

### **Einleitung: Eine emotionale Entscheidung**

Vor ungefähr einem Jahr hatte ich eine Abtreibung bei Planned Parenthood auf der Madison Avenue. An diese Erfahrung erinnere ich mich mit einem Ausmaß an Dankbarkeit, das ich fast nicht in Worte fassen kann... Viele Menschen glauben noch immer, dass Abtreibung – für eine »gute« Frau – von Gefühlen wie Trauer, Scham oder Reue begleitet sein sollte. Aber wissen Sie was? Ich habe ein gutes Herz, und dennoch hat mich die Abtreibung auf unspezifische Weise einfach glücklich gemacht. Warum sollte ich mich nicht darüber freuen, dass ich nicht gezwungen wurde, Mutter zu werden? (Amelia Bonow, zitiert in: Lindy West, Twitter, 2015)

Viele, die für das Recht auf die freie Entscheidung zur Abtreibung kämpfen, identifizieren und kritisieren seit einiger Zeit ein emotionales Skript, das Frauen beeinflusst, die über Abtreibung nachdenken oder eine vorgenommen haben und sich daran erinnern. Diesem Skript zufolge ist die Entscheidung für eine Abtreibung unglaublich schwer und erfolgt aufgrund außergewöhnlicher Umstände, die außerhalb der Kontrolle der betroffenen Frau liegen. Das Skript verlangt von den Frauen, ihre Abtreibungen zu rechtfertigen, am besten, indem sie darauf verweisen, dass sie das Beste für ihre potentiellen Kinder sei. Weiter verlangt es von ihnen, die Abtreibungen aufgrund von Scham- oder Schuldgefühlen geheim zu halten.

Dieses Narrativ ist Teil des unspezifischen Diskurses, der die politische Debatte über Abtreibung dominiert. Die Vorstellung, Frauen dürften abtreiben, solange sie sich deshalb »richtig, richtig schlecht« fühlen (Pollitt 2014: 37), gleicht die Erkenntnis, dass Abtreibung notwendig ist (und Frauen ungeachtet jeder Gesetzeslage immer abtreiben werden), mit der

Sorge um das Leben des Fötus aus - und mit der damit zusammenhängenden Position, Abtreibung sei in moralischer Hinsicht problematisch. Die Twitter-Kampagne *#ShoutYourAbortion* aus dem Jahr 2015 war eine direkte Antwort auf kulturelle Erwartungen, die vorschreiben, wie Frauen Abtreibungen zu betrachten und zu erleben hätten. Die Kampagne begann, nachdem das US-Repräsentantenhaus ein Gesetz verabschiedet hatte, das der Organisation Planned Parenthood Teile der öffentlichen Gelder entzog. Dies ist eine amerikanische Non-Profit-Organisation, die medizinische Dienste anbietet, speziell in den Bereichen Gynäkologie und Familienplanung (Anm. der Übersetzerin). Die Aktivistin Lindy West twitterte das eben zitierte Statement ihrer Freundin Amelia Bonow weiter und forderte die Frauen auf, ihre Abtreibungen in die Welt »hinauszurufen« und damit jenen das Abtreibungsnarrativ zu entreißen, die es anstelle der Frauen definieren wollten. Wests Aufruf erzielte weltweite Wirkung. Der Hashtag *#ShoutYourAbortion* wurde binnen 24 Stunden 100.000 Mal benutzt - vor allem in den USA, Großbritannien, Australien und Irland (Fishwick 2015).

Die Popularität dieses Hashtags bezeugt, wie stark Frauen vor und nach ihren Abtreibungen von den Erwartungen an sie belastet sind. Diese Erwartungen werden zwar nicht immer ausgesprochen, sind aber weitverbreitet und werden auch nicht hinterfragt. Dieses Buch liefert die erste gründliche Untersuchung der mit Abtreibung verbundenen, allgemeinen Gefühlslage. Es versucht zu zeigen, dass bestimmte Gefühle wiederholt mit Abtreibung assoziiert werden und die kulturelle Bedeutung von Abtreibung für Frauen und für die gesamte Gesellschaft determinieren. Abtreibung wird nicht explizit als falsch oder sündhaft bezeichnet, stattdessen werden die

entsprechenden Gefühle durch die Rhetorik der Entscheidungsfreiheit beeinflusst. Abtreibungen werden in erster Linie nicht dadurch reguliert, dass explizit deren Verbot gefordert wird, sondern indem eine gegen Abtreibung gerichtete Grundstimmung in das Skript über das Erleben einer Abtreibung und deren Folgen eingeschrieben wird, wenn wir beispielsweise immer wieder hören, dass Frauen nach ihren Abtreibungen trauern und sich schämen. Dieses Vorgehen betont die Tatsache, dass sich Frauen selbst für Abtreibungen entscheiden dürfen, warnt aber gleichzeitig alle, dass Abtreibung eine schmerzhaft Erfahrung sei.

Die Rede von der Entscheidungsfreiheit hat sich in den letzten 50 Jahren wie eine Epidemie in der öffentlichen Diskussion über Abtreibung verbreitet. Abtreibung wird weithin als eine Entscheidung der Frau betrachtet und in vielen Zusammenhängen haben schwangere Frauen auch ein Recht auf Abtreibung.

Gleichzeitig scheint es die Möglichkeit einer »glücklichen Abtreibung« nicht zu geben. Wir dürfen annehmen, dass Bonow ihre Abtreibung tatsächlich als »glückliches« Ereignis empfunden hat, doch ihre Aussage war zugleich eine politische Provokation: Warum sollte sie sich nicht freuen, dass sie »nicht gezwungen wurde, Mutter zu werden?« Dieses Buch stellt eine ähnliche Frage. Es untersucht, warum Gefühle, die Abtreibung als eine für Frauen positive und gute Erfahrung darstellen (etwa Erleichterung, Glück, Hoffnung und Dankbarkeit), in öffentlichen Diskussionen über Abtreibung normalerweise ignoriert, unterdrückt oder abgestritten werden. Gewiss, es existieren positive Narrative über Abtreibung, und zwar schon seit Beginn der öffentlichen Diskussion zu Beginn der 1970er Jahre. Wie im Fall Bonows sind diese Narrative allerdings meist defensiv. Die gesellschaftlich allgemein

akzeptierten Formen des Sprechens über Abtreibung betonen Gefühle wie Trauer, Reue, Schuld, Scham und Not und stellen Abtreibung als ein Unglück oder gar eine für Frauen schädliche Erfahrung dar.

Durch die wiederholte Verbindung der Abtreibung mit negativen Emotionen wird eine Erfahrung, die Frauen routinemäßig und ohne Komplikationen oder Spätfolgen durchlaufen, zu einem außergewöhnlichen, anormalen Ereignis erklärt. Ungefähr eine von drei Frauen treibt in ihrem Leben ab (Chan et al. 2001; Jones und Kavanaugh 2011; Norman 2012; Royal College of Obstetricians & Gynaecologists 2011), und 25 Prozent aller Schwangerschaften weltweit enden mit einer Abtreibung (Sedgh et al. 2016). Abtreibung ist also nicht nur sehr weit verbreitet, sondern löst danach auch nur selten langanhaltende negative Gefühle aus. Vielmehr wird in psychologischen und soziologischen Studien häufiger von positiven Gefühlen nach einer Abtreibung berichtet (Charles et al. 2008; Harden/Ogden 1999; Major et al. 2009; National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH] 2011; Romans-Clarkson 1989).

Repräsentationen der Abtreibung spiegeln also nicht die Erfahrungen der Frauen wieder, sondern werden durch Gendernormen bestimmt, die wiederum mit anderen Knotenpunkten der Ungleichheit, etwa Herkunft oder soziale Schicht, in Verbindung stehen. Weil Gender eine dem Wesen nach instabile Kategorie ist und stets neu verhandelt und entwickelt werden muss, sind Repräsentationen von Abtreibung ein Mittel, mit dem Gendernormen naturalisiert und als außerhalb der kulturellen Zusammenhänge stehend bezeichnet werden. Die angebliche Entscheidungsfreiheit der Frauen bezüglich ihrer Mutterschaft verdeckt das strenge emotionale Skript über Abtreibung. Denn die emotionale Welt schwangerer Frauen ist fest definiert:

Weithin wird angenommen, das Leben einer Frau sei auf Mutterschaft ausgerichtet, in der auch das wahre Glücksversprechen für die Frau und speziell für die schwangere Frau liege. In dieser Logik wird Abtreibung ständig mit Gefühlen in Verbindung gebracht, die sie als schwierig, unangenehm und verletzend erfahren. Die Gefühlsökonomie der Abtreibung bringt die Prozedur als solche - mit der die Ablehnung der Mutterschaft signalisiert wird - wieder mit der Norm der Mutterschaft in Einklang. Die Rhetorik der Entscheidungsfreiheit besagt, dass schwangere Frauen entscheiden können, ob sie ihre Schwangerschaft beenden oder fortsetzen wollen, aber stellt Abtreibung zugleich als Abweichung und schädliche Entscheidung dar. Dieses Buch untersucht die Normen, die das Verhalten der Frauen bezüglich Abtreibung beeinflussen - insbesondere jene Normen, die bestimmte Gefühle steuern. Vor der Betrachtung der verschiedenen gesellschaftlichen und kulturellen Kräfte, die unser Verständnis von Abtreibung formen, werde ich einige juristische und nicht-juristische Werkzeuge aufzeigen, die den Zugang der Frauen zu Abtreibung begrenzen.

### **Die Entscheidung für eine Abtreibung**

Entscheidungsfreiheit ist natürlich nur dort ein für die Regulierung von Abtreibung bedeutsamer Diskurs, wo Frauen einen legalen Zugang dazu haben. 66 Länder - in denen ein Viertel der Weltbevölkerung lebt - verbieten Abtreibung gänzlich oder erlauben sie nur, wenn damit das Leben einer Frau gerettet werden soll. Viele dieser Länder befinden sich im globalen Süden und in Zentral- und Ostasien. Natürlich treiben Frauen trotzdem ab - ob legal oder nicht. Tatsächlich

lassen Frauen in Ländern mit restriktiver Gesetzgebung sogar öfter abtreiben als in Ländern, in denen Abtreibung legal ist (Sedgh et al. 2106). Gesetze können Frauen zwar nicht von Abtreibungen abhalten, beeinflussen aber deren gesundheitliche Risiken: Jährlich kommen um die fünf Millionen Frauen nach Abtreibungen ins Krankenhaus und 47.000 sterben daran, und zwar fast ausschließlich in Ländern, in denen Abtreibung illegal ist (World Health Organization 2012).

Seit Beginn der 1970er Jahre ist Abtreibung in den meisten westlichen Ländern nicht mehr in jedem Fall strafbar. Der Abortion Act von 1967 (Großbritannien) erweiterte die Definition der therapeutischen Abtreibung und erlaubte Ärzten explizit, Abtreibungen aus Gründen der psychischen (zusätzlich zur physischen) Gesundheit durchzuführen. Diese Rechtsprechung ersetzte zwar nicht die bis dato bestehenden Gesetze, aber schuf eine Möglichkeit, Abtreibung legal zu rechtfertigen. Die britische Gesetzesreform trug zur Auslösung eines weltweiten Trends bei. Zwischen 1969 und 1982 liberalisierten 40 Länder ihre Abtreibungsgesetze (während nur drei Länder restriktivere Gesetze einführten). Australien, Neuseeland und Kanada nahmen den britischen Abortion Act zum Vorbild. Eine Entscheidung des Obersten Gerichtshofs der USA führte 1973 zu radikaleren Reformen und übertrug den Frauen das Recht auf frühe Abtreibung aus privaten Gründen (Francome 2004: 1).

In Deutschland wurde Abtreibung durch die Reform des Paragraphen 218 medikalisiert. 1972 war das Abtreibungsrecht der DDR mit dem »Gesetz über die Unterbrechung der Schwangerschaft« geändert worden und erlaubte nun die Abtreibung innerhalb der ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft und auch danach, sofern schwerwiegende Gründe vorlagen (Funk 1996: 38-9). Abtreibung war bei der

Vereinheitlichung der Gesetzgebung im Zuge der Deutschen Einheit eines der umstrittensten Themen. 1993 erklärte das Bundesverfassungsgericht ein Gesetz von 1992, das die Abtreibung bis zur zwölften Woche erlaubte, sofern sich die Frau »in besonderer Bedrängnis« befand, für verfassungswidrig, da es gegen das Recht des Fötus auf Leben verstoße. Dem Verfassungsgericht zufolge sei ein Gleichgewicht zwischen den Rechten der Schwangeren und des Fötus nicht möglich, da der Schwangerschaftsabbruch stets das Töten ungeborenen Lebens (vgl. Lamačková 2014: 63) bedeute. Deshalb müsse Abtreibung als solche verboten sein. Das Gericht beschied auch, der beste Schutz des Fötus sei nicht durch Bestrafung zu erreichen, sondern durch entsprechende Beratung, da »wenigstens in der Frühphase der Schwangerschaft [...] wirksame Schutz des ungeborenen menschlichen Lebens nur mit der Unterstützung der Mutter möglich« sei. Die Beratung, so das Gericht, »respektiere die Schwangere als autonome Person, indem es sie als Verbündete für den Schutz des Ungeborenen zu gewinnen versuche« (zit. nach Siegel 2014: 27). In der Folge dieses Urteils wurde 1995 der Paragraph 218 entsprechend geändert. Von nun an war Abtreibung legal, wenn ein Arzt erklärte, sie sei für die Gesundheit der Schwangeren nötig, oder wenn die Schwangerschaft Folge eines Verbrechens - etwa Vergewaltigung oder Inzest - war. Abbrüche aus diesen Gründen waren von nun »rechtswidrig, aber nicht strafbar«, solange die Frau mindestens drei Tage vor dem Eingriff eine staatliche Beratung in Anspruch nahm (Funk 1996:34).

Oft wird der Eindruck erweckt, die Verfassungsgerichte Deutschlands und der USA hätten gegensätzliche Positionen zum Thema Abtreibung, weil Deutschland das Lebensrecht des Fötus in den Mittelpunkt stelle und die USA das Recht der Frau auf

Entscheidungsfreiheit im ersten Trimester der Schwangerschaft. Doch die gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Kontexte von Abtreibung sind in den USA viel umstrittener und insgesamt konservativer als in Deutschland. In vielen amerikanischen Bundesstaaten ist es zudem viel schwieriger, eine Abtreibung durchführen zu lassen (Rebouché 2014: 102-3). Seit den 1970er Jahren nehmen die USA unter den westlichen Ländern eine Ausnahmestellung bezüglich der Abtreibungsgesetze und -politik ein. Die Medikalisierung der Abtreibung war eine »Kompromisslösung« (Glendon 1987). In Ländern, die dieses Reformmodell übernahmen, blieb Abtreibung technisch gesehen weiterhin illegal; Ärzt\*innen oder Abtreibungskomitees entschieden darüber, ob die jeweilige Frau die Kriterien für eine Abtreibung aus therapeutischen Gründen erfüllte. So bestimmten nicht die einzelnen Frauen, sondern Ärzt\*innen über die Abtreibung, die – wenigstens in gesetzlicher Hinsicht – als »medizinisches Problem« gefasst wurde, wodurch die extreme moralische Aufladung des Themas vermieden werden sollte (Lowe 2016: 63-4). Ein ähnlicher Kompromiss ist eben der Status nicht-therapeutischer Abtreibungen in Deutschland, die einerseits ungesetzlich, andererseits aber nicht strafbar sind.

In den USA reformierte der Oberste Gerichtshof das Abtreibungsgesetz und definierte Abtreibung als verfassungsmäßiges Recht. Schnell entwickelte sich eine Struktur »miteinander wetteifernder Rechte«, in denen schwangere Frauen Föten gegenübergestellt wurden. Durch diesen »Zusammenprall der Extreme« (Tribe 1990) entstand eine hochpolarisierte Debatte (Condit 1990: 63; Lee 2003: 96). Das System der miteinander wetteifernden Rechte wurde durch die Tatsache gestützt, dass Abtreibung in der Entscheidung des



Obersten Gerichtshofs von 1973 eindeutig als feministisches Thema definiert worden war. Wie im Verlauf dieses Buchs immer deutlicher werden wird, ist Abtreibungspolitik deshalb so umstritten, weil sie gleichzeitig Genderpolitik ist.

Das Erstarken der Neuen Rechten intensivierte die Verknüpfung von Abtreibung mit Genderfragen und Moral in den USA. Die Neue Rechte erklärte Abtreibung zu einem zentralen Symptom der Dekadenz, als deren Ursachen sie den Niedergang christlicher Moral und der patriarchal strukturierten Kernfamilie identifizierte. Diese politische Entwicklung entsprang zum Teil der Anti-Abtreibungsbewegung der 1970er Jahre und einer in diesem Ausmaß zuvor nicht existenten Annäherung von Katholik\*innen und evangelikalten Protestant\*innen (Petchesky 1981). Das Fehlen einer größeren evangelikalten Gemeinde außerhalb der USA ist einer der Gründe, weshalb die Neue Rechte andernorts nicht im gleichen Maß erstarkt ist (Bean et al. 2008; Lee 2003: 99-100). Zudem ist die Position der Neuen Rechten und der Anti-Abtreibungsbewegung stark an der Haltung der republikanischen Partei orientiert.

Die hochpolitisierte Abtreibungsdiskussion macht die USA zum Epizentrum des weltweiten Aktivismus; die Rhetorik und Strategien von Abtreibungsgegner\*innen und -befürworter\*innen entwickeln sich oft dort, bevor sie in andere Länder getragen werden (vgl. z.B. Lee 2003; McCulloch 2013).

Donald Trump hat Abtreibung erneut als eines der zentralen Themen der politischen Rechten profiliert. Seine Präsidentschaft folgte auf eine Phase, in der Anti-Abtreibungsgesetze in vielen US-Bundesstaaten in bislang nicht gekanntem Ausmaß verschärft wurden. Ein bedeutsames Urteil des US-Verfassungsgerichts von 1992 ermöglichte den Staaten, Maßnahmen einzuführen, um »schwangeren Frauen die Abtreibung

auszureden«, so die Rechtswissenschaftlerin Carol Sanger (2017: 32). Zwischen 2011 und 2013 wurden mehr Abtreibungsgesetze eingeführt (insgesamt 205) als im gesamten vorausgehenden Jahrzehnt. Von 2011 bis 2016 musste ein Viertel der US-amerikanischen Abtreibungspraxen schließen, weil in vielen Staaten die TRAP-Gesetze eingeführt wurden (»Targeted Regulation of Abortion Provider«), nach denen Abtreibungspraxen unter anderem die Infrastruktur und Ausstattung ambulanter Operationszentren aufweisen müssen (Redden 2016).<sup>1</sup> Dem Guttmacher Institute zufolge sind inzwischen die Hälfte der US-amerikanischen Bundesstaaten Abtreibungsrechten gegenüber »feindlich« eingestellt (Boonstra/Nash 2014).

Die Kriminalisierung der Abtreibung macht diese zu einem politisch und juristisch umkämpften Thema (McCulloch/Weatherall 2017). Die Gesetzgebung bestimmt zudem wesentlich die konkrete Abtreibungspraxis. Wie bereits erwähnt, stehen die Abtreibungsgesetze in direktem Zusammenhang mit dem Sterberisiko der Schwangeren und mit Sterblichkeitsraten. In Ländern mit relativ liberalen Abtreibungsgesetzen kann die Rechtsprechung und deren politische Umsetzung den Zugang der Frauen zur Abtreibung aber auf andere Weise beeinträchtigen. Beispielsweise wurden die Abtreibungsgesetze größtenteils vor der Entwicklung der medikamentösen Abtreibung verfasst. In einer medikamentösen Abtreibung blockiert Mifepriston das Hormon Progesteron, wodurch die Gebärmutterschleimhaut abgestoßen wird, während Misoprostol eine Erweiterung der Gebärmutter und somit eine Abstoßung des Fötus verursacht. Diese beiden Medikamente sind am wirksamsten, wenn sie in einem Abstand von ein bis drei Tagen binnen der ersten neun Wochen der Schwangerschaft

eingegenommen werden. Die daraus resultierende Abtreibung ist mit einer starken Menstruationsblutung vergleichbar.

Theoretisch könnten Frauen von ihrer Hausärztin oder ihrem Hausarzt das Rezept für eine medikamentöse Abtreibung erhalten, die Präparate in der Apotheke abholen und selbst einnehmen.

Explizit untersagt ist diese Praxis aber durch Gesetze, mit denen man ursprünglich Abtreibungen durch Kurpfuscher verhindern wollte. Entwickelt wurden diese Gesetze also zu einer Zeit, in der Abtreibung nur operativ möglich war. Sie besagen, dass Abtreibungen nur durch Ärzt\*innen und nur an zugelassenen Orten durchgeführt werden dürfen. So werden Frauen unnötigerweise gezwungen, lange Wege und hohe Kosten (für Reise sowie gegebenenfalls Kinderbetreuung und Arbeitsausfall) auf sich zu nehmen.

In Deutschland dürfen Ärzt\*innen und Krankenhäuser die Durchführung von Abtreibungen ablehnen (außer bei medizinischen Notfällen). Zudem besagt § 219a, dass jeder, der öffentlich Schwangerschaftsabbrüche »anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekanntgibt« (§219a,1, StGB), eine Strafe zahlen oder für bis zu zwei Jahre ins Gefängnis gehen muss. Ärzt\*innen dürfen Frauen über diese Angebote nur in privaten Beratungsgesprächen informieren. 2017 flammte die Diskussion um Abtreibung in Deutschland wieder auf, als ein radikaler Abtreibungsgegner erfolgreich gegen die damals 61-jährige Ärztin Kristina Hänel klagte, auf ihrer Website für Abtreibungen »geworben« zu haben. Hänel hatte über 30 Jahre lang Abtreibungen vorgenommen. Sie war bereits zweimal zuvor angezeigt worden, hatte aber nie vor Gericht erscheinen müssen. Das Amtsgericht Gießen erklärte sie für schuldig und verurteilte sie zu einer Geldstrafe von 6.000

Euro. Hänel argumentierte, sie werbe nicht für Abtreibungen, sondern liefere den Frauen lediglich wichtige Informationen über den Eingriff. Im Dezember 2017 reichte sie im Deutschen Bundestag eine Petition ein. Die 150.000 Unterzeichner\*innen fordern eine Gesetzesreform, damit Frauen Informationen über Abtreibung bekommen können (Deutsche Welle 2017).

Auch Gesetzesreformen bedeuten jedoch keineswegs die garantierte Entscheidungsfreiheit der Frauen bezüglich einer Abtreibung. Echte Entscheidungsfreiheit bestünde nur, wenn diese jeder Frau zugänglich und bezahlbar wäre. In Deutschland finanzieren die Länder Abtreibungen nur, wenn sie aufgrund medizinischer oder krimineller Indikationen (im zweiten Fall nur binnen der ersten zwölf Schwangerschaftswochen) durchgeführt werden, oder wenn das Einkommen der Patientin eine bestimmte Schwelle unterschreitet (Grossman et al. 2016: 6). In Großbritannien, wo die öffentliche Krankenversicherung die Kosten voll übernimmt, warnen Gesundheitsexpert\*innen dennoch vor einer Krise des Abtreibungswesens angesichts »ungleicher Zugangsmöglichkeiten, nicht ausreichend ausgebildetem Personal, Stigmatisierung und einer Kultur der Ausnahmestellung oder gar Ghettoisierung« (Goldbeck-Wood 2017). In Nordirland dürfen Frauen nicht abtreiben (Sheldon 2016) und haben erst im Juni 2017 das Recht auf von der Krankenkasse bezahlte Abtreibungen auf dem Festland errungen (Elgot/McDonald 2017). Frauen in Schottland können nach der 18. Woche faktisch gar nicht mehr abtreiben, obgleich das Gesetz ihnen die Abtreibung bis zur 24. Woche erlaubt (Purcell/Hilton/McDaid 2014). Frauen in Neuseeland müssen von der Zuerkennung der Abtreibung bis zur Durchführung des Eingriffs durchschnittlich vier Wochen warten, weil manche von ihnen lange Strecken zurücklegen müssen oder die beiden

festgelegten Ärzt\*innen lange Zeit für die Zustimmung zur Abtreibung benötigen (McCulloch/Weatherall 2017). 1988 verbannte Kanada die Abtreibung als erstes Land aus dem Strafgesetzbuch. In der Folge boten aber weniger Krankenhäuser den Eingriff an, sodass heute die große Mehrheit der kanadischen Krankenhäuser keine Abtreibungen mehr vornimmt. Deshalb und aufgrund des Mangels an privaten Praxen in vielen Regionen sind Frauen oft gezwungen, für Abtreibungen weite Reisen auf sich zu nehmen. Zwischen 1982 und 2016 gab es beispielsweise auf Prince Edward Island keine Ärzt\*innen, die Abtreibungen durchführten. Viele Regional- und Lokalregierungen weigern sich, für Abtreibungen in Privatpraxen oder außerhalb der eigenen Legislative zu bezahlen (Kaposy 2010; Sethna/Doull 2013). Die medikamentös induzierte Abtreibung, die in Frankreich schon seit 1988 erhältlich ist, wurde kanadischen Frauen erst 2017 zugänglich gemacht. Auch sie wird von den meisten Regionalverwaltungen nicht bezahlt und aufgrund strenger regulatorischer Richtlinien nur in wenigen Großstädten angeboten (Vogel 2017). Fehlende finanzielle Ressourcen können also den Zugang von Frauen zu Abtreibung einschränken. Gleichzeitig können sie auch dazu führen, dass Frauen Schwangerschaften beenden, die sie unter anderen Bedingungen begrüßen würden. Wie im Folgenden erläutert wird, ist die Rede von der Entscheidungsfreiheit bedeutungslos, solange Elternschaft für viele Frauen finanziell nicht in Frage kommt. Echte Entscheidungsfreiheit bestünde aber vor allem nur, wenn auch die Abtreibung als legitime Entscheidung anerkannt werden würde, die Schwangere routinemäßig und unproblematisch treffen können. Abtreibung ist zwar statistisch betrachtet normal, aber weit davon entfernt, normativ zu sein.

Der Ausnahmestatus der Abtreibung ist im deutschen Gesetz festgeschrieben. Beispielsweise sagte die Richterin während der Urteilsbegründung im Fall Kristina Hänel, das Gesetz, das Ärzt\*innen Werbung für die Durchführung von Abtreibungen verbiete, sei so gewollt, denn: »Der Gesetzgeber möchte nicht, dass über den Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit diskutiert wird, als sei es eine normale Sache« (*Tagesspiegel*, 24.11.2017). Dass Abtreibung nicht normativ ist, zeigt sich in Deutschland auch deutlich in der Beratungsklausel, die für nicht medizinisch oder kriminell indizierte Abtreibungen gilt – und damit für die große Mehrheit aller Abtreibungen. Die gesetzlich verpflichtende Beratung soll explizit das Leben des Fötus schützen und die Frauen von dem Vorhaben der Abtreibung abbringen. Die Berater\*innen müssen die Frauen über das Recht des Fötus` auf Leben informieren und ihnen Alternativen zur Abtreibung aufzeigen (Funk 1996: 50). In der Praxis gibt es ganz verschiedene Beratungsstellen, von denen manche auch der Autonomie der Frauen Priorität geben (Rebouché 2014: 103). Die gesetzlich vorgeschriebene Beratung und eine erzwungene Wartezeit von drei Tagen zwischen der Beratung und der Abtreibung (die in den USA als »Abkühlphase« und in Frankreich als »Bedenkzeit« genauso existiert) stellen die Abtreibung als überstürzte und abweichende Entscheidung dar, von der man die Frauen besser abbringen sollte oder die man, falls das nicht möglich ist, erst nach einer geraumen Phase des Nachdenkens durchführen sollte (Siegel 2007). Solche Maßnahmen suggerieren auch, dass Frauen nicht über ihre Entscheidungen nachdenken würden, wenn sie nicht rechtlich dazu verpflichtet werden. Zudem siedeln sie das moralische Handlungsvermögen von Frauen unterhalb der vom Staat festgesetzten Verantwortung für den Schutz des fötalen Lebens an (Dickens 2014: 222).

Abtreibungspolitik ist heute vor allem Kulturpolitik. Abtreibungsgegner\*innen berufen sich oft auf »Herz und Kopf«, und in der akademischen Debatte wird im Zusammenhang mit Abtreibung häufig der Begriff »Kulturkrieg« verwendet (Mouw/Sobel 2001). Abtreibungsaktivist\*innen, die ursprünglich auf Gesetzesänderungen gepocht haben, beschäftigen sich nun vor allem mit den »verschiedenen gesellschaftlichen Bedeutungen« von Abtreibung (Condit 1990: 7). Der Slogan von ProWomenProLife, dem 1997 gegründeten, bekanntesten Anti-Abtreibungs-Blog Kanadas, lautet beispielsweise: »Für ein Kanada, das sich gegen die Abtreibung entscheidet.« Der Blog definiert Abtreibung als »moralisches, kulturelles und philosophisches Problem, das unauflöslich mit unserer Haltung zu Sexualität, Mutterschaft und Ehe« verbunden sei. Ziel des Blogs sei es nicht, Abtreibung wieder unter Strafe zu stellen, sondern auf die »Kultur der Frauen« einzuwirken (zit. nach Saurette/Gordon 2013: 166). Feministische Verfechter\*innen des Rechts auf Abtreibung vertreten schon lange den Standpunkt, Abtreibung sei verzahnt mit einer kulturellen und politischen Debatte über genau diese Themen – Sexualität, Mutterschaft und, in geringerem Maße, Ehe –, und betrachten die damit verbundenen Gender-Rollen als Strukturen der Unterdrückung (vgl. z.B. Boyle 1997; Lowe 2016; Luker 1984; Petchesky 1984). Der gegenwärtige kulturelle Umgang mit Abtreibung hat konkrete materielle Auswirkungen; er fungiert als Begründung des fehlenden Engagements des Staates für den Zugang zu Abtreibungen und stigmatisiert Ärzt\*innen, die diese vornehmen. Aus diesem Grund sind nicht genug entsprechend ausgebildete Fachleute fähig und willens, Abtreibungen anzubieten (Harris et al. 2011, Martin et al. 2014). Kulturelle Bedeutungen von Abtreibung bestimmen zudem, wie

Frauen Abtreibung erleben (Cockrill/Nack 2013; Major/Gramzow 1999) und wie Freund\*innen, Familienmitglieder und das weitere Umfeld die Entscheidungen der Frauen beurteilen und bewerten (Lowe 2016).

Abtreibungskulturen beeinflussen auch die Gesetzgebungskontexte. Moralische und soziale Codes, die weibliche Sexualität fest mit Mutterschaft verbanden, stützten die Kriminalisierung der Abtreibung. Innerhalb der strengen normativen Grenzen der Keuschheit und späteren Ehe und Mutterschaft war der Wunsch einer Frau nach Abtreibung – als Zeichen sexueller Aktivität außerhalb der Ehe oder als Zeichen der Verweigerung von Mutterschaft – nahezu unaussprechlich, obwohl weit verbreitet (Luker 1984: 15-16). In Ländern, die Abtreibungen zu Beginn der 1970er Jahre medikalisierten, stützten genderabhängige Machtverhältnisse die Vorstellung, die Entscheidung über die Abtreibung sollten Ärzt\*innen – und nicht Frauen – treffen. Solche Gesetze stellten die Entscheidungen von Frauen als emotional, überstürzt und potentiell falsch dar und legten nahe, Frauen müssten von informierten, rationalen (Code für: männlichen) Mediziner\*innen betreut und geleitet werden (Sheldong 1993: 98).

Wissenschaftler\*innen haben die normativen Einschränkungen anhand des Abtreibungsstigmas und der Darstellung von Abtreibung als »schreckliches« Ereignis untersucht. Sie argumentieren, Abtreibung werde in der überwältigenden Mehrheit der Fälle mit negativen Begriffen verknüpft, die von unangenehm bis entsetzlich reichten (Hadley 1997; Hanschmidt et al. 2016; Pollitt 2014). Selbst wenn Abtreibung als notwendig angesehen wird, bleibt sie doch stets etwas, das es zu vermeiden gilt und das für Frauen großes Unglück bedeutet. Durch die Darstellung der Abtreibung als schreckliches



Ereignis erscheint Mutterschaft als das einzig unproblematische Ergebnis einer Schwangerschaft und Abtreibung somit als von der Norm abweichende, schädliche Entscheidung für Frauen.

Dieses Buch fragt, wie die Bedeutung von Abtreibung entsteht. Untersucht werden dabei mehrere »öffentliche Diskurse« (Condit 1990: 6), darunter Zeitungen, Literatur von Abtreibungsaktivist\*innen, Parlamentsdebatten, politische Reden sowie psychologische und soziologische Studien darüber, wie Frauen Abtreibung erleben. Die Kampagne *#ShoutYourAbortion* konnte international so stark greifen, weil das vorherrschende emotionale Narrativ über Abtreibung über nationale Grenzen hinweg Geltung hat. Mein Untersuchungsmaterial stammt aus den englischsprachigen westlichen Ländern. Australien, Kanada, Neuseeland, dem Vereinigten Königreich und den Vereinigten Staaten von Amerika teilen eine Sprache und die Geschichte des Commonwealth, haben gemeinsame Rechts- und Wirtschaftssysteme und ein Netzwerk politischer und wirtschaftlicher Beziehungen (Vucetic 2011: 2). Viele meiner Argumente lassen sich aber auch auf Westeuropa übertragen; allerdings besteht dort kein homogener Kontext. Beispielsweise herrschen in Irland, Malta und Polen noch immer restriktive Gesetze (Lowe 2016: 20). Theoretiker\*innen des Postkolonialismus haben Begriffe wie »Anglosphäre«, »Westen« oder »Industrielländer« kritisiert. Sie argumentieren, diese Begriffe stellten eine hierarchische Beziehung zwischen »dem Westen und dem Rest« her, der zudem eine Reihe wirtschaftlicher und geopolitischer Privilegien zugrunde lägen. Beispielsweise ist der Begriff Anglosphäre zutiefst rassistisch geprägt, da er auf einer konstruierten Zugehörigkeit basiert und »ein zentrales, hauptsächlich weißes Selbst einem peripheren, hauptsächlich nicht-weißen Anderen

gegenüberstellt« (Vucetic 2011: 6). Der »Westen« und der »anglophone Westen« sind keine geographischen Regionen, sondern ideologische Begriffe, die durch Wiederholung kontinuierlich reproduziert werden (Hall 2006). Die Rede von der »Entscheidungsfreiheit«, insbesondere in Bezug auf Frauen, ist einer der Konstruktionsmodi dieses »Westens« und stellt ihn als anders und dem »Rest« überlegen dar. Frauen im Westen, so wird behauptet, seien frei. Ihre Freiheit wird an den Entscheidungen gemessen, die sie treffen können, vor allem wenn diese mit Sexualität und Mutterschaft zu tun haben (Kapitel 4). Das vorliegende Buch ist eine Kritik dieses Diskurses.

Innerhalb des englischsprachigen Westens fokussiert diese Untersuchung vor allem auf Australien. Die australische Abtreibungspolitik und der zugehörige Diskurs waren seit jeher transnational, wobei die amerikanischen und britischen Einflüsse am deutlichsten zu erkennen sind. Die australische Fallstudie liefert zudem einen beispielhaften Kontext zur Untersuchung der normativen Annahmen, die auf die liberale Abtreibungsgesetzgebung einwirken. Sally Sheldon (2017) hat sich mit den (vermutlich geringen) Auswirkungen der Gesetzesreform zu Abtreibung als Dienstleistung im australischen Bundesstaat Victoria beschäftigt und festgestellt, dass jene, die »Gesetzesreformen in anderen Rechtssystemen wie beispielsweise dem Vereinigten Königreich betrachten, die dortigen Entwicklungen beobachten sollten«. Das vorliegende Buch untersucht einen spezifischen Zeitraum: Ausgangspunkt sind die Reformen der späten 1960er Jahre, die viele westliche Länder beeinflussten. Endpunkt ist die gegenwärtige Situation: durch die Entkriminalisierung der Abtreibung in Kanada und vier australischen Bundesstaaten

scheinen die Ziele vieler Aktivist\*innen und Wissenschaftler\*innen, die sich für das Recht auf Abtreibung einsetzen, erreicht. Ein breiterer Trend scheint sich abzuzeichnen. Dieser rechtlichen Entwicklung liegen bedeutsame Veränderungen der kulturellen Bedeutung von Abtreibung zugrunde.

---

### **Anmerkung**

<sup>i</sup> Das Urteil des Obersten Gerichtshofs im Verfahren *Whole Women's Health vs. Hellerstedt* (2016) besagte, dass die in Texas eingeführten TRAP-Gesetze nicht verfassungsgemäß waren. Dieses Urteil stellt sicher, dass viele solcher Gesetze abgeschafft und keine weiteren Regelungen nach dem Vorbild von TRAP eingeführt werden. Unklar bleibt allerdings, ob in Folge dieser Gesetze geschlossene Kliniken wiedereröffnen werden (Sanger 2017: 34-6).