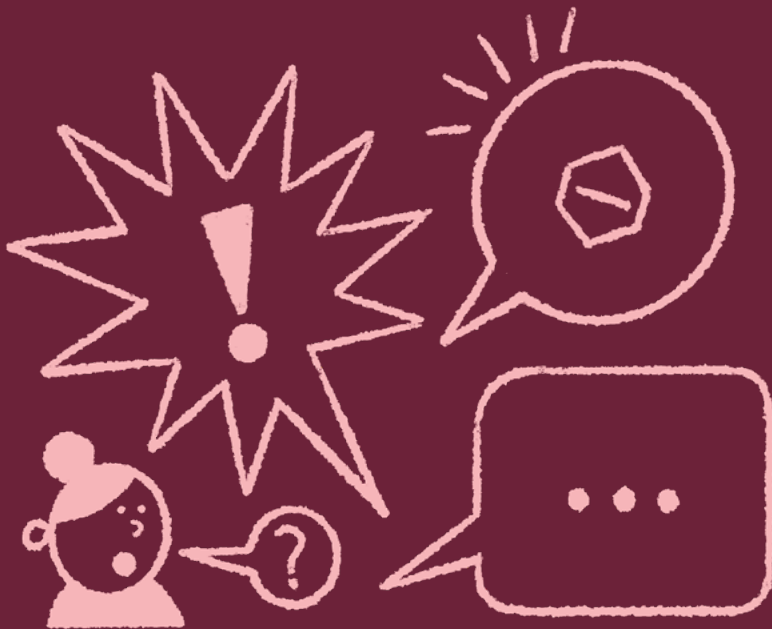


ABTREIBUNG IST IMMER TRAUMATISCH



UND ANDERE LÜGEN



Ein Leitfaden für Journalist*innen, Forscher*innen, Politiker*innen und alle anderen, die sachlich und ohne Stigmatisierung über Schwangerschaftsabbrüche sprechen möchten.



INHALT

4	EINLEITUNG
7	SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE IN DEUTSCHLAND
9	FAKTEN ÜBER SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE
12	KONTEXT ZUM LEITFADEN
14	BEWÄHRTE PRAXIS: KOMMUNIKATION ÜBER SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE
24	WIR HELFEN IHNEN, DIE RICHTIGEN FRAGEN ZU STELLEN
29	BERICHTERSTATTUNG ÜBER SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE NACH DEM ERSTEN TRIMESTER
33	METHODEN DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS IN DEUTSCHLAND
36	HELFEN ODER SCHADEN SIE?
38	WEITERE RESSOURCEN
40	WER HAT DIESEN LEITFADEN ERSTELLT?
42	FUSSNOTEN

Wenn wir - Schriftsteller, Aktivisten, Journalisten, Filmemacher, Politiker, Studierende - über Schwangerschaftsabbrüche kommunizieren, verfügen wir über sehr viel Macht - die Macht, aufzuklären oder falsch zu informieren; Menschen zu ermutigen, oder Angst und Furcht zu schüren.

Wir haben die Pflicht, Abbrüche als das darzustellen, was sie sind: reguläre medizinische Eingriffe. Weltweit werden jährlich **73 Millionen Abbrüche** vorgenommen. Etwa jede zwölfte Frau in Deutschland hat in ihrem Leben mindestens einmal einen Abbruch.¹ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sagt, dass ein Schwangerschaftsabbruch ein grundlegender und notwendiger Bestandteil der Gesundheitsversorgung ist und dass Einschränkungen in diesem Bereich ein zentrales Problem für die öffentliche Gesundheit und die Menschenrechte sind. Abbrüche sind eine

alltägliche Realität - und dennoch stark stigmatisiert. Der öffentliche Diskurs prägt maßgeblich, wie Menschen über Schwangerschaftsabbrüche denken und sprechen. Die verwendete Sprache kann entscheidend dafür sein:



Doch oft werden Fehl- und Desinformationen verbreitet. Unsensible Sprache trägt zur Stigmatisierung bei und befeuert polarisierte Debatten.

Dieser Leitfaden wurde von einer Gruppe von Gesundheitsdienstleister*innen, Journalist*innen und Aktivist*innen erstellt, die sich für den Zugang zu Schwangerschaftsabbruch einsetzen. Es hilft Ihnen dabei, sachlich, korrekt und ohne Stigma über Abbrüche zu schreiben und zu sprechen, sodass ein Abbruch als normaler medizinischer Eingriff und Gesundheitsversorgung dargestellt wird. Wenn Sie diesen Leitfaden beachten, können Sie dazu beitragen, dass über Abbrüche besser berichtet und kommuniziert wird.



SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE IN DEUTSCHLAND

Obwohl Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland unter bestimmten Bedingungen möglich sind, bleiben sie gemäß § 218 Strafgesetzbuch (StGB) ^{2 3} rechtswidrig und sind nur nach der „Fristenregelung“ des Schwangerschaftskonfliktgesetzes straffrei.⁴ Ein Abbruch darf ausschließlich von Ärzt*innen in zugelassenen Einrichtungen und nur nach Vorlage eines Beratungsscheins einer staatlich anerkannten Stelle vorgenommen werden nach einer drei täglichen Wartefrist (§ 218a Abs. 1 StGB).⁵ Eine medizinische Notlage ist nicht erforderlich. Bei medizinischer Indikation ist in Bezug auf die Schwangerschaftswoche keine gesetzliche Frist festgelegt, aber bestimmte Bedingungen müssen dennoch erfüllt sein.⁵

Im Jahr 2023 wurden in Deutschland rund **106.000 Schwangerschaftsabbrüche** vorgenommen – **12 %** höher als in 2021.⁶ **96 %** fanden vor der zwölften Schwangerschaftswoche statt, **68 %** vor der achten.⁶ Circa **44 %** der Personen, die einen Abbruch vornehmen ließen, waren

zwischen 25 und 34 Jahre alt, und **59 %** hatten bereits mindestens ein Kind.⁷ Etwa jede zwölfte Frau in Deutschland hat in ihrem Leben einen Schwangerschaftsabbruch.¹ In 2021 führten nur noch **1.092 Praxen und Kliniken** Abbrüche durch – halbiert seit 2003.⁸

Ein Schwangerschaftsabbruch kostet in Deutschland je nach Methode zwischen **300 – 700 Euro**. Die gesetzliche Krankenversicherung übernimmt die Kosten nur, wenn medizinische oder kriminologische Indikationen vorliegen oder wenn die schwangere Person als sozial benachteiligt gilt – in diesem Fall übernimmt das jeweilige Bundesland die Kosten nach Einreichung eines Antrags auf Kostenübernahme bei der gesetzlichen Krankenkasse.^{9,10} Dabei erfährt die Krankenkasse nicht den konkreten medizinischen Grund, was zur Wahrung der Vertraulichkeit beiträgt.¹¹ Jugendliche ab **16 Jahren** können eigenständig in einen Abbruch einwilligen, sofern sie als einwilligungsfähig gelten. Bei Personen unter 16 Jahren ist in der Regel die Zustimmung einer erziehungsberechtigten Person notwendig, es sei denn, die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt erkennt die Entscheidungsfähigkeit der minderjährigen Person an.¹²

FAKTEN ÜBER SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE

➔ **Abbrüche sind weit verbreitet**

In Deutschland wird jede zweite ungewollte Schwangerschaft abgebrochen. Jährlich entscheiden sich **73 Millionen Menschen** weltweit für einen Abbruch.

➔ **Jede Art von Mensch hat einen Abbruch**

Es ist eine gemeinsame Erfahrung von verheirateten und alleinstehenden, Eltern, Menschen ohne Kinder, trans* und nicht-binären Menschen, Beschäftigten und Erwerbslosen, Menschen jeden Alters und mit unterschiedlichem religiösem Hintergrund. Verschiedenste Menschen haben oder könnten einen Schwangerschaftsabbruch haben.

➔ **Schwangerschaftsabbrüche sind Gesundheitsversorgung**

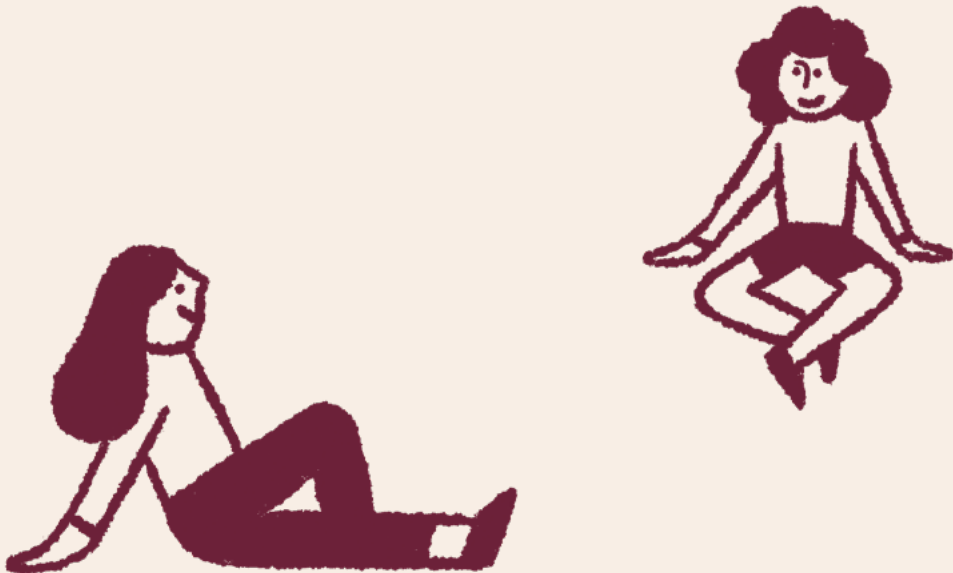
Nach WHO-Einschätzung gehören Schwangerschaftsabbrüche zu grundlegenden Gesundheitsleistungen. Sie sind eine medizinische Behandlung, die sicher und effektiv von Fachkräften durchgeführt werden kann – medikamentös oder durch einen kurzen operativen Eingriff.¹³

➔ Schwangerschaftsabbrüche sind sicher

Ein Abbruch ist **14 Mal** sicherer als eine Geburt, basierend auf geschätzten Sterblichkeitsraten im Zusammenhang mit Lebendgeburten und legalen Abbrüchen in den USA 1998–2005.¹⁴ 2022 verliefen **97 %** aller Abbrüche in Deutschland ohne Komplikationen.¹⁵

➔ Abtreibung wird unterstützt

In 2023 befürworten **74 %** der Deutschen das Recht auf Schwangerschaftsabbruch – ein Anstieg von **11 %** seit 2019.¹⁶



➔ Einschränkungen verursachen Schaden

Zugangsbeschränkungen für Schwangerschaftsabbrüche verringern nicht deren Häufigkeit.¹⁷ Die WHO definiert einen sicheren und zeitnahen Zugang als zentral für die öffentliche Gesundheit und Menschenrechte.

➔ Menschen bereuen selten Schwangerschaftsabbrüche

Studien zeigen: **95 %** von Menschen empfinden Ihren Abbruch als richtige Entscheidung – und fühlten sich vor allem erleichtert.^{18 19}



Laut einer USA-Studie empfinden Journalist*innen es schwierig, und dazu eine hohe Verantwortung, über Abbrüche neutral und sachlich zu berichten.^{20 21} Viele fühlen sich unter Druck gesetzt, in ihrer Berichterstattung „beide Seiten“ zu vertreten. Das Ergebnis: übermäßig politisierte Artikel, medizinisch ungenauen Inhalte und Reproduktion von Falschinformationen.²¹ Viele Menschen sind schlecht informiert und akzeptieren Fehlinformationen als Tatsache.

Gerade deshalb haben Journalist*innen eine besondere Rolle: Sie können Kontext geben, Fakten einordnen und fundierte Stimmen hörbar machen. Am wirksamsten gelingt dies durch Gespräche mit Expert*innen aus Gesundheitsversorgung, Forschung oder Beratung, die Fachwissen besitzen und eine Pro-Choice-Haltung vertreten. Wer hingegen Personen zitiert, die Abtreibungen ablehnen, ohne geprüfte wissenschaft-



liche Quellen zu nennen, verbreitet diese Fehlinformationen und erweckt den falschen Eindruck einer gleichwertigen Gegenposition. Scheinbare Ausgewogenheit darf nicht zulasten journalistischer Sorgfalt gehen.

Stimmen von Abtreibungsgegner*innen ohne empirische Belege oder überprüfte Daten sollten nicht für „Ausgewogenheit“ genutzt werden. Falls sie dennoch erscheinen, muss klar sein: Wer sind sie? Welche Qualifikation haben sie? Sind ihre Aussagen evidenzbasiert? Wurden ihre Statistiken geprüft?



➔ **Schwangerschaftsabbrüche sind nicht ungewöhnlich.**

Sie kommen häufig vor, sind wichtig, sicher und finden weltweit täglich statt. Dennoch erwähnen Medien nicht, wie verbreitet sie sind und wie stark die Öffentlichkeit und Fachgremien ihren Zugang unterstützen. Medienkonsument*innen haben Anspruch auf Kontext. Viele Menschen nehmen Abbrüche vor und zahlreiche Fachkräfte, Aktivist*innen, Wissenschaftler*innen und politische Entscheidungsträger*innen ermöglichen einen sicheren Zugang. Gebe diesen Menschen eine Plattform. Manche Anti-Choice-Gruppen geben sich als neutrale Beratungsstellen oder Forschungseinrichtungen aus, um Desinformationen zu verbreiten. Wenn Sie solche Akteur*innen zitieren, sorgen Sie unbedingt für Transparenz und korrigieren Sie falsche Angaben.

➔ **Berichten Sie über reale Abbruchserfahrungen.**

Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbrüchen sind individuell. Menschen können am besten über ihre eigenen Erlebnisse sprechen. Zitate von Personen, die einen Abbruch haben vornehmen lassen, sowie von anerkannten Expert*innen vermitteln ein realistisches Bild und zeigen, dass Abbrüche Teil normaler Gesundheitsversorgung sind. Doch gilt: Eine Erfahrung ist eine Perspektive – für jede Geschichte gibt es Tausende andere. Deshalb sollten auch Fachkräfte aus Medizin, Beratung und unterstützenden Organisationen zu Wort kommen. Da viele Leser*innen und politische Entscheidungsträger*innen keine eigene Abbruchserfahrungen haben, sind authentische Erfahrungsberichte ein wertvoller Beitrag zur Aufklärung.

➔ **Urteile nicht.**

Vermeiden Sie reißerische oder emotionale Sprache, wenn Sie Menschen mit Erfahrungen oder Gründe für einen Abbruch beschreiben. Solche Darstellungen verstärken die Vorstellung, dass es „gute“ und „schlechte“ Abbrüche gäbe oder nur manche Menschen einen Abbruch „verdienen.“ Jeder Mensch hat das Recht auf sichere medizinische Versorgung und verlässliche Informationen – unabhängig von Alter, Herkunft, Geschlechtsidentität, Behinderung, Religion, Familienstand oder sexueller Orientierung.

➔ Wählen Sie Ihre Worte mit Bedacht.

Sprache formt Wahrnehmung. Vermeiden Sie Sprache, die moralisierend, abwertend oder irreführend sind. Verwenden Sie sachliche und neutrale Sprache.

VERWENDE: Embryo, Fötus

NICHT: „Ungeborenes Kind“, „Baby“

Nur die schwangere Person entscheidet, ob sie den Fötus als Kind bezeichnet. Benutzen Sie wissenschaftliche Begriffe.

VERWENDE: Schwangerschaft

NICHT: Wunder des Lebens

„Schwangerschaft“ ist medizinisch neutral und inklusiv.

VERWENDE: Schwangere Person

NICHT: Mutter

Eine Schwangerschaft macht eine Person nicht automatisch zur Mutter.



VERWENDE: Partner/andere Person, die an der Schwangerschaft beteiligt ist

NICHT: Vater

Biologische Zeugung ≠ Elternrolle.

VERWENDE: Straftäter, Vergewaltiger

NICHT: Vater

Ein Verbrechen sollte nicht durch familiäre Begriffe verharmlost werden.

VERWENDE: Verhütungsmittel

NICHT: Abtreibungshelfer

Der Begriff "Abtreibungshelfer" wird von Abbruchs- und Verhütungsgegnern verwendet, um diese beiden Begriffe zu vermischen.

VERWENDE: Schwangerschaften verhindern

NICHT: Schwangerschaftsabbrüche verhindern

Sexualaufklärung und Verhütung verhindern Schwangerschaften. Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern beruht auf dem Glauben, dass Abbrüche falsch sind.

VERWENDE: Abbruchsgegner

NICHT: Lebensretter

Viele Menschen, die das Recht auf Schwangerschaftsabbruch befürworten, befürworten auch Lebenshilfen wie Kinderbetreuung, Gesundheitsversorgung und Waffenstillstände.

VERWENDE: Abbruch im 2. / 3. Trimester

NICHT: Späte Abtreibung

Eine Schwangerschaft wird in Trimestern gemessen. Die meisten Abbrüche werden vor der zwölften Schwangerschaftswoche durchgeführt. Aber Abbrüche nach diesem Zeitpunkt sind nicht "spät" oder "schlecht".

VERWENDE: Sichere Schwangerschaftsabbrüche, Abbrüche außerhalb des Gesundheitssystems, legale Abbrüche

NICHT: Unsichere Abtreibung/Abbrüche, illegale Abtreibung/Abbrüche, Abtreibung/Abbrüche auf der Straße

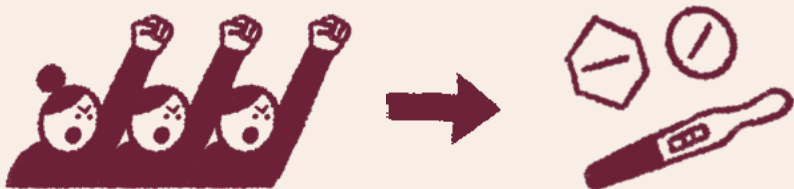
Viele Abbrüche außerhalb staatlicher Systeme erfolgen nach WHO-Standards sicher. Es ist falsch, dass alle illegalen Abbrüche automatisch unsicher sind. Ebenso gilt: Nicht jeder Abbruch außerhalb staatlicher oder regulierter Gesundheitssysteme ist illegal. In vielen Ländern gibt es keine strafrechtlichen Vorschriften gegen selbst durchgeführte Abbrüche. In Polen ist es z. B. nicht strafbar, wenn eine Person einen Abbruch an sich selbst vornimmt, in Deutschland hingegen schon.



➔ Verwenden Sie relevante und repräsentative Bilder.

Medienberichte benutzen häufig visuelle Klischees: stark vergrößerte Babybäuche ohne Gesicht, Ultraschallbilder aus dem dritten Trimester oder Fotos von Protesten mit wütenden Demonstrant*innen. Solche Bilder verzerren die Realität. Sie vermitteln den Eindruck, dass Abbrüche meist spät erfolgen oder ausschließlich ein politisch umkämpftes Thema sind. In Wahrheit finden die meisten Abbrüche in den ersten zwölf Wochen statt, oft noch bevor eine Schwangerschaft sichtbar ist.

Realistischere und sachlichere Bildmotive wären z. B. ein positiver Schwangerschaftstest oder eine Medikamentenverpackung.



➔ Vermeiden Sie Diskriminierung.

Menschen aller Altersgruppen, Nationalitäten, sexuellen Orientierungen, Geschlechter, Verfassungen usw. haben Schwangerschaftsabbrüche. Nicht alle Personen, die in Deutschland leben und einen Abbruch haben, sind deutsche Staatsangehörige – viele sind Migrant*innen, Studierende oder Geflüchtete. Auch religiöse Menschen – z.B. muslimische, jüdische oder katholische – haben Abbrüche. Nicht alle Betroffenen sind Frauen; auch trans* und nicht-binäre Menschen können schwanger werden und Abbrüche vornehmen lassen.

➔ Der Begriff „Lebensfähigkeit“.

Der Begriff „fötale Lebensfähigkeit“ wird häufig als rechtliches oder moralisches Kriterium herangezogen, doch seine Bedeutung ist viel komplexer als oft dargestellt. Er bezeichnet den Zeitpunkt, ab dem ein Fötus außerhalb des Uterus überlebensfähig wäre, häufig jedoch nur mit erheblichem medizinischen Aufwand. In Deutschland spielt die Lebensfähigkeit bei der rechtlichen Beurteilung eines Schwangerschaftsabbruchs keine zentrale Rolle. Selbst innerhalb der medizinischen Fachwelt gibt es unterschiedliche Auffassungen darüber, wann Lebensfähigkeit eintritt. Das Thema ist sensibel und wird häufig emotional diskutiert. Wenn Sie darüber berichten, empfehlen wir dringend, mit medizinischen Fachpersonen zu sprechen.

➔ „Fötale Schmerzen“.

Diskussionen über „fötale Schmerzen“ werden häufig von Abbruchsgegner*innen genutzt, um gesetzliche Fristen zu verkürzen. Medizinisch dient der Kenntnisstand über das Schmerzempfinden v. a. als Grundlage für Abläufe und Behandlungen, regelmäßig aktualisiert nach wissenschaftlichen Erkenntnissen. Berichte sollten auf Ärzt*innen und wissenschaftlich fundierte Quellen stützen – nicht auf politische Rhetorik.

➔ Respektieren Sie unsere Ressourcen.

Medizinische Fachkräfte, Berater*innen und Aktivist*innen stehen unter hohem Druck. Ihre Priorität sind die Menschen, die einen Abbruch benötigen. Informieren Sie sich vorab über die rechtlichen Rahmenbedingungen, Zugangsbarrieren und die Arbeit der jeweiligen Organisation. Einige Journalist*innen möchten persönliche Geschichten in ihre Beiträge einbauen. Doch medizinische Einrichtungen und Unterstützungsnetzwerke sind dem Schutz der Privatsphäre verpflichtet. Sie vermitteln in der Regel keine direkten Kontakte zu Betroffenen, insbesondere nicht zu Menschen, die zusätzlich marginalisiert sind oder besonderen Schutz benötigen.

➔ Halten Sie dem Druck stand.

Wer über Schwangerschaftsabbrüche berichtet, trifft häufig auf Widerstände: schlecht informierte Redakteur*innen zu reißerischen Überschriften. Widerstehen Sie! Ihre Sprache und Herangehensweise beeinflussen öffentliche Wahrnehmung, Politik und Leben Betroffener. Wenn Sie mit anderen in Konflikt geraten, stehen Sie nicht allein da: Wir unterstützen Sie mit Fakten, Argumentationshilfen und solidarischer Beratung. Kontaktieren Sie uns.



Gespräche über Abbrüche geraten schnell in emotionale oder ideologisch aufgeladene Debatten. Gegner*innen agieren oft mit erheblichen finanziellen Ressourcen und strategischer Medienkompetenz.

Wir beobachten seit Jahren wiederkehrenden Muster und Rhetoriken solcher Akteur*innen – und helfen, diese einzuordnen, kritisch zu hinterfragen und sachlich zu kontern.

Der Mythos der „zwei Extreme“



Häufig heißt es, die Debatte um Schwangerschaftsabbrüche bestehe aus zwei radikalen Polen: Befürworter*innen und Gegner*innen. Doch das ist verzerrt. Die eigentlichen Extreme wären: Menschen, die alle Schwangerschaften be-

enden wollen – eine Position, die real nicht existiert – und Menschen, die alle Abbrüche verbieten möchten – eine Position, die in vielen Ländern politisch aktiv vertreten wird. Befürworter*innen wollen, dass jede Person frei entscheiden kann, ob oder wann sie ein Kind bekommt. Gegner*innen fordern, dass niemand abtreiben darf. Sie sind gegen Selbstbestimmung. Diese Positionen sind nicht gleichmäßig vertreten. In Deutschland unterstützen **74 % der Deutschen** das Recht auf Wahlfreiheit. Nur eine kleine Minderheit ist gegen alle Abbrüche. Es ist daher irreführend, beide Positionen als gleich stark oder extrem darzustellen.

Argumente gegen Abbrüche entkräften



Kritik an Schwangerschaftsabbrüchen wird oft als „vernünftig“ oder „ausgewogen“ präsentiert, z.B. um gesetzliche Fristen oder die vermeintliche Nutzung von Abbrüchen als Verhütungsmethode. Doch solche Darstellungen dienen dazu, die Autonomie schwangerer Personen schrittweise zu untergraben. In solchen Situationen ist es hilfreich, zu Fragen: „Unter welchen Umständen würden diese Personen einen Abbruch akzeptieren?“ Denn der zentrale Unterschied zwischen Befürworter*innen und Gegner*innen liegt nicht in der Bewertung von Abbrüchen, sondern in der Haltung zur Selbstbe-

stimmung. Befürworter*innen sagen: Die Entscheidung liegt bei der schwangeren Person. Gegner*innen sagen: Der Staat oder andere sollten diese Entscheidung für sie treffen dürfen.

Abbrüche sind nicht traumatisch



„Niemand möchte je einen Abbruch.“ „Es ist immer eine schwierige Entscheidung.“ „Es ist die schwerste überhaupt.“ Solche Formulierungen, verwenden Journalist*innen oft, wenn sie nach Gesprächspartner*innen zum Thema Abtreibung suchen – meist verbunden mit dem Versprechen, „sensibel“ zu sein. Doch genau diese wiederholte Darstellung als belastende oder beschämende Erfahrung verstärkt das Stigma. Ist ein Abbruch wirklich schwer oder ist es das gesellschaftliche Urteil, das ihn so schwierig erscheinen lässt?

Politik vs. Realität



Abtreibung wird meist als politisches Thema behandelt. Die Debatte dreht sich oft um ihre Rechtmäßigkeit, wodurch der Fokus auf Einschränkungen oder -verboten liegt. Doch Verbote und Beschränkungen berücksichtigen weder die Grün-

de, aus denen sich Menschen für einen Abbruch entscheiden, noch die wirtschaftlichen, sozialen oder ökologischen Faktoren, die sie beeinflussen. Beschränkungen verzögern außerdem den Zugang zu Gesundheitsleistungen, sodass Schwangerschaften länger dauern. Menschen werden gedrängt, Entscheidungen nach den gesetzlichen Fristen zu treffen, anstatt ihren tatsächlichen Wünschen zu folgen. Ist dieser Fokus auf Politik und Rechtmäßigkeit der interessanteste oder realistischste? Warum nicht die Realität von Schwangerschaftsentscheidungen, die Organisation von Pflege sowie die sozialen und wirtschaftlichen Faktoren?

Die Folgen verweigerter Schwangerschaftsabbrüche



Menschen, die sich für einen Abbruch entscheiden, haben gute Gründe. Sie machen sich Sorgen um ihre Gesundheit, ihre finanzielle Lage und ihre Familie. Sie wissen am besten, ob sie in ihrer aktuellen Lebenssituation ein (weiteres) Kind bekommen können oder nicht. Wird ihnen der Zugang zum Abbruch verweigert, hat das nachweislich schwerwiegende Folgen. Eine USA-Langzeitstudie zeigt, dass Personen, die einen gewünschten Abbruch nicht vornehmen lassen konnten, später häufiger in Armut leben, seltener eine Vollzeitstelle haben und ihre Lebensziele seltener erreichen.¹⁹

Fristen, Ausnahmen und „gute“ Schwangerschaftsabbrüche



Immer wieder werden gesetzliche Regelungen als vermeintliche Kompromisse verkauft: Beispielsweise Abbrüche bis zur zwölften Woche auf Wunsch, danach nur in bestimmten Ausnahmefällen, etwa bei Lebensgefährdung der schwangeren Person. Auch Deutschland folgt diesem Modell. Doch in der Praxis sind solche „Ausnahmen“ oft so eng oder bürokratisch gefasst, dass sie kaum anwendbar sind. In Malta etwa ist ein Abbruch nur erlaubt, wenn das Leben der schwangeren Person akut in Gefahr ist. In Polen ist eine Abbruch nach einer Vergewaltigung theoretisch möglich, in der Praxis jedoch aufgrund von Hürden zur Nachweisführung nicht zugänglich. Solche Gesetze erzeugen nur den Anschein legaler Zugänglichkeit, während sie den Zugang in Wirklichkeit systematisch einschränken – bis an die Grenze dessen, was die öffentliche Meinung gerade noch duldet.¹³ Diese Strategien zeigen: Es geht Gegner*innen nie darum, „Föten zu retten“, sondern um Kontrolle. Wer abtreiben darf und wer nicht, wird entlang politischer, sozialer oder moralischer Kriterien bestimmt. Wenn jemand bestimmte Einschränkungen für Abbrüche befürwortet, sollte nachgefragt werden: In welchen Fällen sollte der Staat eine Person zwingen dürfen, eine ungewollte Schwangerschaft auszutragen – und welche Folgen hätte das?

BERICHTERSTATTUNG ÜBER ABBRÜCHE NACH DEM ERSTEN TRIMESTER

Die meisten Schwangerschaftsabbrüche finden in den ersten zwölf Wochen statt. Deshalb haben die meisten Menschen keine Erfahrungen mit späteren Abbrüchen.

Berichterstattung über spätere Abbrüche

Begriffe wie „Spätabtreibung“ oder „Schwangerschaftsabbruch in einem späteren Stadium“ sind weder medizinisch eindeutig noch juristisch klar definiert. Unterschiedliche Personen, Organisationen oder Gesetzgebungen verstehen darunter etwas anderes.

***Ein Hinweis zur Terminologie:** Der Ausdruck „Spätabtreibung“ wird häufig von Abbruchsgegner*innen verwendet und ist bewusst emotionalisiert. Verwenden Sie stattdessen konkrete Formulierungen, wie z. B.: „Schwangerschaftsabbrüche nach der XX. Woche.“

Wichtige Informationen zu Abbrüchen zweiten oder dritten Trimester:

Wenn Sie über Abbrüche nach dem ersten Trimester berichten, stellen Sie die realen Gründe für den Eingriff in den Mittelpunkt.

Seit vielen Jahren unterstützen SAFE und das Abortion Network Amsterdam Menschen, die einen Schwangerschaftsabbruch im zweiten oder dritten Trimester brauchen. Diese Eingriffe sind in ganz Europa nur schwer zugänglich. In Deutschland stoßen insbesondere Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus auf erhebliche Hürden.

Aus dieser Erfahrung lassen sich folgende Hauptgründe benennen:

- 1 Restriktive Gesetze im Herkunftsland: Es dauert oft Wochen oder Monate, bis Betroffene eine Klinik im Ausland finden, Geld für Reise und Eingriff sparen oder eine unterstützende Organisation erreichen.
- 2 Neue Informationen später in der Schwangerschaft: z. B. Gesundheitsprobleme des Fötus / der schwangeren Person oder Lebensereignisse wie der Verlust des Arbeitsplatzes oder Partners.
- 3 Erschwerter Zugang: z. B. eine geringe Versorgungslage, fehlende Kinderbetreuung, gewalttätige Beziehungen oder ein unsicherer Aufenthaltsstatus.

- 4 Späte Feststellung der Schwangerschaft: a.G. unregelmäßige Blutungen, Verhütungsmittel, die die Menstruation unterdrücken, oder Schwangerschaftssymptome, die denen von Reizdarmsyndrom oder Perimenopause ähneln.

”

Es ist wichtig zu beachten, dass Zugangsbarrieren fast immer marginalisierte oder unterdrückte Gruppen stärker treffen. Studien aus den USA zeigen, dass die meisten Menschen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach der zwölften Woche vornehmen lassen, eigentlich einen früheren Abbruch bevorzugt hätten.¹⁹

Spätere Abbrüche sind sicher

Schwangerschaftsabbrüche sind während der gesamten Schwangerschaft sicher. Das Komplikationsrisiko ist deutlich geringer als bei einer Geburt oder bei Routineeingriffen wie der Entfernung von Weisheitszähnen.

Mythen über Abbrüche nach medizinischen Diagnosen

Ein weit verbreiteter Mythos ist, dass weltweit Abbrüche nach der zwölften Woche meistens bei schweren fötalen Fehlbildungen oder zur Lebensrettung der Schwangeren durchgeführt werden. Das ist nicht wahr. Dieser Mythos

trägt zu einer Hierarchie der Verdienste im Zusammenhang mit späteren Abbrüchen bei. Er stigmatisiert Menschen aufgrund der Gründe für ihre Schwangerschaftsabbrüche.

Dieser Mythos verschärft auch Ableismus. Schwangerschaftsentscheidungen werden in einer ableistischen Gesellschaft getroffen.

Die Vorstellung, spätere Abbrüche werden moralisch akzeptabel, wenn eine schwere Behinderung diagnostiziert wurde, impliziert, dass eine mögliche Behinderung automatisch katastrophal ist. Behindertenrechtsaktivist*innen haben dies zu Recht kritisiert und gleichzeitig das Recht auf Abbruch auf der Grundlage der Selbstbestimmung und der körperlichen Autonomie verteidigt.



METHODEN DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS IN DEUTSCHLAND

Je nach Schwangerschaftswoche stehen in Deutschland verschiedene Methoden des Schwangerschaftsabbruchs zur Verfügung. Prinzipiell kann eine Schwangerschaft medikamentös oder operativ abgebrochen werden, abhängig von Woche, Präferenz sowie medizinischen und rechtlichen Bedingungen.

Während in manchen anderen Ländern bereits Leitlinien etabliert wurden, fehlt es in Deutschland bislang an einer auf nationaler Ebene vereinbarten, evidenzbasierten Leitlinie für medizinische Verfahren und Vorgehensweisen bei Schwangerschaftsabbrüchen.²²

➔ **Medikamentöser Abbruch mit Mifepriston und Misoprostol**

**BIS ZUR 9. SCHWANGERSCHAFTSWOCH
(BIS 63 TAGE NACH LETZTER PERIODE)**

Der medikamentöse Abbruch dauert mehrere Tage: In der Praxis wird Mifepriston verabreicht, welches das Schwangerschaftshormon

Progesteron blockiert. Nach **24-48 Stunden** folgt Misoprostol zur Auslösung von Kontraktionen, meist zu Hause. In der Regel beginnt die Blutung innerhalb weniger Stunden. Der gesamte Prozess dauert mehrere Tage: üblicherweise Patient*innen bleiben ca. drei Stunden zur Beobachtung in der Praxis, die Blutungen können bis zu zwölf Tage andauern.²³

➔ **Operativer Eingriff durch Vakuumaspiration (Absaugmethode)**

BIS 12. SCHWANGERSCHAFTSWOCH

(ETWA BIS ZUR 14. WOCHE NACH LETZTER PERIODE)

Der Gebärmutterhals wird ggf. mit Misoprostol vorbereitet, anschließend erfolgt die Absaugung mittels Vakuum unter örtlicher Betäubung oder leichter Sedierung. Der Eingriff dauert **10-15 Minuten**, insgesamt sollten Patient*innen **3-4 Stunden** in der Klinik einplanen– inklusive Vorbereitung, Eingriff und Nachsorge.²⁴ Entlassung erfolgt in der Regel **1-2 Stunden** nach dem Eingriff, sofern keine Komplikationen auftreten.²⁵

➔ **Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch.**

NACH DER 12. SCHWANGERSCHAFTSWOCHE

Medikamente weichen den Muttermund auf und lösen Wehen aus, die eine Geburt einleiten. Der Prozess dauert meist einige Stunden und findet im Kreißsaal oder im Wehenzimmer einer Klinik unter ärztlicher und hebammengeleiteter Betreuung statt. Ohne Komplikationen ist eine Entlassung nach wenigen Stunden möglich.²⁶

➔ **Erweiterte D&E oder medikamentös eingeleitete Geburt**

AB DER 23.-24. WOCHE (DRITTES TRIMESTER)

Nur bei medizinischer Indikation. Eine umfassende medizinische, psychologische und ggf. ethische Begutachtung wird durchgeführt. Der Eingriff wird in spezialisierten Kliniken unter multidisziplinärer Betreuung durchgeführt.²²



Checkliste

Keinen Schaden anrichten:

Eine schlechte Berichterstattung über Abbrüche ist nicht harmlos. Sie beeinflusst Meinungen und Richtlinien, mit echten Auswirkungen. Überprüfen Sie Ihre Berichterstattung auf Fehlinformationen, Vorurteile, Rassismus, Klassismus und Ableismus.



- ☐ Haben Sie verlässliche Fakten, Daten und Studien verwendet, um die Realität von Abbrüchen in Deutschland korrekt darzustellen, einschließlich der breiten öffentlichen Unterstützung hierfür?
- ☐ Haben Sie Menschen, die Abbrüche durchführen, ermöglicht, darüber zu sprechen, warum sie diesen wichtigen Gesundheitsdienst anbieten?
- ☐ Haben Sie eine genaue und empathische Sprache verwendet, um Personen zu beschreiben, die einen Abbruch haben?
- ☐ Haben Sie die Aussagen Ihrer Gesprächspartner*innen überprüft, um Ihrem Publikum vollständige und korrekte Informationen zu bieten?
- ☐ Haben Sie auf Spekulationen zu Gründen für einen Abbruch verzichtet und nur Informationen verwendet, denen die betroffene Person ausdrücklich zugestimmt hat?
- ☐ Haben Sie am Ende Ihres Textes auf eine seriöse Organisation oder medizinische Einrichtung verwiesen?
- ☐ Haben Sie Bildmaterial verwendet, das realistisch und repräsentativ zum Inhalt ist?

Abortion Dream Team *I want to write about abortion without stigma: A guide for people working in the media.*
<https://adt.pl/kontakt/prasa/>

Level Up *Abortion is Healthcare* guidelines for reporting on abortion in the UK.
<https://www.welevelup.org/all-resources/>

Alliance 4 Choice *Writing about abortion.*
<https://www.alliance4choice.com/writing-about-abortion>

Rutgers Research und Berichte über Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland
https://rutgers.nl/kennis_/

World Health Organisation *Abortion Fact Sheet.*
<https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/abortion>

ANSIRH *The Turnaway Study.*
<https://www.ansirh.org/research/ongoing/turnaway-study>

Who Not When *People-centered resource on later abortion and Reporting on Later Abortion.*
<https://whonotwhen.com>

FamilienPlanung.de Ein Informationsangebot des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit – unabhängig und wissenschaftlich fundiert
familienplanung.de

Doctors for Choice Germany
<https://doctorsforchoice.de/en/>

Free Choice Coalition
Abortion is Healthcare FAQ

Der ursprüngliche Leitfaden wurde im September 2024 von „Supporting Abortions for Everyone“ (S.A.F.E.) auf Niederländisch und Englisch veröffentlicht. Er wurde vom 2024 von Level Up UK auf Englisch veröffentlichten Leitfaden beeinflusst, der wiederum von den Medienrichtlinien des Abortion Dream Teams in Polen inspiriert war. Diese Leitfäden stützen sich auf die Arbeit von Generationen von verschiedenen Organisationen, die sich weltweit für das Recht auf Schwangerschaftsabbrüche engagieren. S.A.F.E. hat diese Leitlinien erstellt, um die Art und Weise, wie in den Niederlanden über Schwangerschaftsabbrüche gesprochen wird, zu beeinflussen.

S.A.F.E. setzt sich für den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen für Menschen ein, die von Regierungen und Gesundheitsdiensten in ganz Europa im Stich gelassen wurden. Wir stellen die Infrastruktur, die Finanzierung, das Wis-



sen und andere Ressourcen zur Verfügung, die erforderlich sind, um die Basisbewegung für Schwangerschaftsabbrüche anzukurbeln und echte reproduktive Gerechtigkeit zu gewährleisten.



WIR UNTERSTÜTZEN SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE FÜR ALLE. WIR SIND S.A.F.E.

www.supportingabortions.eu

Diese Leitlinien wurden in Absprache mit folgenden Personen entwickelt: **Alex van Vliet, Mirjam van Heugten, Joe Strong, Nikki van de Veerdonk, Charlotte Waltz, Mara Clarke, Anna Currado, Kasia Roszak ten Hove, Jema Davis, Rodante van der Waal, Ikmar Larasi and Jade Hammond, Level Up, Abortion Network Amsterdam, Abortion Dream Team, Supporting Abortions for Everyone**

Broschürendesign: Hania Kmiec @hahaniutek

SAFE-Branding: Kayley Linares @irisarcdesign

Übersetzung ins Deutsche: Laura Reid, Ariane Vaughan und Dr. Anne Pfautsch Dieser



Dieser Leitfaden wurde durch die finanzielle Unterstützung von Mama Cash ermöglicht.



- 1 Fiala, C., et al. (2022). Lebenszeitprävalenz von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland.
- 2 Legal Information Institute. Strafgesetzbuch (StGB), §§218, 218a.
- 3 Voelkerrechtsblog.org. Rechtliche Grundlagen zum Schwangerschaftsabbruch.
- 4 Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJAGI).
- 5 Wikipedia. Schwangerschaftsabbruch in Deutschland.
- 6 Statistisches Bundesamt (Destatis). Schwangerschaftsabbrüche 2023.
- 7 Maeffert, M., et al. (2022). Demographische Daten zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland.
- 8 Brehmer, M., & Watzek, J. (2023). Entwicklungen bei Abbruch-Einrichtungen in Deutschland.
- 9 Gemeinsamer Bundesausschuss (2023). Kostenübernahme bei Schwangerschaftsabbruch.
- 10 Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit. Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs.
- 11 Pro Familia (2024). Vertraulichkeit bei Schwangerschaftsabbrüchen.
- 12 Kammergericht Berlin, Beschluss 1 W 45/88 (1988).
- 13 World Health Organization. Abortion: Fact Sheet.
- 14 Raymond, E.G., & Grimes, D.A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. Obstet Gynecol.

- 15 Statistisches Bundesamt (2023). Komplikationsraten bei Schwangerschaftsabbrüchen.
- 16 Infratest dimap (2023). Umfrage zur Unterstützung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland.
- 17 Guttmacher Institute (2020). Effects of abortion restrictions.
- 18 Major, B., et al. (2009). Emotional outcomes after abortion.
- 19 Foster, D.G. (2021). The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having—or Being Denied—an Abortion. Scribner.
- 20 Sisson, G., Herold, S., Woodruff, K. (2017). Journalist*innen und Berichterstattung über Abtreibung.
- 21 Woodruff, K. (2019). Coverage of Abortion in Select U.S. Newspapers. Women's Health Issues.
- 22 DGGG (2022). Leitlinien zum Schwangerschaftsabbruch & DGGG (2023). Erste Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon.
- 23 Familienplanung.de (2025). Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch.
- 24 pro familia (2025). Mainz Medizinisches Zentrum - Medizinische Einrichtung für Schwangerschaftsabbruch und Nachsorge.
- 25 Gesundheitsinformation.de (2023). Nachsorge nach Schwangerschaftsabbruch.
- 26 Familienplanung.de (2025). Schwangerschaftsabbruch nach einem auffälligen Befund.



supportingabortions.eu