. So sagte eine Studentin auf die Frage nach potenziellen Gründen für einen Schwangerschaftsabbruch: „Vielleicht sieht sie {die Schwangere} sich nicht in der Lage sozusagen so ein Kind großzuziehen, weil sie selbst noch gar nicht dafür die emotionale Reife erreicht hat.“ Auch in der Studie *frauen leben 3* der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* hatte die subjektive Bewertung von ungewollt Schwangeren, „jung“ und „unreif“ zu sein, einen großen Einfluss auf die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch. Sehr häufig genannte Gründe für eine Kinderlosigkeit oder ungewollte Schwangerschaft waren in dieser Studie auch „berufliche oder finanzielle Unsicherheit“. Passend hierzu antwortete eine andere Medizinstudentin in der Studie *MeGySa* auf die Frage nach möglichen Grün-

den für einen Schwangerschaftsabbruch: „Von daher kann ich mir auch vorstellen, dass (...) vielleicht beruflich bessergestellte Personen, das [die Kosten, die ein Kind verursacht] vielleicht eher verkraften könnten, sagen wir mal so.“ Es scheint also gesellschaftliche Erwartungen insbesondere an Frauen zu geben, bestimmte Voraussetzungen wie persönliche Reife und finanzielle Unabhängigkeit vor der Familiengründung zu erfüllen. Gleichzeitig stellt finanzielle Prekarität bei ungenügender staatlicher Unterstützung einen realen Hinderungsgrund dar, sich für eine Schwangerschaft zu entscheiden. Während in der Studie *MeGySa* ein zu junges Alter der Schwangeren von fast allen Befragten als potentieller Abtreibungsgrund genannt wurde, wurde ein zu hohes Alter hierfür gar nicht in Erwägung gezogen. Ältere Frauen oder als Frauen gelesene Personen, insbesondere die kinderlosen unter ihnen, scheinen unserer Erfahrung nach eher mit der biologischen Altersgrenze der Reproduktion („die tickende Uhr“) konfrontiert zu werden.

Aus gesellschaftlicher Perspektive scheint es also Vorstellungen über das „richtige Alter“ für Kind(er) zu geben. Dabei scheint sowohl eine (zu) frühe als auch (zu) späte Familiengründung negativ bewertet zu werden.

Interessant ist, dass Kinderlosigkeit bei Männern weitgehend akzeptiert ist, während Frauen mit Vorwürfen von Egoismus und Karrierefixierung konfrontiert werden (s. auch: Sarah Diehl: *Die Uhr die nicht tickt*, Arche Literatur Verlag 2016). Die Geschlechterforscherin Paula Irene Villa sagte dazu in einem Interview: „Die Idee ist, es gibt einen Teil der Menschheit, der von der Natur aus durch die Ausstattung mit einer Gebärmutter dazu prädestiniert ist, mütterlich zu sein. Also fürsorglich, einführend, kommunikativ. All dieses.“

Es scheint einen „Mutterinstinkt“ zu geben, aber keinen „Vaterinstinkt“. Von Müttern wird erwartet, Karriere und Selbstverwirklichung der Kindererziehung und dem Haushalt unterzuordnen, während Väter Applaus erhalten, sobald sie eine dieser Aufgaben übernehmen. So erhielt beispielsweise im März 2019 ein Mann die Auszeichnung des „Spitzenvaters des Jahres“, weil er ein Jahr Elternzeit nahm, während seine Frau sich auf ihren Einsatz im Weltall vorbereitete. Für Frauen existiert ein solcher Preis erst gar nicht. Als sich vor einigen Jahren auf Twitter Erfahrungsberichte zu #RegrettingMotherhood sammelten, wurden die Betroffenen pathologisiert, anstatt eine ernsthafte Debatte über unsere aktuelle Familienpolitik zu beginnen. Diese gesellschaftliche Erwartungshaltung an Mütter spielt unserer Ansicht nach auch in der Debatte um den Schwangerschaftsabbruch eine bedeutsame Rolle.

Reproduktionsentscheidungen sind also nicht nur bezüglich des Faktors Zeit, sondern im Allgemeinen noch stark gesellschaftlich determi-

niert. Persönlicher und subjektiver Natur können sie erst auf der Grundlage einer umfassenden staatlichen Unterstützung sowie einer vorurteilsfreien Gesellschaft sein. Solche staatlichen Maßnahmen könnten etwa die Kostenübernahme von Verhütung und Abtreibung, ausreichende finanzielle Unterstützung für Alleinerziehende, die Bereitstellung von Informationen über Schwangerschaftsabbrüche und noch viele mehr sein. Eine biologische Reproduktionsgrenze hingegen wird – auch mit neuen Methoden der Reproduktionsmedizin – bleiben. Eine emanzipatorische Neuverhandlung der Themen Familie und Familienplanung, frei von binär-geschlechtlichen Rollenbildern und ohne Verengung auf die genetisch verwandte Kleinfamilie, ist längst überfällig. Hierfür benötigen wir einen modernen gesellschaftlichen und familienpolitischen Diskurs, der die Gleichstellung der Geschlechter fördert und alternative Familienmodelle berücksichtigt.

Mit welchen Klischees über Frauen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen lassen, werden Sie in Ihrer Arbeit konfrontiert? Decken sich Vorannahmen mit den statischen Daten, insbesondere im Hinblick auf das Alter der Mütter sowie deren Sozialstatus?

Klischees, die in der Studie *MeGySa* von den befragten Mediziner*innen zur Sprache gebracht wurden, sind junges Alter, Naivität oder gar ‘Dummheit’ der betroffenen Frauen, die zu Fehlern bei der Verhütung, zu unüberlegten Entscheidungen oder zur Verwendung von Abtreibung als Verhütungsmittel führen können. Außerdem wurden ein niedriger sozioökonomischer Status und ein niedriger Bildungsstand mit den Betroffenen assoziiert. Frauen, die Abbrüche vornehmen lassen, wurden dabei häufig in zwei Gruppen eingeteilt: eine Gruppe aus älteren, gebildeten, finanziell unabhängigen Frauen, die meist schon Kinder haben, und denen eine größere Gruppe aus jungen, naiven, bisweilen egoistischen, eher bildungsfernen und sozial schwachen Frauen gegenübergestellt wurde, die noch nicht geboren haben. So bestätigt folgendes Zitat einer Gynäkologin, die selbst Schwangerschaftsabbrüche durchführt, inwiefern solche Vorurteile in der medizinischen Welt kursieren:

“Gynäkologin: Es gibt auch Witze unter uns Kollegen (lacht) über die typische ... ähm Frau, die zum Schwangerschaftsabbruch kommt. Also da hat man schon so seine Vorurteile natürlich, das geht auch nicht da dran... da kommt man nicht dran vorbei.

Interviewer: Wie ist der Witz?

Gynäkologin: Naja, das sind halt häufig so Schnittchen, so solariumgebräunt, Fingernägel gemacht, keinen richtigen Job, oder keine... schwierig, ne. (...) Ja, ist schon mit ner gewissen Naivität verbunden. Häufig, aber nicht immer, und das wechselt auch, wir haben auch viele Frauen, die halt schon zwei Kinder haben und denen das halt nochmal passiert ist.”

Ein Medizinstudent antwortete auf die Frage nach möglichen Abtreibungsgründen: „Ja und vielleicht noch... (...) wenn jetzt Frauen sozusagen besser gebildet sind, machen sie sich vielleicht auch noch mehr Gedanken über das ‚Abbruch ja, nein?‘, als vielleicht jemand, der einfach nur sagt ‚Oh ich bin schwanger, das muss jetzt weg. So das passt mir nicht.‘“

In diesen Zitaten sowie in weiteren Aussagen der Studie wird deutlich, dass der ersten Gruppe (die „Älteren“ und „Gebildeten“) ein größeres Verantwortungsbewusstsein automatisch zugeschrieben wird, unter anderem dadurch, dass sie bereits Kinder haben. Bei ihnen wird der Schwangerschaftsabbruch als einmaliger „Ausrutscher“ betrachtet und deswegen eher akzeptiert. Bei der anderen Gruppe (die „Jungen“, „Naiven“, „Bildungsfernen“) wird der Abbruch als Folge von Verantwortungslosigkeit und Unbedarftheit gewertet.

Ein erster Blick in die Zahlen des *Statistischen Bundesamtes* vom Jahr 2018 zeigt bereits, dass diese Vorurteile sich nicht bestätigen lassen: Mehr als 70% der Personen, die sich für einen Abbruch entscheiden, sind über 25 und ungefähr die Hälfte von ihnen ist über 30 Jahre alt. Zudem haben ca. 60% aller Betroffenen bereits mindestens ein Kind.

Die Mehrzahl der ungewollt Schwangeren trifft die Entscheidung zum Abbruch alles andere als leichtfertig. Deutlich wird das unter anderem daran, dass fast 60% der ungewollten Schwangerschaften ausgetragen werden. Häufige Abbruchsgründe sind die partnerschaftliche und finanzielle Unsicherheit. Diejenigen, die sich für einen Abbruch entscheiden, übernehmen also ebenso Verantwortung, indem sie verstehen, mit welchen Konsequenzen eine Elternschaft verbunden und welche Ressourcen für ein (weiteres) Kind notwendig wären.

Insbesondere bei wiederholten Abbrüchen gehen einige Befragte der Studie *MeGySa* davon aus, dass die Schwangeren zu „dämlich“ zum Verhüten wären oder die Abtreibung sogar als Form der Verhütung anwenden würden. Die oben bereits zitierte Gynäkologin sagte:

„Ich verurteile das letztendlich nicht, ja. Also ich verurteile die Frau nicht, die (...) in die Situation kommt, und deswegen (...) mache ich das

einfach. Aber es kommen einfach auch Frauen zum fünften Mal, und dann (...) stelle ich auch meine Grenzen fest. Das ist dann so'n Punkt, wo man dann halt auch einfach Verständnis verliert, (...) wenn da einfach so wahnsinnig viel Dämlichkeit dahinter steckt."

Eine andere Gynäkologin, die ebenfalls selbst Abbrüche durchführt, antwortete auf die Einstiegsfrage, welche Assoziationen ihr zum Schwangerschaftsabbruch in den Kopf kämen:

„Dann gibt es natürlich auch die – ich sage jetzt mal – stereotyp 21-Jährige, die zum siebten Abbruch kommt, wo man natürlich so den Kopf schüttelt und so denkt ‚Hm, okay...‘ Da fragt man sich manchmal, ob's da irgendwie Veränderungen geben sollte, dass das halt – sage ich mal – als Ersatz von einer Pilleneinnahme gesehen wird.“

Etwa die Hälfte der ungewollten Schwangerschaften treten trotz Verhütung auf. Dafür ist es zunächst wichtig, zu verstehen, dass es bisher leider kein Verhütungsmittel gibt, das hundertprozentig sicher ist - nicht einmal die Sterilisation der Frau, die immer noch einen *Pearl-Index* von 0,2 - 0,3 hat. Viele Verhütungsmethoden sind kompliziert in der Anwendung oder verursachen schwerwiegende unerwünschte Nebenwirkungen. Des Weiteren sind gute, mehrsprachige Informationen im Internet schwierig zu finden und in der ärztlichen Sprechstunde bleibt meist nur wenige Minuten Zeit, um zu den verschiedenen Methoden beraten zu werden.

Zuletzt darf man den Kostenpunkt nicht vergessen. Verhütungsmittel sind teuer und werden in Deutschland von der Krankenkasse nur bis zum 22. Geburtstag übernommen. Dadurch wird gerade Menschen aus prekären Einkommensverhältnissen der Zugang zu Verhütungsmitteln zusätzlich erschwert. In *frauen leben 3* verzichteten die Befragten desto häufiger auf Verhütungsmittel, je schlechter ihre aktuelle finanzielle Situation war. Die Wahrscheinlichkeit einer ungewollten Schwangerschaft war bei finanzieller Unsicherheit erhöht. Interessanterweise ist Verhütung in Deutschland meist Frauensache, obwohl zu einer ungewollten Schwangerschaft immer zwei Personen gehören und obwohl Frauen im Schnitt weniger verdienen als Männer. Wenn Verhütungsmittel nicht verfügbar sind oder nicht funktionieren, sind es die Menschen mit Uterus, die die weiteren Konsequenzen tragen müssen.

Den Schwangerschaftsabbruch als Form der Verhütung zu verwenden, ist sicherlich nicht im Interesse der Betroffenen. Wenn sie dies täten, dann wahrscheinlich aus einer Notlage heraus. Wer würde schon aus freien Stücken einen unangenehmen medizinischen, gesellschaftlich stigmatisierten Eingriff einer präventiven Verhütung vorziehen?

Welche Rolle spielt „Zeit in der Beratung von Patientinnen, insbesondere in Hinblick auf Zeitdruck durch die „Pille danach“ oder die Fristenregelung? Wie viel Zeit haben Sie im (Klinik)Alltag für die Betreuung von Frauen, die über einen Schwangerschaftsabbruch nachdenken?

Nach Versagen der Verhütungsmethode haben Menschen mit Uterus entweder maximal fünf Tage Zeit für die Beschaffung und Einnahme der „Pille danach“ oder bis zur 14. Schwangerschaftswoche post menstruationem zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches. In beiden Fällen wirkt es wie ein Wettlauf gegen die Zeit, denn sie müssen durch die aktuelle Gesetzeslage massive Hürden und Zugangsbarrieren überwinden. Ungewollt Schwangere müssen eine sogenannte Schwangerschaftskonfliktberatung besuchen, in der sie einen Beratungsschein erhalten, und können erst frühestens nach drei Tagen „Bedenkzeit“ einen Termin für den eigentlichen Schwangerschaftsabbruch vereinbaren. Dieses Prozedere kostet physisch und psychisch Kraft und Zeit und ist alles andere als gut vereinbar mit beruflichen und familiären Verpflichtungen.

Hinzu kommen Informations- und Versorgungsengpässe, die den Zeitdruck erhöhen können. Durch den §219a StGB wird Betroffenen die Beschaffung von sachlichen Informationen und Auffinden von Ansprechpartner*innen im Internet erschwert. Bei Beratungsstellen ist nicht gleich auf den ersten Blick ersichtlich, welche tatsächlich den notwendigen Beratungsschein ausstellen. Denn Organisationen, die von Abtreibungsgegner*innen geführt werden, tarnen sich als neutrale, staatliche qualifizierte Beratungsstellen, obwohl sie in Wahrheit Schwangerschaftsabbrüche verhindern möchten. Zudem hat das statistische Bundesamt seit 2003 einen Rückgang von 40% aller Praxen und Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, vermerkt. Beispielsweise gibt es in ganz Niederbayern nur noch einen Arzt, der Abtreibungen durchführt. Dieser ist 70 Jahre alt und ist nur deshalb weiterhin berufstätig, weil er noch keinen Nachfolger gefunden hat, der bereit wäre, Abbrüche durchzuführen.⁴ Die nächste Gelegenheit ist in Regensburg – ca. 100 km entfernt. Lange Anfahrtswege zwingen ungewollt Schwangere dazu, ggf. sogar Urlaubstage für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches zu verwenden. Dem aktuellen Trend zufolge werden solche Versorgungsengpässe zukünftig noch drastischer werden.

⁴ In der Covid-Pandemie hat auch dieser Arzt seine Arbeit niedergelegt, da er aufgrund seines Alters zur Risikogruppe gehört. Die Versorgungslage in Niederbayern hat sich dadurch zusätzlich verschlechtert.

Zuletzt spielt sicherlich auch der Zeitdruck innerhalb der Kliniken und Praxen eine Rolle. Für die Schwangerschaftskonfliktberatungen, die an externen Beratungsstellen wie z.B. *ProFamilia* durchgeführt werden, wird sich in der Regel eine Stunde Zeit für die Betroffenen genommen. Bei Bedarf können weitere Termine vereinbart werden. Nicht immer wird hier über die medizinischen Details gesprochen. Dies sollte dann spätestens in der Praxis oder Klinik geschehen, wo der Abbruch durchgeführt wird. Gerade in Kliniken kämpfen Ärzt*innen gegen den massiven Zeitdruck an und haben normalerweise wenig Zeit für Gespräche mit den Patient*innen. Man könnte hoffen, dass zumindest diejenigen Ärzt*innen, die ambulant Abtreibungen durchführen, überzeugte und engagierte Personen sind, die sich die notwendige Zeit für den Informationsbedarf und die Nachfragen ihrer Patient*innen nehmen. Immerhin bieten sie den medizinischen Eingriff an, obwohl sie damit eine schlechte Reputation oder Diffamierungen durch Abtreibungsgegner*innen in Kauf nehmen. Studien darüber sind uns jedoch nicht bekannt. Ein häufiges Problem ist jedoch, dass Patient*innen in den Praxen, wo sie die Schwangerschaft feststellen lassen, falsch, unzureichend oder direktiv bezüglich ihrer Entscheidung und der zur Auswahl stehenden medizinischen Methoden beraten werden.

Wie schätzen Fachkolleg*innen den Faktor Zeit in Bezug auf Patient*innen mit Abtreibungsbedarf ein? Halten Sie Pflichtberatung und Wartezeit für sinnvoll oder hinderlich?

Die Pflichtberatung und die dreitägige Wartezeit zwischen Beratung und Abbruch wurden von den befragten Mediziner*innen der Studie *MeGySa* überwiegend als zumutbar und oft als nicht belastend für die ungewollt Schwangeren wahrgenommen. Dementsprechend wurde die Beratungspflicht im Sinne des Paragraphen 218 StGB insbesondere von ärztlicher Seite befürwortet.

Viele Ärzt*innen und Medizinstudierende schrieben dem Beratungsgespräch positive Eigenschaften zu. Sie bewerteten das Beratungsgespräch unter anderem als „Empowerment“ der Schwangeren, als „Geschenk“ im stressigen Klinikalltag, als hilfreiche Prävention negativer emotionaler Folgen oder als zusätzlichen Austausch mit einem neutralem* Ansprechpartner*.⁵ Interessanterweise wurde der Faktor Zeit von

5 Wörtliches Zitat aus: Alicia Baier, Anna-Lisa Behnke, Philip Schäfer: Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus: Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch, 18. Januar 2019, Gunda-Werner-Institut. Abrufbar hier: <https://www.gwi->

Befragten eher im Zusammenhang mit einer zeitlichen Entlastung der Ärzt*innen erwähnt. So sagte eine Gynäkologin, die selbst keine Abbrüche durchführt, aber Frauen ärztlich zum Abbruch berät:

„Ich finde diese Beratung gut, ja, also da haben wir auch eine sehr gute Beratungsstelle, die uns ganz viel Arbeit abnimmt. Und ich glaube, es würde sich nicht viel ändern, also ich finde, die Beratung (...) sollte eigentlich bleiben. (...) Ich finde die Pflichtberatung gut.“

Ein Medizinstudent sagte:

„Aber ich glaube für (...) eine (...) psychosoziale Beratung sollte, glaube ich, nicht die Frauenärztin die Ansprechpartnerin sein. Weil das, glaube ich, oft aus zeitlichen Gründen (...) nicht so richtig machbar ist. (...) Weil letztendlich müssen {die} (...) wirtschaftlich arbeiten. Da könnte ich mir vorstellen, dass es da Probleme gibt, (...) den Frauen da zeitlich einen Raum einzuräumen, den sie benötigen. Und daher, finde ich, sind da Beratungsstellen auch nochmal wichtig, (...) wo die Frau dann nochmal mehr Möglichkeiten hat, ihre Ängste loszuwerden.“

Nicht bewusst schien den befragten Mediziner*innen hingen zu sein, dass für bereits entschlossene Schwangere bürokratische Hürden wie die Beratungspflicht eine zeitliche Verzögerung der medizinischen Abläufe bedeuten. Diese Verzögerung kann in bestimmten Fällen sogar dazu führen, dass nur noch ein chirurgischer Schwangerschaftsabbruch möglich ist, da der medikamentöse ausschließlich bis zur 9. Schwangerschaftswoche angewandt wird. Studienergebnisse des Familienplanungszentrums Hamburg weisen zudem darauf hin, dass ungewollt Schwangere den Pflichtcharakter der Beratung als wenig hilfreich empfinden, da sie sich dadurch unter Druck gesetzt fühlen.⁶ Aus den Erfahrungen von *pro familia* wissen wir zudem, dass viele ungewollt Schwangere die Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch zügig und ohne Ambivalenz treffen, einige besprechen sich lieber mit dem*der Partner*in, der Familie oder Freund*innen als mit einer fremden Person.⁷ Die positiven Zuschreibungen der befragten Mediziner*innen sind vor dem Hintergrund kritisch zu betrachten, dass die Interviewten an-

boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch.

6 Marina Knopf, Elfie Mayer, Elsbeth Meyer E (1995). Traurig und befreit zugleich: Psychische Folgen des Schwangerschaftsabbruches, 52

7 Pro familia (2001): Standpunkt Schwangerschaftsabbruch. Stand: 21.08.19.

geben, wenig bis nichts über den Ablauf, den Inhalt und durchführende Personen zu wissen.

Möglicherweise füllen die befragten Mediziner*innen die "Blackbox Beratung" mit Attributen, die sie sich für den eigenen, zeitlich begrenzten Praxis- und Klinikalltag wünschen, nämlich ausreichend Zeit für eine eingehende, ergebnisoffene und wertschätzende Schwangerenberatung.⁸

Inwiefern hat die Darstellung von Embryonen und Föten über Ultraschall und andere Instrumente die Diskussion um Abtreibung aus Ihrer Sicht beeinflusst?

Die Debatte um den Schwangerschaftsabbruch ist kontrovers und emotional aufgeladen. Abtreibungsgegner*innen instrumentalisieren diese Emotionalität häufig bewusst und verbreiten Fehlinformationen, um das Stigma und das Tabu rund um den Schwangerschaftsabbruch aufrecht zu erhalten. Eine beliebte Argumentation ist beispielsweise, dass Abtreibung Mord sei. Dafür verteilen Abtreibungsgegner*innen gerne Puppen oder Bilder, in denen Embryonen bereits in sehr frühen Schwangerschaftsstadien überproportional groß und weit entwickelt sind und menschenähnliche Züge aufweisen, obwohl dies medizinisch nicht korrekt ist. Sie zeigen Bilder von blutigen Szenen oder von großen Scheren, Messern oder Spritzen, die angeblich beim Schwangerschaftsabbruch zur Zerkleinerung der Embryonen gebraucht werden. Diese Bilder sind falsch, bearbeitet oder mit falschen oder tendenziösen Überschriften versehen. Natürlich geht es den Abtreibungsgegner*innen auch gar nicht um sachliche Informationen. Sie möchten dem medizinischen Eingriff, der für viele Menschen ungreifbar und abstrakt ist, eine persönliche und emotionale Note geben. Die Bilder schockieren und bleiben im Gedächtnis hängen. Sie erwecken bei ungewollt Schwangeren den Eindruck, unmenschlich und brutal zu handeln, wenn sie eine Abtreibung durchführen lassen. Studienergebnisse belegen, dass die psychische Belastung eines Schwangerschaftsabbruches steigt, wenn die Schwangeren sich von der Gesellschaft oder einzelnen Mitmenschen verurteilt fühlen und ggf. zur Verheimlichung gezwungen werden.

Daher sollten gute visuelle Darstellungen medizinisch korrekt sowie sachlich und wertfrei beschrieben sein. Die Deutungshoheit, die aktuell

⁸ Wörtliches Zitat aus: Alicia Baier, Anna-Lisa Behnke, Philip Schäfer: Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus: Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch, 18. Januar 2019, Gunda-Werner-Institut. Abrufbar hier: <https://www.gwi-boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch>.

noch in großem Maße bei den Abtreibungsgegner*innen liegt, sollte durch die Streichung des §219a StGB an eine qualifizierte Berufsgruppe - die Ärzt*innen - abgegeben werden. Webseiten, die Fehlinformationen verbreiten, sollten hingegen - wie beispielsweise in Frankreich - verboten werden. All dies würde helfen, mit den zahlreich kursierenden Mythen aufzuräumen und eine evidenzbasierte und sachliche Debatte innerhalb von Medizin und Gesellschaft zum Schwangerschaftsabbruch zu beginnen.

Kurze kommentierte Presseschau zu Schwangerschaftsabbrüchen während der Covid-19-Pandemie

Ersten Artikel zur Situation in Deutschland erscheint im Frühjahr 2020 in der *taz*: Eiken Bruhn, Die Wahrheit über den §218. Corona entlarvt das Abtreibungsrecht, in: *taz* (25.03.2020), URL: <https://taz.de/Corona-entlarvt-das-Abtreibungsrecht/!5670590/>; dies., Warten auf die Abtreibung. In Bremerhaven gibt es niemanden, der Schwangerschaftsabbrüche durchführt, in Bremen bietet Pro Familia nur noch die Hälfte der Termine an, in: *taz* (28.05.2020), URL: <https://taz.de/Schwangerschaftsabbruch-waehrend-Corona/!5684989/>; Patricia Hecht, „Blutungen bis zum Tod“. Schwangerschaftsabbrüche und Corona, in: *taz* (23.03.2020), URL: <https://taz.de/Schwangerschaftsabbrueche-und-Corona/!5673197/>; dies., Kein Ende der Beratungspflicht. Schwangerschaftskonfliktberatung, in: *taz* (20.03.2020), URL: <https://taz.de/Schwangerschaftskonfliktberatung/!5672957/>; dies. und Dinah Riese, Eingeschränkter Zugang Schwangerschaftsabbruch in Coronazeit, in: *taz* (21.04.2020), URL: <https://taz.de/Schwangerschaftsabbruch-in-Coronazeit/!5677292/>.

Einen Blick auf die internationale Situation richten folgenden Beiträge: Miriam Webber, How coronavirus is changing access to abortion. The coronavirus crisis introduces new obstacles, in: *Politico* (08.05.2020), URL: https://www.politico.eu/article/how-coronavirus-is-changing-access-to-reproductive-health/?fbclid=IwAR0NpdpadzYeN1mO-mZdE4nnHv8d-862eZlI8s5ZgJ9w2o_FBhGFICOBt0; Astrid Prange De Oliveira (unter Mitarbeit von Jan-Philipp Scholz), Corona und Abtreibung: Die Not der ungewollt Schwangeren, in: *Deutsche Well* (08.07.2020), URL: <https://www.dw.com/de/corona-zensur-abtreibung-die-not-der-ungewollt-schwangeren/a-54077315>; Karolina Kaltschnee, Ungewollt schwanger – und dann? Wie Corona polnischen Frauen den Ausweg Berlin versperrt, in: *Der Tagesspiegel* (17.01.2021), URL: <https://www.tagesspiegel.de/themen/reportage/ungewollt-schwanger->

und-dann-wie-corona-polnischen-frauen-den-ausweg-berlin-versperrt/
26791924.html; Nele Sophie Karsten, Abtreibungsversuche mit dem
Kleiderbügel. Aktivistinnen gegen drakonische Gesetze auf Malta, in: Der
Spiegel (21.02.2021), URL: https://www.spiegel.de/ausland/abtreibung-auf-malta-ein-ausweg-aus-der-verzweiflung-a-9fa35954-59b4-4f68-ab6d-dc04ce881507?d=1613912624&fbclid=IwAR3aknx3MPX2x5IM54HfNqMk-TvbsDptL8p1dyRdy3nE-LMyopaeR3ZH9Jo&sara_ecid=soci_upd_wbMbjhOSvViISjc8RPU89NcCvtlFcJ.

Pro Familia hat seit Beginn der Pandemie zudem eine Verschärfung der Lage beobachtet und bietet mittlerweile zertifizierte online Beratungen an (<https://www.profamilia.de/interaktiv/online-beratung>), siehe dazu u.a.: o.A., Coronakrise schafft Unsicherheit. Mehr Schwangere suchen Hilfe bei Beratungsstellen, in: SWR aktuell (29.07.2021), URL: <https://www.swr.de/swraktuell/rheinland-pfalz/ludwigshafen/lebensberatung-pro-familia-schwanger-beratung-corona-lebensumstaende-100.html> und o.A., Schwangerschaftsabbrüche auch in Corona-Zeiten.

Pro familia sieht eine Zuspitzung der Lage, die die reproduktive Gesundheit von Frauen bedroht, in: ver.di (o.J.), URL: <https://frauen.verdi.de/junge-frauen/feminismus-heute/++co++fe1cbd34-7a1e-11ea-bba3-525400b665de>

Für ausführliche Presseschauen zum Engagement sowohl der Medical Students for Choice Berlin als auch der Doctors for Choice Germany siehe: <https://msfcberlin.com/presseschau/> bzw. <https://doctorsforchoice.de/ueber/presse/>