

Gemeinsamer Bericht an den VN¹- Ausschuss zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau für die Erstellung der List of Issues Prior to Reporting (LoIPR)²

77. vorbereitende Arbeitsgruppensitzung (02. - 06.März 2020)

Kontaktinformationen

German Alliance for Choice
Lützelbergstr. 10 35457 Lollar

mail: gafc1@web.de

Autor*innen

Der vorliegende Bericht wurde von Marion Böker, Anke Valeria Neufeld, Christiane von Rauch, Stephanie Schlitt, Heike Spohr und Ines Thonke (in alphabetischer Reihenfolge) erstellt. Die Expertise der Autorinnen umfasst die Bereiche Menschenrechte, Frauenrechte, Frauenrechtsaktivismus, Advocacy, evidenzbasierte Medizin, sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, Familienplanung, öffentliche Gesundheit, sowie Gender und internationale Zusammenarbeit.

Unterstützende Organisationen

Die Liste aller 66 unterstützenden Organisationen befindet sich am Ende dieses Dokuments (Seiten i – viii).

¹ VN - Im folgenden verwendete Abkürzung für Vereinte Nationen

² LoIPR – Dies ist eine Liste mit Themen und Fragen, mit der der CEDAW-Ausschuss den jeweiligen Regierungen, in diesem Fall der Bundesregierung, vorgibt, auf welche Punkte sie in ihrem nächsten Staatenbericht an den CEDAW-Ausschuss antworten bzw. eingehen müssen.

Einführung

Dieser Bericht wird von der *German Alliance for Choice (GAfC)* der Arbeitsgruppe des UN-Ausschusses für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau (CEDAW) zur 77. vorbereitenden Sitzung vorgelegt, die vom 2. bis 6. März 2020 im Vorfeld des 9. (und ggf. 10.) Staatenberichts Deutschlands an den CEDAW-Ausschuss in Genf stattfindet. Er untersucht Verstöße gegen die Artikel 2, 10 und 12 des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW)

In Bezug auf die Sicherstellung des ungehinderten und diskriminierungsfreien Zugangs von Frauen*³:

1. zu korrekter, evidenzbasierter, umfassender Sexualerziehung und zu Methoden der Familienplanung,
2. zu Informationen darüber, wer Schwangerschaftsabbrüche anbietet, zu Methoden des Schwangerschaftsabbruchs und weiteren relevanten Informationen, die notwendig sind, um fundierte Entscheidungen zu treffen; und
3. zu Einrichtungen, die sichere Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, unabhängig vom Wohnort, Einkommen, Bildungsstand, sexueller Orientierung, Familienstand, Aufenthaltsstatus oder anderen sozio-kulturellen, physischen oder wirtschaftlichen Merkmalen der Betroffenen; und

in Bezug auf die Sicherstellung der Qualität und des Dienstleistungsspektrums von Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen, die gezielte und zeitnahe Maßnahmen erfordern:

1. die Entwicklung und Einführung von Standardverfahren und Richtlinien für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch;
2. die Aufnahme des Schwangerschaftsabbruchs in den regulären Lehrplan von angehenden Gynäkolog*innen und Allgemeinmediziner*innen, und
3. die Entkriminalisierung und Entstigmatisierung von Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen und Frauen*, die sich über eine Abtreibung informieren wollen und eine Abtreibung vornehmen lassen.

Dieser Bericht ergänzt die Berichte der [Deutschen CEDAW-Allianz](#) und des [Deutschen Juristinnenbundes \(djb\)](#). Die Organisationen, die diesen Bericht unterstützen, wenden sich an den CEDAW-Ausschuss, um aktuelle Informationen und eine Auswertung der kritischen Situation im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRHR) in Deutschland zur Verfügung zu stellen, einer Situation, die die deutsche Bundesregierung unverzüglich und umfassend angehen und beheben muss, um eine weitere Verschlechterung zu verhindern und die vollständige Umsetzung der Menschenrechte von Frauen* gemäß CEDAW in diesem Bereich zu gewährleisten.

³ In diesem Dokument werden unter Frauen* alle Personen verstanden, die schwanger werden können, einschließlich Personen unter 18 Jahren, trans Männer, nichtbinäre und intersexuelle Personen.

Art. 2, CEDAW: Schutz des Prinzips der Gleichheit von Mann und Frau und des Zugangs zu den Gesundheitsrechten durch die nationale Verfassung und Gesetzgebung

Weitere erläuternde / interpretierende Folgedokumente zu CEDAW und ICESCR⁴ der VN mit unmittelbarer Relevanz:

- **CEDAW, Allgemeine Empfehlung Nr. 28**, Abs. 29-30 betont, dass die Verpflichtung der Vertragsstaaten, ihre Politik [der Beseitigung der Diskriminierung von Frauen] mit allen geeigneten Mitteln zu verfolgen, unverzüglichen Charakter hat. Diese Vorgabe in CEDAW Art. 2 ist ein essentieller und kritischer Bestandteil der allgemeinen rechtlichen Verpflichtung eines Vertragsstaates, das Übereinkommen umzusetzen und "das Übereinkommen allumfänglich umzusetzen"⁵;
- **CEDAW, Allgemeine Empfehlung Nr. 35**, Abs. 18 besagt: "Verletzungen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte von Frauen, wie [...] die Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, die Verweigerung oder Verzögerung von einem sicheren Schwangerschaftsabbruch und/oder der Betreuung nach einem Schwangerschaftsabbruch, die erzwungene Fortsetzung einer Schwangerschaft sowie der Missbrauch und die Misshandlung von Frauen und Mädchen, die Informationen, Mittel und Dienstleistungen zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit suchen, sind Formen geschlechtsspezifischer Gewalt [...]"⁶;
- **ICESCR, Allgemeine Bemerkung Nr. 22**, Abs. 33: Die Vertragsstaaten müssen "bewusste, konkrete und zielgerichtete Schritte" unternehmen, "unter Einsatz aller geeigneten Mittel, insbesondere, aber nicht nur, der Ergreifung von gesetzgeberischen und haushaltstechnischen Maßnahmen", um die angemessene Verfügbarkeit, Zugänglichkeit (physische Zugänglichkeit, Erschwinglichkeit und Informationszugang), Akzeptanz und Qualität der Versorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu gewährleisten (Abs. 12-21)⁷.

1. Entkriminalisierung von Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch und Informationen darüber

Die Verweigerung von Informationen und Dienstleistungen zum Schwangerschaftsabbruch beeinträchtigt das Leben und die Gesundheit von Frauen* zutiefst und behindert die Umsetzung oder Verwirklichung einer Reihe von bürgerlichen, politischen, wirtschaftlichen und sozialen Rechten. Da der Schwangerschaftsabbruch eine medizinische Dienstleistung ist, die nur Frauen* benötigen, ist der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch eine Voraussetzung für die Gewährleistung von Geschlechtergerechtigkeit.

⁴ ICESCR: englische Abkürzung für den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, Soziale und kulturelle Rechte (Sozialpakt), eine der wichtigsten und umfassendsten VN-Menschenrechtskonventionen

⁵ [CEDAW/C/GC/28](#)

⁶ [CEDAW/C/GC/35](#)

⁷ [CESCR: E/C.12/GC/22](#), CESCR: Engl. Abkürzung für den Ausschuss, der die Umsetzung des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte durch die Mitgliedsstaaten nachverfolgt – das Pendant zum CEDAW-Ausschuss bzgl. der Frauenrechtskonvention

In Kapitel 16 "Straftaten gegen das Leben" des deutschen Strafgesetzbuches (StGB), unmittelbar nach den Abschnitten "Mord" und "Tötung auf Verlangen des Opfers", definiert der Paragraph 218 StGB den Schwangerschaftsabbruch als Straftat. Wer eine Schwangerschaft abbricht, einschließlich der Frau* selbst, wird mit bis zu fünf Jahren (die Frau mit bis zu einem Jahr) Freiheitsentzug oder einer Geldstrafe bestraft. Ein Schwangerschaftsabbruch ist keine Straftat, wenn er unter einer kriminologischen oder medizinischen Indikation vorgenommen wird, und bleibt straffrei, jedoch weiterhin rechtswidrig, wenn er innerhalb der ersten 12 Wochen der Schwangerschaft und nach einer obligatorischen Beratung und einer dreitägigen Wartezeit stattfindet, "welche die Weltgesundheitsorganisation für medizinisch nicht notwendig erklärt hat"⁸. Paragraph 219 legt die Voraussetzungen für die Pflichtberatung und Beratungsstellen fest. Der Unterabschnitt 219a "Werbung für Abtreibung" geht auf das Jahr 1933 zurück, ist ein Überbleibsel aus der Gesetzgebung der Zeit des Nationalsozialismus und wurde zum Zweck einer rassistischen, unmenschlichen Bevölkerungspolitik entworfen.

Von 1972 bis zur Gesetzesrevision im Rahmen der deutschen Wiedervereinigung war der Schwangerschaftsabbruch in der Deutschen Demokratischen Republik im "Gesetz über den Schwangerschaftsabbruch"⁹ bis zur 12. Woche nach der letzten Menstruation zeitlich begrenzt zugelassen und geregelt. Der Schwangerschaftsabbruch erfolgte auf Antrag und ohne Beratungspflicht. Die Kosten wurden von der Krankenversicherung übernommen. Das seit 1992 für das wiedervereinigte Deutschland geltende Gesetz stellt de facto einen rechtlichen Rückschritt in Bezug auf die reproduktiven Rechte von jenen Frauen* dar, die in der ehemaligen DDR gelebt haben.

Die Definition des Schwangerschaftsabbruchs als Straftat gegen das Leben anstelle einer regulären reproduktiven Gesundheitsleistung, wie sie in mehreren Menschenrechtsverträgen (CEDAW, Art.12, CESC, Art.12) gefordert wird, wird von Abtreibungsgegner*innen in Deutschland zunehmend genutzt, um Ärzt*innen sowie Frauen* zum Ziel von Angriffen zu machen.

Abtreibungsgegner*innen greifen insbesondere auf § 219a StGB zurück, um Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen anzugreifen, die auf ihren Praxis-Webseiten Informationen über die von ihnen im Rahmen der gesetzlichen Regelungen angebotenen Schwangerschaftsabbrüche bereitzustellen. Paragraph 219a StGB kriminalisiert diejenigen, die Angebote zum Schwangerschaftsabbruch ihres "Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise" bewerben, und dies bietet Abtreibungsgegner*innen den einzigen Ansatzpunkt, die Ärzt*innen zu kriminalisieren. Ihr Ziel ist es jedoch, den Schwangerschaftsabbruch als solchen zu kriminalisieren.

In der Stellungnahme zum Urteil gegen Kristina Haenel vom 12. Dezember 2018 wegen Verstoßes gegen § 219a StGB stellte das Amtsgericht Gießen fest: „*Fundamentalistische Befürworter des vorrangigen Schutzes für das ungeborene Leben lehnen den für Schwangerschaftskonfliktfälle gefundenen Kompromiss insgesamt ab und machen über den Nebenschauplatz des § 219a StGB Jagd auf unbewusst und mittlerweile bewusst gegen die teilweise missverständliche Bestimmung des "Werbeverbots" verstoßende Ärzte und erzwingen so in zunehmender Zahl Strafverfahren*"¹⁰.

In den letzten 20 Jahren wurden Hunderte von Strafanzeigen gegen Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen gestellt¹¹. Die meisten dieser Fälle wurden von den Gerichten wegen

⁸ [CEDAW/C/DEU/CO/7-8](#), Absatz 37b

⁹ Gesetzblatt der DDR, GBL.1, Nr.5, S.89, 09.03.1972. Dieses Gesetz war nicht Bestandteil des DDR-Strafgesetzbuches.

¹⁰ <https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/LARE190006030> , Akte Nr.3 Ns 406 Js 15031/15, Abs. IV.4

¹¹ 207 eingereichte Strafanzeigen mit Adressen von Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen und dem Datum der

Definitionslücken im Gesetz abgelehnt. Immer noch nutzen Abtreibungsgegner*innen Verfahren dieser Art, um Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen öffentlich zu diffamieren und Frauen*, die sich für eine Abtreibung entscheiden, zu stigmatisieren.

Mit der Gesetzesreform von Paragraph 219a StGB im Februar 2019 wurden die Definitionslücken geschlossen. Paragraph 219a StGB, Absatz (4) wurde hinzugefügt, in dem festgelegt wird, dass „Absatz (1) Nr. 1 nicht gilt, wenn Ärzt*innen, Krankenhäuser oder Institutionen

1. auf die Tatsache hinweisen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 vornehmen, oder
2. auf Informationen einer insoweit zuständigen Bundes- oder Landesbehörde, einer Beratungsstelle nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz oder einer Ärztekammer über einen Schwangerschaftsabbruch hinweisen“¹².

Erstmals ist es nun ausdrücklich strafbar, wenn Allgemeinärzt*innen, Gynäkolog*innen oder allgemein Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen Informationen über den Schwangerschaftsabbruch veröffentlichen, die über die bloße Tatsache hinausgehen, dass sie die Dienstleistung des Schwangerschaftsabbruchs erbringen. Dies könnte eine Verletzung des Regressionsverbotes darstellen.

Auf der Grundlage des reformierten § 219a wurden zwei Ärztinnen zu Geldstrafen verurteilt. Im November 2019 bestätigte ein Berliner Gericht das rechtskräftige Urteil gegen eine von ihnen wegen des folgenden Satzes auf ihrer offiziellen Homepage: *„Auch ein medikamentöser, narkosefreier Schwangerschaftsabbruch in geschützter Atmosphäre gehört zu unseren Leistungen“*. Im Verfahren gegen K. Haenel, Gießen, wegen Verstoßes gegen den reformierten § 219a betonten die Richterin und der Staatsanwalt am 12. Dezember 2019 die Dringlichkeit einer Revision und Reform der Paragraphen 218 und 219 wegen rechtlicher und verfassungsrechtlicher Unvereinbarkeiten.

Die Bundesregierung hatte im Februar 2019 die Möglichkeit, die ärztliche Bereitstellung von Informationen über Schwangerschaftsabbrüche, die sie gesetzeskonform anbieten, zu entkriminalisieren, unterließ dies aber, trotz vorliegendem Nachweises, dass diese Form der Kriminalisierung den Verpflichtungen Deutschlands nach dem Völkerrecht zuwider läuft¹³. Während die Einstellung der Bundesregierung vor der Gesetzesreform vom Februar 2019 als Unterlassung bezeichnet werden konnte, verstößt die Befürwortung der fortgesetzten Kriminalisierung gegen Menschenrechtsstandards und die Richtlinien der WHO.

Bis heute haben diese Standards und Richtlinien keine Rolle in der Argumentation der Regierung oder der Justiz im Umgang mit dem Thema Menschenrechte von Frauen* in Bezug auf den Zugang zu Informationen und Dienstleistungen zum Schwangerschaftsabbruch und auf die sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung von Frauen* gespielt. Ein Teil des Versäumnisses, einen rechtekonformen normativen Rahmen zu entwickeln und durchzusetzen, kann auf den unzureichenden Aufbau von Kapazitäten im Hinblick auf ein solches Rahmenwerk und die entsprechenden Auswirkungen auf die Praxis der Exekutive und der Justiz zurückgeführt werden. Der CEDAW-Ausschuss empfahl dem Vertragsstaat seit langem bezüglich Artikel 2, "die von der

Anzeige sind auf der Website eines der Abtreibungsgegner*innen aufgeführt: <http://www.abtreiber.com/anz/219-me.htm>

¹² <https://dejure.org/gesetze/StGB/219a.html>

¹³ Gutachten des Center for Reproductive Rights an das Parlament der Bundesrepublik Deutschland zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Information über Schwangerschaftsabbruch ([Drucksache Nr. 19/7693](#)), 15. Februar 2019

Deutschen Richterakademie angebotene Ausbildung zu stärken und so Richter, Staatsanwälte und Rechtsanwälte in die Lage zu versetzen, die Konvention und das Fakultativprotokoll dazu vor inländischen Gerichten direkt anzuwenden oder sich darauf zu berufen"¹⁴.

2. Ausreichendes Angebot an Einrichtungen zur Durchführung von Abtreibungen in allen Regionen des Landes

Aufgrund des Föderalismus ist die Umsetzung von CEDAW in Deutschland uneinheitlich und nicht kohärent. Nach § 13, 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) müssen die Bundesländer eine ausreichende Versorgung mit ambulanten und stationären Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen sicherstellen. Dies ist nicht auf dem gesamten Vertragsstaatsterritorium gewährleistet¹⁵.

Die Länder sind für die Sicherstellung der Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch zuständig. Es gibt jedoch kein Monitoring-System, das dokumentiert, ob und wie sie dies tun. Den Gesundheitsministerien vieler Bundesländer liegen keinerlei Daten und Zahlen über die Anzahl und die geographische Verteilung der anbietenden Ärzt*innen vor, geschweige denn eine umfassende Analyse der Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbrüchen und Strategien zur Verbesserung. Stattdessen beziehen sie sich entweder auf die Bundesärzt*innenkammer, die Landesärztekammern, die Berufsverbände der Gynäkologen oder auf die Krankenhausverbände, die alle keine rechtliche Verantwortung für die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen haben¹⁶.

Während der Debatte über die Reform des § 219a StGB kündigte der Bundesgesundheitsminister an, eine Euro 5 Mio. teure Studie über die Auswirkungen des Schwangerschaftsabbruchs auf die psychische Gesundheit von Frauen* zu finanzieren, obwohl verschiedene Studien der letzten Jahre bereits zu dem Schluss gekommen waren, dass es keine Hinweise auf die Entstehung von negativen emotionalen Folgen in einem Zeitraum von 5 Jahren nach dem Schwangerschaftsabbruch gibt. Darüber hinaus folgern die Wissenschaftler: "Unsere Ergebnisse stellen die Begründung für eine staatlich vorgeschriebene Beratung über emotionale Störungen nach einem Schwangerschaftsabbruch und andere Vorschriften, die den Zugang zur Abtreibung aufgrund der Annahme von entstehenden emotionalen Schäden regeln (z.B. Wartezeiten), in Frage"¹⁷. Nach Beratungen mit Vertreter*innen von Beratungsstellen und Wissenschaftler*innen fügte der Bundesgesundheitsminister der Aufgabenstellung der Studie ein zweites Modul mit der Datenerhebung zur Erfassung der Versorgungssituation hinzu¹⁸. Die Studie wird im Jahr 2020 beginnen und könnte bis zu drei Jahre dauern.

Das Bundesgesundheitsministerium hat noch keine Maßnahmen zur Verbesserung der prekären medizinischen Unterversorgung beim Schwangerschaftsabbruch in mehreren Regionen

¹⁵ Bereits 2017 empfahl CEDAW/C/DEU/CO/7-8, Para 11/12, "die Einheitlichkeit der Ergebnisse bei der Umsetzung des Übereinkommens im gesamten Vertragsstaat sicherzustellen"

¹⁶ Die ambulante und stationäre Behandlung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ist im SGB V definiert (§§ 24, 92). Die rechtliche Grundlage für die Sicherstellung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ist im Sozialgesetzbuch (SGB V § 75) geregelt und liegt in der Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gegenüber den Krankenkassen.

¹⁷ Rocca, Corinne, h. et al. 2019. S. 8

¹⁸ ToRs: <https://www.forschung-bundesgesundheitsministerium.de/dateien/foerderung/bekanntmachungen/bkm-ungewollt-schwanger.pdf>

Deutschlands definiert, obwohl ihm belastbare Informationen zur Verfügung gestellt wurden (siehe Kapitel zu CEDAW Art.12, S. xxx), was einen schweren Verstoß gegen CEDAW, Art. 2 und [CEDAW/C/GC/28](#) Abs. 29-30 darstellt, die festlegen, dass die Veranlassung geeigneter Maßnahmen "unverzüglich" zu erfolgen hat.

Die Bundesländer und die Ärztekammern sind verpflichtet, dem Statistischen Bundesamt Namen und Adressen der Einrichtungen mitzuteilen, in denen Abtreibungen vorgenommen wurden oder in denen Abtreibungen durchgeführt werden können. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes kommen die Bundesländer und Kammern dieser Verpflichtung jedoch nur sehr unregelmäßig nach¹⁹. Das Statistische Bundesamt verfügt aufgrund der Meldepflicht der Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen über relevante Daten, ist aber aufgrund von Datenschutzbestimmungen nicht berechtigt, diese weiterzugeben.

Es besteht daher keine Transparenz über die regionale Situation seitens der Bundesländer (Ausnahmen sind die Stadtstaaten Hamburg, Berlin, Bremen). Allerdings berichten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen seit Jahren über gravierende Probleme von Frauen* in der Schwangerschaftsabbruchversorgung, z.B. in Niederbayern, Rheinland-Pfalz, Nordhessen und Niedersachsen²⁰. Von 2003 bis 2018 ist die Zahl der Einrichtungen (bei denen es sich um Arztpraxen oder andere medizinische Einrichtungen handeln kann), die angeben, dass sie Abtreibungen vornehmen, um etwa 43% zurückgegangen (von 2050 auf 1.170 meldenden Einrichtungen)²¹.

Gemäß § 13 Abs. 2 SchKG müssen die Bundesländer die Versorgungssituation regelmäßig, umfassend, transparent und nach überprüfbaren Indikatoren erheben und Informationen hierzu veröffentlichen. Auf Landesebene sollte es eine zuständige Anlaufstelle geben. Die Bundesregierung hat bisher keine Maßnahmen ergriffen, um zu gewährleisten, dass die Gesundheitsministerien der Länder eine quantitativ und qualitativ ausreichende Versorgung und eine angemessene geographische Verteilung von ambulanten und stationären Abtreibungsmöglichkeiten sicherstellen.

Art. 10 (h), CEDAW: Zugang zu Information im Bildungsbereich

3. Zugang zu Informationen im Bildungsbereich über reproduktive Gesundheit und Beratung zur Familienplanung

Damit verbundene relevante menschenrechtliche Quellen mit direktem Bezug:

- CEDAW, Art. 10 (h) fordert die Vertragsstaaten auf, den Zugang zu Informationen im Bildungsbereich zu gewährleisten, die zur Gesunderhaltung und zum Wohlergehen der Familie beitragen einschließlich der Aufklärung und Beratung zur Familienplanung²²;
- Die Allgemeine Empfehlung (General Recommendation) CEDAW Nr. 35, Abs. 30 (b) (i) legt fest, dass "eine altersgemäße, evidenzbasierte und wissenschaftlich korrekte umfassende Sexualerziehung für Mädchen und Jungen" gewährleistet werden soll²³.

¹⁹ Deutscher Bundestag, [Drucksache 19/5957](#);

²⁰ taz, 2018; pro familia, 2019; Zeitschrift pro familia 2. 2019

²¹ Deutscher Bundestag 2019 [Drucksache 19/6519](#)

²² [CEDAW](#)

²³ [CEDAW/C/GC/35](#), p.13

Sexualerziehung ist in Deutschland ein obligatorischer Bestandteil der Schulbildung. Jedes der sechzehn Bundesländer hat den Auftrag, einen eigenen Schullehrplan zu erstellen. Das Grundgesetz definiert den Bildungsauftrag der Bundesländer (Art. 7 Abs. 1) als allgemein verbindlich.

Obwohl die Neutralität in Bezug auf Religion und Weltanschauung kein explizit im Grundgesetz genannter Begriff ist, kann das Bundesverfassungsgericht sie normativ aus Art. 3 III, 4 I und 33 III GG ableiten und damit gewährleisten, dass der Religionsunterricht nach den Grundsätzen der jeweiligen Religionsgemeinschaft erteilt wird, der Schulunterricht im Allgemeinen aber im Hinblick auf die Weltanschauung neutral ist.

Dies ist insbesondere für die Sexualerziehung relevant, die häufig mit bestimmten normativen Vorstellungen verbunden ist. Mit dem Aufkommen rechtsextremer politischer Strömungen, dem "Bündnis besorgter Eltern" und dessen Fokussierung darauf, die reproduktiven Rechte von Frauen* wieder einzuschränken, ist das Thema Sexualerziehung in der deutschen Gesellschaft entsprechend kontrovers diskutiert worden.

Die sechzehn Bundesländer haben ihre Lehrpläne zur Sexualerziehung sehr unterschiedlich verfasst und in mehreren Bundesländern lassen sich ausgeprägte ideologische Einflüsse feststellen²⁴. Auffällig ist, dass in allen Lehrplänen Konfliktschwangerschaften erwähnt werden. Noch immer wird der Schwangerschaftsabbruch manchmal gar nicht oder lediglich unter deutlich ideologischen statt neutralen gesundheitspolitischen Aspekten behandelt. Laut einer repräsentativen Studie unter Jugendlichen antworteten 41% der Mädchen ohne und 35% der Mädchen mit Migrationshintergrund sowie 41% der Jungen ohne und 31% der Jungen mit Migrationshintergrund, dass "Abtreibung in der Schule behandelt worden sei"²⁵.

Die Richtlinien des bayerischen Lehrplans bestehen eindeutig darauf, dass ein Schwangerschaftsabbruch als Fehlverhalten angesehen werden soll. Mehrere Bundesländer räumen dem Schutz des ungeborenen Lebens in ihren Lehrplänen eine herausragende Rolle ein. Diese Inhalte wurden seit 2004 nicht geändert. Im Jahr 2016 wurden Änderungen vorgenommen, um die sexuelle Vielfalt in die Lehrpläne aufzunehmen. Dies hatte jedoch keinen Einfluss darauf, wie Abtreibung in den Lehrplänen kontextualisiert wird.

Die Lehrpläne der Schulen geben einen Rahmen vor, aber der konkrete Inhalt des Unterrichts wird von den Lehrkräften und dem von ihnen ausgewählten Material für die Klasse festgelegt. Im Internet gibt es immer mehr "Bildungsmaterial", das Lehrkräfte kostenlos zur Verfügung gestellt wird, um das so genannte "Recht auf Leben des Ungeborenen" durch (bestimmte) Vereine wie die Aktion Lebensrecht für Alle e.V. zu fördern.

Andere Vereine stellen Lehrer*innen nicht nur Material zur Verfügung, sondern führen direkt Workshops in den Schulen durch, in denen sie den Kindern beibringen, dass eine befruchtete Eizelle bereits eine Seele hat²⁶.

In letzter Zeit haben einige Vereine damit begonnen, sich an Studierende an Universitäten zu wenden. Pro Life Europe, das in Deutschland aktiv ist, erklärt: "Es besteht ein besonderer Bedarf an

²⁴ <https://www.bundestag.de/resource/blob/485866/978f0a3aeab437dc5209f5a4be9d458d/wd-8-071-16-pdf-data.pdf>

²⁵ <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendendbericht%2001022016%20.pdf>, S. 36

²⁶ <https://hpd.de/artikel/lebensschuetzer-sexualkunde-grundschule-16101>

universitärer Arbeit, weil viele ehemals lebensbejahende Jugendliche an der Universität zu Pro-Choice-Profis werden und viele Studierende Abtreibungen vornehmen lassen"²⁷. Diese Vereine tarnen ihre Mission als eine Mission zum Schutz der Menschenrechte, eine Strategie, die von rechtsextremen Organisationen bekannt ist.

Eine andere Form der gezielten Ansprache von Studierenden findet mit dem Aufstieg der neuen rechten Partei AfD statt. Unter dem Dach der Partei bilden sich Jugend- und Studierendenorganisationen, die versuchen, emanzipatorische, feministische und menschenrechtsbasierte Entwicklungen an den Universitäten zu delegitimieren. Stattdessen verbreiten diese Studierendenorganisationen ihre eigene Ideologie, in der sie vor dem "Massenmord an der weißen Rasse" warnen und Abtreibung mit dem Holocaust vergleichen²⁸.

Zunehmend, und mit dem Aufstieg der AfD noch stärker, schließen sich religiöse Fundamentalist*innen, Rechtsextremist*innen und Antifeminist*innen zusammen und investieren viel Geld und Mühe in die Finanzierung z.B. der Verteilung von Plastikembryonen in Schulen, strategisch gut geplante Aktionen in Universitäten zur Ansprache von Student*innen und Bildung von "Botschafter*innen für das Leben" und Beratungsstellen mit dem klaren Ziel der Einflussnahme gegen Abtreibung (z.B. [Pro Femina e.V.](#)).

Art. 12, CEDAW: Das Recht von Frauen* auf Gesundheit

Direkt damit zusammenhängend und relevant hierfür:

- [CESCR: E/C.12/GC/22, Abs. 13](#) spricht die Pflicht des Vertragsstaates an, die Verfügbarkeit "einer breiten Auswahl an **Verhütungsmethoden**" zu gewährleisten, die "für alle Frauen* und Mädchen auf dem gesamten Staatsgebiet zugänglich, erschwinglich und verfügbar sein sollen" ([CEDAW/C/DEU/CO/7-8](#), Abs. 38);
- [CESCR: E/C.12/GC/22, Abs. 18](#) betont, dass "Einzelpersonen und Gruppen, einschließlich Jugendlicher und junger Menschen, das **Recht auf evidenzbasierte Informationen über alle Aspekte der sexuellen und reproduktiven Gesundheit** haben, einschließlich [...] zum sicheren Schwangerschaftsabbruch und Betreuung nach dem Schwangerschaftsabbruch", betont, dass "solche Informationen in einer Weise bereitgestellt werden müssen, die mit den Bedürfnissen des*r Einzelnen und der Gemeinschaft in Einklang steht, wobei z.B. Alter, Geschlecht, Sprachkenntnisse, Bildungsstand, Behinderung, sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentität oder Intersexualität zu berücksichtigen sind" (Abs. 19), und stellt klar, dass rückwärtsgewandte Maßnahmen, wie z.B. die Errichtung von Hürden beim Zugang zu Informationen, Waren und Dienstleistungen im Zusammenhang von sexueller und reproduktiver Gesundheit" zu vermeiden sind (Abs 20);
- In [CEDAW/C/DEU/CO/7-8, Abs. 38 \(b\)](#) empfiehlt die CEDAW, "den Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch zu gewährleisten, **ohne dass Frauen eine Pflichtberatung auferlegt bekommen und eine dreitägigen Wartezeit einhalten müssen**", und wiederholt damit die zuvor ausgesprochenen Empfehlungen.
- [CESCR: E/C.12/GC/22, Abs. 13](#) zu CESCR, Art. 10 über das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit, legt fest, dass "die Sicherstellung der **Verfügbarkeit von medizinisch ausgebildetem und professionellem Personal und qualifizierten Anbieter*innen**, die für die Durchführung des

²⁷ <https://newhorizonsfoundation.com/operating-projects/1767>

²⁸ <https://www.infoticker-passau.org/node/419>

gesamten Spektrums sexueller und reproduktiver Gesundheitsleistungen ausgebildet sind, eine entscheidende Komponente ist, um die Verfügbarkeit (des Schwangerschaftsabbruchs) zu gewährleisten".

Die oben genannten vier Themenbereiche beziehen sich auf das Recht von Frauen auf:*

- 1. den diskriminierungsfreien Zugang zu Verhütungsmitteln,*
- 2. ungehinderten Zugang zu evidenzbasierten Informationen (über den Schwangerschaftsabbruch und Einrichtungen, die sichere Schwangerschaftsabbrüche anbieten),*
- 3. Zugang zu wertneutraler Beratung auf Wunsch anstelle von verpflichtender Beratung und Wartezeit, und*
- 4. die Gewährleistung einer angemessenen Qualität der medizinischen Versorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit, insbesondere im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch*

*und werden in diesem Kapitel behandelt, wobei die jeweiligen Verstöße, die in Deutschland stattfinden, skizziert werden. Letztlich haben diese Verstöße in Kombination mit der Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs und von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, die im letzten Teil dieses Kapitels beschriebene mangelhafte, prekäre und sich ständig verschlechternde Versorgungslage bezogen auf den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen im Allgemeinen verursacht.*

4. Diskriminierungsfreier Zugang zu Verhütungsmitteln

In Deutschland wird die Finanzierung der Verhütung als Privatsache betrachtet. Nach § 24a SGB V haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Beratung in Fragen der Verhütung, auf die notwendigen Untersuchungen und auf die Verschreibung von Verhütungsmitteln, die von der gesetzlichen Krankenversicherung bezahlt werden. Ein Anspruch auf Kostenübernahme von Verhütungsmitteln besteht jedoch nur für Versicherte bis zum 22. Lebensjahr. Die Regelsätze für Sozialleistungen berücksichtigen nicht die Kosten der Verhütung. Dies hat unverhältnismäßige und geschlechtsspezifische Auswirkungen auf Frauen* im reproduktiven Alter. Aktuelle Studien dokumentieren einen klaren Zusammenhang zwischen niedrigem Einkommen und der Unmöglichkeit, Verhütungsmittel konsequent zu nutzen. Diesen Studien zufolge verwenden Frauen* unter 35 Jahren, die Sozialleistungen beziehen, häufiger unsichere Verhütungsmittel. Frauen* geben auch an, dass sie in der Vergangenheit aus Kostengründen häufiger auf Verhütung verzichtet haben. Der Vergleich mit allen Frauen* (alle Einkommen, keine staatliche Unterstützung) zeigt, dass Frauen*, die Sozialleistungen erhalten, häufiger ungewollt schwanger geworden sind und häufiger eine Schwangerschaft abgebrochen haben.²⁹ Studien zeigen, dass sich Frauen* für teurere Verhütungsmethoden mit längerer und besserer Wirksamkeit entscheiden, wenn die Kosten für die Verhütung gedeckt sind. Der Zugang zu und die Auswahl an Verhütungsmitteln ist für Frauen* mit geringem Einkommen, für Frauen*, die Sozialleistungen erhalten, und für Student*innen eingeschränkt.³⁰

In den letzten Jahren wurden landesweit zahlreiche regionale Unterstützungsmodelle zur Finanzierung von Verhütungsmitteln eingeführt, da der Handlungsbedarf erkannt wurde. Die

²⁹ Nitz T, Busch U., 2014

³⁰ Thonke, I., 2011

Kostenübernahme für die Verhütung ist jedoch eine Postleitzahl-Lotterie, abhängig vom Wohnort. Programme, die im Ermessen der lokalen oder regionalen Behörden liegen, können jederzeit beendet werden, so dass die Kostenübernahme für die Leistungsempfänger entfällt. Auch in der Verwaltungspraxis zeigt sich eine große Bandbreite an Unterschieden hinsichtlich des Antragsverfahrens, des Erwerbs, der Art und des Umfangs der Leistung, der berechtigten Personengruppen und der abgedeckten Verhütungsmethoden. Die Folge ist, dass diese Regelungen bisher uneinheitlich und verwirrend sind und darüber hinaus oft nicht öffentlich gemacht werden. Dies schließt insbesondere Frauen* mit erschwerem Zugang zu Informationen aus (ohne Internetzugang, mit Sprachproblemen), oder z.B. Frauen*, die nicht in heteronormative Systeme der öffentlichen Verwaltung passen. Es besteht generell kein Rechtsanspruch auf Kostenübernahme gegenüber dem Staat.

Der fehlende Zugang Einzelner zu Verhütungsmitteln hat diskriminierende und restriktive Auswirkungen auf die Familienplanung, die soziale Teilhabe und die Lebensplanung, führt zu gesundheitlichen Risiken, insbesondere dem Risiko einer ungewollten Schwangerschaft, und kann ein Weg in die Armut und einen ungleichen und eingeschränkten Zugang zu einer Reihe von Rechten sein, insbesondere für Frauen*³¹.

Besonders betroffen sind Frauen*, die Minderheiten angehören, weibliche Asylsuchende, geflüchtete und andere marginalisierte Frauen*.

5. Ungehinderter Zugang zu evidenzbasierten Informationen

Der Inhalt und die Folgen des reformierten § 219a Strafgesetzbuch wurden in dem Kapitel beschrieben, das sich auf CEDAW-Art. 2 bezieht³². Die Gesetzesreform vom Februar 2019 hat zu größeren Hindernissen für Frauen* beim Zugang zu Informationen über den Schwangerschaftsabbruch geführt und erhöht direkt die Hürden im Zugang zum Schwangerschaftsabbruch selbst.

Die gesetzliche Bestimmung des Paragraph 219a, die Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, nicht erlaubt, Informationen über die von ihnen durchgeführten Leistungen (z.B. verwendete Methoden, individuelle Behandlungsdetails, Fristen) bereitzustellen, zusammen mit einer allgemeinen Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs untergräbt die Bereitstellung von evidenzbasierten und klinik- oder individuellen ärzt*innenspezifischen medizinischen Informationen über den Schwangerschaftsabbruch, während sich verzerrte, wertegesteuerte und sachlich falsche Informationen von Abtreibungsgegner*innen und religiösen Fundamentalist*innen unkontrolliert verbreiten.

Diese nutzen zunehmend die in Paragraph 219a festgelegten rechtlichen Bedingungen, um Frauen* mit ungewollten Schwangerschaften von einem Schwangerschaftsabbruch abzuhalten. Im Jahr 2019 erschienen in Gießen, wo Kristina Haenel arbeitet, an städtischen Bussen „großflächige Werbeanzeigen“ für eine Pseudo-Beratungsstelle für Schwangere, die von Pro Femina betrieben wird³³. Pro Femina e.V., eine Organisation unter der Leitung eines radikalen Abtreibungsgegners mit nachgewiesenen Verbindungen zur extremen Rechten in Europa, betreibt eine Hotline und in verschiedenen Städten "Beratungsstellen", die über keine offizielle Anerkennung zur Ausstellung von

³¹ WHO, 2014

³² s.a. Bericht des Deutschen Juristinnenbund (djb), Nov. 2019

³³ <https://hpd.de/artikel/stadtbusse-werben-fuer-umstrittene-schwangerenberatung-17225>

Bescheinigungen für Frauen* verfügen, die diese für den straffreien Zugang zum Schwangerschaftsabbruch benötigen. Wie in anderen Ländern verbirgt die Anti-Abtreibungsbewegung in Deutschland seit mehreren Jahren ihren Kampf gegen den Schwangerschaftsabbruch hinter einer angeblich frauen*freundlichen Strategie. Ihre Anti-Abtreibungs-Beratungs- und Informationszentren präsentieren ihre Angebote unter einer Art Deckmantel. Recherchen unabhängiger Journalist*innen ergaben, dass der Weg zu einem Schwangerschaftsabbruch letztendlich versperrt sein kann, wenn eine tendenziöse Beratung zu einer "ausreichenden" Zeitverzögerung führt, damit die Schwangerschaft der Frau* über die gesetzliche festgelegte Frist hinausgeht – was eines der Ziele ist³⁴.

Weitere Formen der Belästigung sind die so genannten "Gehsteig-Beratungen", Mahnwachen oder die "40 Tage für das Leben"³⁵ durch radikale Abtreibungsgegner*innen, die sich mit gefälschten Bildern von Babys im Mutterleib vor Kliniken, Arztpraxen und Beratungsstellen postieren und Druck auf Frauen* als auch auf ihre Begleiter*innen ausüben, die dort Hilfe, Information und Beratung zum Thema Schwangerschaftsabbruch suchen und gesetzlich verpflichtet sind, eine Beratungsstelle aufzusuchen³⁶. Diese Belästigungen betreffen auch Ärzt*innen und ihre Mitarbeiter*innen sowie Berater*innen.

Aufgrund der Einschränkungen, die der reformierte Paragraph 219a festlegt, sehen sich Frauen* bei der Suche nach Informationen über Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen großen Hindernissen ausgesetzt³⁷. Die einzige offizielle, bundesweite Möglichkeit, eine*n Ärzt*in oder eine Einrichtung zu finden, ist die neu eingerichtete Liste der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, die von der Bundesärzt*innenkammer³⁸ und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) geführt wird³⁹. Faktoren wie die zunehmende Belästigung durch Abtreibungsgegner*innen und der Widerstand von Ärzt*innen gegen die Tatsache, dass die Informationsbereitstellung weiterhin kriminalisiert wird, tragen bekanntermaßen dazu bei, dass viele Ärzt*innen der Aufnahme in die Liste nicht zustimmen; und die Liste ist weit davon entfernt, Frauen*, die eine Möglichkeit für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch suchen, mit den notwendigen Informationen zu versorgen⁴⁰.

Informationen über den Schwangerschaftsabbruch werden in staatlich anerkannten Beratungsstellen erteilt und sie dürfen Adressen von Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen weitergeben. Da von staatlicher Seite oft keine Informationen zur Verfügung gestellt werden⁴¹, sind deren bestehende Adresslisten oft nicht aktuell und spiegeln nicht die abnehmende Zahl der Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen wider (die Gründe hierfür sind unten aufgeführt). Die Qualität der bereitgestellten Informationen hängt von den selbst initiierten Umfragen der Beratungsstellen ab und kann stark variieren. Die einzelnen Bundesländer sind für die Umsetzung des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten verantwortlich und legen seine Auslegung fest. In Bayern dürfen die Beratungsstellen die Adressen von Ärzt*innen nicht weitergeben. Folglich haben Frauen*, die in Bayern leben, überhaupt keine offizielle Möglichkeit, sich

³⁴ <https://www.buzzfeed.com/de/julianeloeffler/schwanger-profemina-beratung-abtreibung-218>

³⁵ <https://www.hessenschau.de/gesellschaft/mahnwache-von-abtreibungsgegnern-in-frankfurt-verlegt,abtreibung-mahnwache-100.html>

³⁶ Weitere Informationen unter [Bericht des Deutschen Juristinnenbund \(djb\), Nov. 2019](#)

³⁷ Harlfinger, W., Gaase, R. 2019

³⁸ [Liste der Bundesärzt*innenkammer](#)

³⁹ [Liste der BZgA](#)

⁴⁰ Haist, M., 2019

⁴¹ Großkreutz, V., 2019

über Adressen von Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen zu informieren. Es ist bekannt, dass bundesweit gesehen einige Beratungseinrichtungen der katholischen Kirche diese Informationen nicht zur Verfügung stellen.

Frauen* mit eingeschränktem Internetzugang, begrenzten IT-Kenntnissen und/oder geringen Deutschkenntnissen sind noch stärker benachteiligt, die benötigten Informationen rechtzeitig zu finden.

Für einige Frauen* führt die Suche nach Informationen darüber, wo sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen können, zu Verzögerungen, die das Risiko (oder möglicherweise sogar die Gefahr) mit sich bringen, dass sie die gesetzliche Frist von 12 Schwangerschaftswochen überschreiten. Für alle Frauen* wird der Zugang zu Informationen zu einem äußerst mühsamen und stigmatisierenden Prozess. Dieses Ergebnis ist die beabsichtigte Konsequenz der Gesetzesreform von 2019, die zu einer Entkriminalisierung der Informationsbereitstellung durch Ärzt*innen hätte führen können – aber nicht dazu geführt hat.

6. Unvoreingenommene, wertfreie Beratung auf Wunsch anstelle von Pflichtberatung und Wartezeit

Gemäß § 218a Abs. 1 und § 219 Strafgesetzbuch müssen Frauen*, die abtreiben wollen, eine obligatorische Beratung in Anspruch nehmen und eine dreitägige Wartezeit einhalten, was beides nicht nur medizinisch unnötig ist, sondern für Frauen* ein ernsthaftes Zugangshindernis zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch darstellt und daher aufgehoben werden muss⁴².

Diese Regelung setzt Frauen*, die sich bereits in einer Notlage befinden, weiterem psychischen Druck aus. Laut Gesetz soll die Beratung "sich von dem Bemühen leiten (...) lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen"⁴³. Eine obligatorische und zielorientierte Beratung widerspricht den grundlegenden Beratungsprinzipien der Freiwilligkeit und Ergebnisoffenheit. Für Frauen*, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, bedeuten die Beratungspflicht und die dreitägige Wartezeit einen zusätzlichen Schritt innerhalb der kurzen Zeitspanne zwischen der Feststellung der Schwangerschaft und der Frist für den Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Woche. Besonders betroffen hiervon sind Frauen*, für die der Zugang zu einer abnehmenden Anzahl offiziell anerkannter Beratungsstellen und Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, unverhältnismäßig schwierig sein kann, wie z. B. Frauen*, die in ländlichen Gebieten leben, Frauen* mit eingeschränktem Zugang zu (digitalen) Informationen oder eingeschränkter Mobilität, Migrant*innen mit Schwierigkeiten beim Zugang zu Informationen und zu medizinischer Versorgung außerhalb der Notfallversorgung, sowie geflüchtete Frauen* (manche von ihnen schwanger nach Vergewaltigung oder Zwangsprostitution).

Für sie – wie auch für andere Frauen* – können fehlende Informationen, Zeit und Geld für das komplizierte Verfahren der Pflichtberatung, die Wartezeit und die Suche nach einer nahen Einrichtung für Schwangerschaftsabbrüche erhebliche Hindernisse darstellen.

⁴² [Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, 06/2019](#)

⁴³ https://www.gesetze-im-internet.de/englisch_stgb/englisch_stgb.html#p1821

7. Gewährleistung einer angemessenen Qualität der medizinischen Versorgung im Bereich der reproduktiven Gesundheit

Eine Voraussetzung für die Gewährleistung des Zugangs von Frauen* zu qualitativ hochwertigen medizinischen Dienstleistungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit, insbesondere im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch, ist die Existenz und Anwendung von standardisierten Verfahren und Richtlinien für den sicheren Schwangerschaftsabbruch, und erfordert ihre Integration in den Lehrplan von Gynäkolog*innen und Allgemeinmediziner*innen. Laut [CESCR General Comment Nr. 22](#), Abs. 13 gilt: "das Vorhandensein von medizinisch ausgebildetem und professionellem Personal und qualifizierten Anbieter*innen, die für die Durchführung des gesamten Spektrums sexueller und reproduktiver Gesundheitsleistungen ausgebildet sind, eine entscheidende Komponente ist, um die Verfügbarkeit zu gewährleisten"⁴⁴.

Die Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs ist in der medizinischen Ausbildung an den Universitäten in Deutschland nach wie vor weit verbreitet^{45,46}, obwohl der Schwangerschaftsabbruch zu den häufigsten chirurgischen Eingriffen in der Gynäkologie gehört⁴⁷. Die deutsche Kommission für das Staatsexamen in der Humanmedizin fordert ausdrücklich, dass das Thema im Rahmen des Studiums berücksichtigt wird, wie z.B. die medizinischen, rechtlichen und ethischen Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs⁴⁸. Dennoch wird dieses Thema nicht ausreichend berücksichtigt.⁴⁹

Es gibt derzeit keine Qualitätsstandards der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG), z.B. medizinische Leitlinien oder andere systematisch entwickelte, wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Empfehlungen zu den Methoden des Schwangerschaftsabbruchs⁵⁰. Ein Konzept zur Fortbildung von Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, und zur Entwicklung einer Leitlinie wurde vom Bundesgesundheitsministerium für Ende 2019 angekündigt, war aber bis Mitte Januar 2020 noch nicht veröffentlicht.

Auch wenn der Schwangerschaftsabbruch in der Regel von Fachärzt*innen für Geburtshilfe und Gynäkologie durchgeführt wird, ist eine fachärztliche Qualifikation nur in Bayern gesetzlich vorgeschrieben. Die Weiterbildungsordnung der Bundesärzt*innenkammer (BÄK) für den Bereich der Allgemeinmedizin sieht keinerlei Kenntnisse im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs vor. Die Facharztausbildung in der Geburtshilfe und Gynäkologie sieht lediglich den "Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in der Beratung bei Schwangerschaftskonflikten sowie der Indikation zum Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung der gesundheitlichen und psychischen Risiken" vor. Fähigkeiten und Erfahrungen in Untersuchungs- und Behandlungsabläufen der verschiedenen Abbruchmethoden sind nicht aufgeführt⁵¹. Praktische Vorgehensweisen beim Schwangerschaftsabbruch sowie die verschiedenen medizinischen Verfahren sind weder Bestandteil

⁴⁴ vgl. [Committee on Economic, Social and Cultural Rights general comment No. 14](#), Abs. 12 (a); und [A/HRC/21/22](#), Abs. 20

⁴⁵ [Forderungen der Doctors for Choice](#)

⁴⁶ [Positionspapier der Bundesvertretung der Medizinstudierenden](#) vom 02.05.19, Zeilen 155-188 und 385-443

⁴⁷ In etwa 100.000 Abtreibungen pro Jahr in Deutschland. [Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Schwangerschaftsabbrüche](#), S. 27. (27/02/2019).

⁴⁸ <https://www.impp.de/pruefungen/allgemein/gegenstandskataloge.html>

⁴⁹ Die Regierung hat den Entwicklungsbedarf für weiterführende Bildung anerkannt, <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btp/19/19120.pdf#P.14861>

⁵⁰ Czygan/Thonke, 2014

⁵¹ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20190920_MWBO-2018.pdf

des Staatsexamens am Ende des Medizinstudiums noch der Facharztprüfung. Katholische Krankenhäuser, die Fachärzt*innen für Gynäkologie ausbilden, verbieten die Durchführung und damit die Lehre von Schwangerschaftsabbrüchen.

Bis heute gibt es in Deutschland kein qualitatives oder quantitatives Aus- und Weiterbildungskonzept für den Schwangerschaftsabbruch. Student*innen einer Berliner Universität stellten fest, dass keine Ausbildungsmaterialien zur Verfügung stehen, um den Eingriff praktisch z.B. mit einem Modell zu erlernen, und improvisieren mit einer Papaya als Uterus-Modell⁵². Die Student*innen mussten dort, wo es nicht Teil der Ausbildung durch Supervisor*innen ist, und wegen des fehlenden Curriculums selbst Workshops organisieren.

Das Fehlen einer angemessenen medizinischen Ausbildung und von Richtlinien gefährdet die medizinische Praxis und Qualität sowie die Wahlfreiheit der Frauen*. Der Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen mittels Kürettage liegt bei über 14,4%, in einigen Bundesländern bis zu 28%⁵³. Die WHO hat bereits 2003 empfohlen, die Kürettage zu ersetzen, und erklärte die Kürettage für die Anwendung bei Schwangerschaftsabbrüchen bis zur 12. Schwangerschaftswoche im Jahr 2012 für obsolet⁵⁴. Die Anwendung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs ist regional sehr unterschiedlich (zwischen 3% und 38%). Der bundesweite Durchschnitt des medikamentösen Abbruchs (im Verhältnis zu anderen Methoden) ist mit 22,6% im europäischen Vergleich sehr niedrig. Dies weist auf einen Mangel an Angebot und Wahlfreiheit für Frauen* hinsichtlich der Methoden für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch hin⁵⁵.

8. Diskriminierungsfreier Zugang zum Schwangerschaftsabbruch

Die jüngste Verschärfung der strafrechtlichen Bestimmungen, die Kriminalisierung von Ärzt*innen und Kliniken, die Abbrüche anbieten, und des Schwangerschaftsabbruchs an sich, die zunehmenden Schwierigkeiten für Frauen*, die erforderlichen Informationen über den Schwangerschaftsabbruch und entsprechende medizinische Einrichtungen zu erhalten, sowie das Fehlen von standardisierten Verfahren und Richtlinien für einen sicheren Schwangerschaftsabbruch und der "Induzierte Abort" als Thema im Curriculum von Ärzt*innen führen zu einer gravierenden Verschlechterung der reproduktiven Gesundheitsversorgung in Bezug auf den Schwangerschaftsabbruch. Die flächendeckende Versorgung mit medizinischen Einrichtungen, die sichere Schwangerschaftsabbrüche anbieten, ist in Deutschland nicht gewährleistet, und der Trend zur ersatzlosen Schließung von medizinischen Einrichtungen, die Abbrüche anbieten, setzt sich fort.

Deutschland hat kein effektives und systematisches Übersichts- und Monitoringsystem für die Versorgung im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs eingerichtet. Folglich können Entwicklungen in der Versorgungslage für Schwangerschaftsabbrüche nicht erkannt und analysiert werden und es kann nicht bei Bedarf gegengesteuert werden, um beispielsweise eine ausreichende Zahl und flächendeckende Verbreitung von Anbieter*innen von sicheren Schwangerschaftsabbrüchen zu gewährleisten. Die Zahl der Ärzt*innen, die Abbrüche vornehmen, ist seit 2003 um mindestens 40% zurückgegangen⁵⁶. Beratungsstellen für Familienplanung haben ihre jeweiligen Landesregierungen und Gesundheitsministerien auf die wachsenden Versorgungslücken aufmerksam gemacht.

⁵² [Medical Students for Choice](#)

⁵³ [Statistisches Bundesamt: Gesundheit - Schwangerschaftsabbrüche. S.11. \(27.02.2019\)](#)

⁵⁴ [WHO, 2012](#), S. 2

⁵⁵ s. Quellenangabe in Fußnote 45

⁵⁶ Bundestag 2018. Drucksache 19/6519. <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/065/1906519.pdf>

Betroffen sind bundesweit vor allem ländliche Regionen und katholisch geprägte Regionen in Süddeutschland. In Stuttgart, der Landeshauptstadt von Baden-Württemberg mit über 600.000 Einwohnern, bieten drei Ärzt*innen Schwangerschaftsabbrüche an. Die kommunalen Krankenhäuser, die einen gesetzlichen Versorgungsauftrag haben, führen keine Schwangerschaftsabbrüche durch. In Stuttgart haben Anti-Choice-Aktivist*innen Druck auf die Vermieter*innen von Ärzt*innenpraxen, in denen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, ausgeübt. In insgesamt 14 von 44 Stadt- und Landkreisen in Baden-Württemberg gibt es keine*n Schwangerschaften durchführende*n einzige*n Ärzt*in. In anderen Regionen (z.B. im Schwarzwald) müssen Frauen* Entfernungen von mehr als 100 km zurücklegen⁵⁷. Es liegen weitere aktuelle Informationen zu zahlreichen deutschen Regionen vor, in denen der Zugang stark eingeschränkt oder gar nicht möglich ist. In der Region Niederbayern mit 1,2 Millionen Einwohner*innen gibt es nur einen Arzt (71 Jahre), der Abtreibungen vornimmt⁵⁸. Die nächsten Möglichkeiten für einen Schwangerschaftsabbruch liegen in 120 und 170 km Entfernung. Auch hier haben sich die Beratungsstellen ergebnislos an die Landesregierung gewandt. Andere Regionen in Bayern sind das Allgäu (ein Arzt, keine Vertretung) und die Oberpfalz (zwei Ärzt*innen für 1 Million Einwohner*innen). In Hessen mit Ausnahme des Rhein-Main-Gebiets und in Niedersachsen vor allem im Westen ist die Versorgung nicht gewährleistet und das zuständige Sozialministerium wird nicht tätig. Besonders prekär ist die Situation in Rheinland-Pfalz, wo es in weiten Teilen des Landes keine*n Ärzt*in oder Klinik gibt. Auch bei der Nachsorge gibt es aufgrund der großen Entfernungen Probleme. Die Wartezeiten und Verzögerungen beim Schwangerschaftsabbruch aufgrund der Engpässe führen zu einem höheren Schwangerschaftsalter und einem erhöhten Komplikationsrisiko. In vielen Bundesländern ist die Wahlfreiheit zwischen den Methoden für den Schwangerschaftsabbruch (medikamentös, chirurgisch, Voll- oder Lokalanästhesie) nicht gewährleistet. In fast ganz Deutschland ist die Versorgung von Frauen*, bei denen ein später Schwangerschaftsabbruch aus medizinischen Gründen angezeigt ist, besonders schlecht⁵⁹.

In Deutschland hat der Mangel an systematischen Informationen über die Versorgungssituation, die Versorgungsstrukturen und die Entwicklungen der Versorgungslage inzwischen zu einer prekären Versorgungssituation und zu einer Verletzung des Rechts auf Gesundheit geführt.

Eine gefährdete Gruppe, die speziell unter der oben beschriebenen Situation leidet, sind nicht-binäre oder intersexuelle Menschen und trans Männer, die im Allgemeinen nicht nur in Bezug auf ihre sexuelle Selbstbestimmung und die reproduktive Gesundheitsvorsorge mit einer öffentlichen Stigmatisierung konfrontiert sind.

⁵⁷ Großkreutz, Verena, 2019

⁵⁸ [SEYDACK, N., 2019](#)

⁵⁹ [Pro familia, 2019a](#)

Empfohlene Fragen für die Aufnahme in die „List of issues“

Welche Schritte hat die Bundesregierung unternommen oder plant sie zu unternehmen (Konkretisierung von Eckpunkten, Zeitvorgaben und Budgets gemäß [CEDAW/C/GC/28, Art. 28](#)),

unter besonderer Bezugnahme auf CEDAW, Art.2

- *um den Schwangerschaftsabbruch unverzüglich zu entkriminalisieren?*
- *um unverzüglich einen evidenzbasierten, umfassenden und diskriminierungsfreien gesetzlichen Rahmen für den Schwangerschaftsabbruch zu entwickeln und umzusetzen, der im gesamten Bundesgebiet wirksam ist und Einzelpersonen den Zugang zur Durchführung von sicheren Abtreibungen ermöglicht, sowie zu Informationen über Durchführende von Abtreibungen und Beratungsstellen, sowie*
um entsprechende Gesundheitsdienstleistungen und/oder Informationen bereitzustellen, damit alle im Widerspruch zu Menschenrechtsnormen und WHO-Richtlinien stehenden Hindernisse für einen solchen Zugang beseitigt werden?
- *um den Zugang zu und die Verfügbarkeit von sicheren Schwangerschaftsabbrüchen in der Praxis zu gewährleisten, u.a. durch die Einführung wirksamer Verfahren und Abläufe, mit denen Frauen* ihren Rechtsanspruch auf einen sicheren Schwangerschaftsabbruch durchsetzen können?*
- *um die gesetzliche Verpflichtung abzuschaffen, dass Frauen* sich einer obligatorischen Beratung unterziehen und eine dreitägige Wartezeit einhalten müssen, wenn sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen wollen?*
- *um sicherzustellen, dass Schwangerschaftsabbrüche von der Krankenversicherung bezahlt werden?*
- *um sicherzustellen, dass das Retrogressionsverbot eingehalten wird, indem Gesetze aufgehoben werden, durch die Menschenrechtsverletzungen intendiert oder bewirkt werden, da sie verbunden sind mit der Einführung zusätzlicher Hindernisse für Frauen* beim Zugang zu sicheren Abtreibungsmöglichkeiten und -informationen,*
namentlich die Reform von § 218 Strafgesetzbuch für Frauen, die in der DDR gelebt haben, im Jahr 1992 sowie die Reform von § 219a Strafgesetzbuch im Februar 2019?*
- *um einen umfassenden und qualitativ hochwertigen Aufbau von institutionellen Kapazitäten (Capacity Building) sicherzustellen, das von der Deutschen Richter*innenakademie und den Universitäten angeboten wird, um Richter*innen, Staatsanwält*innen und Rechtsanwält*innen in die Lage zu versetzen, das CEDAW-Übereinkommen und den Sozialpakt, sowie die dazugehörigen Fakultativprotokolle an allen deutschen Gerichten direkt anzuwenden oder darauf Bezug zu nehmen?*

unter besonderer Bezugnahme auf CEDAW Art. 10

- *um den Zugang von Frauen* zu Informationen über Verhütung und Familienplanung auf der Grundlage der WHO-Richtlinien und der in CEDAW verankerten Menschenrechte von Frauen* zu gewährleisten und das Thema in allen Schullehrplänen in allen Bundesländern zu integrieren (und entsprechend gegenüber den zuständigen Stellen der Bundesländer, wie in CEDAW Art. 2d*

festgelegt, durchzusetzen)?

- *um zu gewährleisten, dass Informationen über (ungewollte) Schwangerschaft und den sicheren Schwangerschaftsabbruch in den Schulen in normativer Hinsicht neutral, evidenzbasiert und wissenschaftlich korrekt zur Verfügung gestellt werden?*

unter besonderer Bezugnahme auf CEDAW Art. 12

- *um zu gewährleisten, dass moderne Verhütungsmittel im gesamten Gebiet des Vertragsstaates für alle Frauen* zugänglich, erschwinglich und verfügbar sind, insbesondere für diejenigen, die in Armut leben, einschließlich aller Personen, deren Einkommen unter der individuellen Einkommensgrenze liegen (analog zur Regelung der Kostenübernahme für den Schwangerschaftsabbruch), Personen, die Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, und Personen ohne Krankenversicherung?*
- *um zu gewährleisten, dass alle Bundesländer ein quantitativ, qualitativ und in Bezug auf die geographische Verteilung ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen, bereitstellen, das auch eine regionale Abdeckung gewährleistet?*
- *um die Qualität der Dienstleistungen für sichere Schwangerschaftsabbrüche zu verbessern, indem sichergestellt wird, dass der Schwangerschaftsabbruch und die Betreuung nach dem Schwangerschaftsabbruch in die medizinische Universitätsausbildung und in die medizinische Ausbildung von Allgemeinmedizinern und Gynäkologen integriert wird?*
- *um zu gewährleisten, dass evidenzbasierte medizinische Leitlinien, die mit den Empfehlungen der WHO kohärent sind, entwickelt und genutzt werden und die zuständigen Institutionen, namentlich die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM), umgehend entsprechende Maßnahmen einleiten?*
- *um die regionale Abdeckung, Kapazität und geographische Verteilung der Anbieter*innen von sicheren Schwangerschaftsabbrüchen zu überwachen, zu evaluieren und die Ergebnisse zu veröffentlichen?*
- *um den Zugang von Frauen* zu umfassenden Informationen über lokal und regional zugängliche Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche zu gewährleisten, einschließlich Informationen über die verschiedenen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs (medikamentös und chirurgisch) und anderer professioneller Informationen über medizinische Fragen im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch?*
- *um zu gewährleisten, dass Migrant*innen und geflüchtete Frauen*, insbesondere diejenigen, die in Unterkünften für Geflüchtete leben, ihre reproduktiven Rechte unabhängig und ohne xenophobe Stereotypen ausüben können?*
- *um spezifische Hindernisse beim Zugang zu Informationen, Beratung und Schwangerschaftsabbruch und Betreuung nach Schwangerschaftsabbruch in ländlichen und abgelegenen Gebieten, insbesondere für Frauen* mit geringem oder keinem Einkommen, Geflüchtete, Asylsuchende, Angehörige von Minderheitengruppen wie trans Männer oder intersexuelle Menschen und andere unterprivilegierte oder marginalisierte Personen zu beseitigen?*

Quellen

- Bode, H., Hessling, A. 2015. *Jugendsexualität 2015. Repräsentative Wiederholungsbefragung. Die Perspektive der 14- bis 25 Jährigen*. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln. <https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Jugendbericht%2001022016%20.pdf>
- Bundesärztekammer. 2019. *(Muster-)Weiterbildungsordnung 2018*, Version as of 20.9.2019. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/20190920_MWBO-2018.pdf
- Bundestag. 2018. *Drucksache 19/6519. Antwort der Bundesregierung. Informationen über das Angebot von Einrichtungen zur Vornahme des Schwangerschaftsabbruches*. 14.12.2018
- bvmd. 2019. *Bundesvertretung der Medizinstudierenden Deutschlands: Positionspapier Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland*. https://www.bvmd.de/fileadmin/user_upload/2019-05_bvmd_Positionspapier_Schwangerschaftsabbr%C3%BCche-in-Deutschland.pdf
- Czygan, C., Thonke, I. 2014. *Schwangerschaftsabbruch – Ärztliches Handeln in Forschung und Praxis*. In: Busch, U. und Hahn, D. *Abtreibung - Diskurse und Tendenzen*. Transcript Vlg. 2014. S. 279-298 <https://www.transcript-verlag.de/search?sSearch=Abtreibung>
- Federal Statistical Office. 2018. *Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12, Reihe 3*. Veröffentlicht am 27/02/2019. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Publicationen/Downloads-Schwangerschaftsabbrueche/schwangerschaftsabbrueche-2120300187004.pdf?__blob=publicationFile
- Gäckle, A. 2006. *Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch. Die Auswirkungen von Hartz IV auf das Kontrazeptionsverhalten von Hartz IV-Empfängerinnen in Nordrhein-Westfalen im Kontext der Schwangerschaft(konflikt)beratung*. ISBN: 9783956360763
- Großkreutz, V. 2019. *Arbeiten in der Tabuzone*. In: Kontext - Wochenzeitung. No. 458, 08/01/2020. <https://www.kontextwochenzeitung.de/gesellschaft/458/arbeiten-in-der-tabuzone-6438.html>
- Haist, M. 2019. *Versorgungslage in Baden-Württemberg und kritische Würdigung der Ursachen. Schwangerschaftsabbrüche im Südwesten*. In: Ärzteblatt Baden Württemberg 12.2019. S.632 https://www.aerztekammer-bw.de/aerzteblatt/aebw-archiv/2019/Aerzteblatt_Baden-Wuerttemberg_12-2019.pdf
- Harlfinger, W. , Gaase, R. 2019. *Die unsäglichen Diskussionen über die Paragraphen 218, 218a und 219a haben sich wieder ausgebreitet*. In: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 6.2019. S. 16-17. <http://www.aerzteblatt-rheinlandpfalz.de/pdf/rlp1906.pdf>
- Helfferrich, Cornelia et al., 2013. *Women's lives 3 – Family planning in women's lives - unintended pregnancies and pregnancy conflicts*. In Federal Agency for Health Education, Germany (BZgA). Deutsche Version unter: https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Frauenleben3_Langfassung_Onlineversion.compressed.pdf

- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y., Wlosnewski, I., Eckert, J. 2013. *frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf. Erste Forschungsergebnisse zu ungewollten Schwangerschaften und Schwangerschaftskonflikten*, Editor: BZgA, Köln
- Helfferrich, C. 2015. *Geringes Einkommen – Notwendigkeit und Schwierigkeit von Verhütung Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“* (im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung). Presentation auf dem Fachforum: Zugang zu Verhütung, Kongress Armut und Gesundheit, 6.3.2015, Berlin
- Helfferrich, C. 2015. *Pflichtberatung: Die große Kluft zwischen gesetzlichem Anspruch und praktischem Nutzen*. In: pro familia Magazin 2/2015. Frankfurt
- Helfferrich, C. Klindworth, H., Heine, Y., Wlosnewski, I. 2016. *frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf. Schwerpunkt ungewollte Schwangerschaften*. Editor: BZgA, Köln
- Institut für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen IMPP. *Gegenstandskatalog für den schriftlichen Teil des Zweiten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung (IMPP-GK2)*
<https://www.impp.de/pruefungen/allgemein/gegenstandskataloge.html>
- Nitz T, Busch U. 2014. *Studie zum Verhütungsverhalten unter ALGII-Bezug: „Pille oder Risiko?“* In: pro familia magazin 1/2014, 28-29. https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/nitz_busch_verhuetungskosten_profamiliamagazin_2014-1.pdf
- pro familia. 2015. *Factsheet Kostenfreie Verhütungsmittel für Menschen mit geringem Einkommen*.
https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/factsheet_kostenfreie_verhuetungsmittel_2015-2-11.pdf
- pro familia. 2015. *Regionale Kostenübernahmemodelle von Verhütungsmitteln für Menschen mit geringem Einkommen. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung bei Schwangerschaftsberatungsstellen vor Ort*. Frankfurt 2015. Factsheet unter https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/factsheet_erhebung_verhuetungskosten_dt_2015-9-30_web.pdf
- pro familia. 2019a. *Versorgung mit Ärzt*innen – Rückmeldungen aus den Landesverbänden*.
- pro familia. 2019b. *Modellprojekt biko – Beratung, Information und Kostenübernahme. Abschlussbericht*. pro familia Hintergrund, Frankfurt 2019
- pro familia. 2019c. *Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch*. Frankfurt 2019
- Rocca, Corinne H., et al. 2019. *Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma*. Published in: Social Science & Medicine. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112704>
- Thonke, Ines 2011. *Kosten erschweren Zugang zu Verhütung. profamilia untersucht Verhütungskosten in Europa*. Published in: Pro Familia Magazin 03/2011, pp. 13-14. https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Magazin/2011/Verhuetungskosten_pfm_3_2011.pdf

WHO. 2014. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services Guidance and recommendations*. Geneva. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human-rights-contraception/en/

WHO. 2019. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second edition. Technical and policy guidance for health*. Second edition. Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf;jsessionid=6662891E47CA6296CB697494ED187B43?sequence=1.

Zuletzt besucht: 17/01/2020

Unterstützende Organisationen

Aktionsbündnis Pro Choice Gießen

ALARM! Gegen Sexkauf & Menschenhandel e.V.



Amnesty for Women e.V.



Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V.



Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin,
Psychotherapie und Gesellschaft e.V. (AKF)



Ärztinnen Pro Choice Berlin

Bundesverband der Mütterzentren e. V. -
Federation of Mother Centers



Business and Professional Women (BPW)
Germany e.V.

BPW Germany
Business and Professional Women – Germany e.V.



Bündnis Frankfurt für Frauen*rechte



Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung
Alliance for sexual self-determination



Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung
Mecklenburg-Vorpommern

Bündnis für sexuelle Selbstbestimmung Münster
Alliance for sexual self-determination Münster



Centre for Feminist Foreign Policy - CFFP



DaMigra e.V. - Dachverband der
Migrantinnenorganisationen
*Umbrella Association of Migrant Women
Organizations*



DENKtRÄUME, Hamburg

Deutsche Gesellschaft für psychosomatische
Frauenheilkunde und Geburtshilfe – DGPFPG



Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
(DGVT) e.V.



Deutscher Frauenring e.V.



Deutscher Frauenring Landesverband Berlin e.V.
German Women's Council, Section Berlin



Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)
German Trade Union Confederation



DGB Hessen-Thüringen



DGB-Region Mittelhessen



Doctors for Choice Germany e.V.



Elisabeth-Selbert-Verein e.V.
Frauenkulturzentrum Gießen



Fachberatungsstelle für Frauen* in der Sexarbeit
Counselling services for sex workers



Frauenverband Courage e.V.
Women's Association Courage



GeN - Gen-ethisches Netzwerk e.V.



Giordano-Bruno-Stiftung
Giordano Bruno Foundation



gbs Karlsruhe e.V.
Regionalgruppe der Giordano-Bruno-Stiftung



Hamburger Frauenring e.V.



Heinrich-Böll-Stiftung e.V.



Humanistischer Verband Deutschlands –
Bundesverband



Karlsruher Bündnis für das Selbstbestimmungsrecht
der Frau

Kritische Mediziner*innen Freiburg



Kritische Mediziner*innen Gießen



Kritische Medizin Leipzig



KritMed Marburg



LACHESIS e.V., Berufsverband für Heilpraktikerinnen
Gemeinnütziger Verein von Frauen zur Förderung
der Naturheilkunde



Landesfrauenrat Berlin e.V.



Landesfrauenrat Hamburg e.V.



LandesFrauenRat Hessen



Landesfrauenrat Mecklenburg-Vorpommern



LandesFrauenRat Schleswig-Holstein e.V.



Landesfrauenrat Thüringen e.V.



mädchentreff schanzenviertel e.V.



Medeq - Equality in Medicine, Marburg
Gleichstellungs-AG des Fachbereichs Medizin
(Fb20) der Philips-Universität Marburg



Medical Students for Choice Berlin



Medical Students for Choice Düsseldorf



Medical Students for Choice Gießen

Medical Students for Choice Marburg



Medica mondiale e.V.



Netzwerk Frauengesundheit Berlin



Netzwerkstelle Lesben in Hamburg
Lesbenverein Intervention



Omas-gegen-Rechts-Gießen
Grandmas against the Far Right



Politischer Runder Tisch der Frauen Magdeburg
Netzwerk der Frauenvereine/ Projekte und
engagierter Bürger*innen der Landeshauptstadt
Magdeburg



Pro Choice Deutschland e.V.



pro familia Deutsche Gesellschaft für
Familienplanung, Sexualpädagogik und
Sexualberatung e.V.



pro familia Bayern e.V.



pro familia Hamburg e.V.



pro familia NRW e.V.



pro familia Sachsen e.V.



pro:fem - Verbund der Hamburger Frauen- und
Mädcheneinrichtungen e.V.



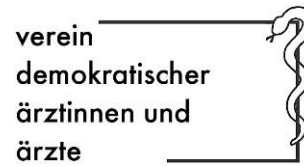
ragazza e.V.



UN Women Deutschland
UN Women Germany



Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte



Vive Žene e.V. Dortmund

