



MLU

**HUMAN GEOGRAPHY
WORKING PAPER SERIES**

Issue 11 (2024)



Suggested Citation:

Appel, J. (2024): Schwangerschaftsabbrüche in und um Halle (Saale) – Zentrale Spannungsfelder in der Debatte um Selbstbestimmung. MLU Human Geography Working Paper Series, Issue 11.

Editors:

Jonathan Everts, Martin-Luther-University Halle-Wittenberg
Markus Bös, Martin-Luther-University Halle-Wittenberg

Handling Editor:

Florian Ringel, Martin-Luther-University Halle-Wittenberg

Publisher:

Self-Publishing, Human Geography Working Group, Martin-Luther-University Halle-Wittenberg, Halle (Saale)

Publication Frequency:

Irregular

ISSN:

2701-9063

Previously Published Issues:

<https://public.bibliothek.uni-halle.de/index.php/mluhumangeowps/issue/archive>

Schwangerschaftsabbrüche in und um Halle (Saale)

—

Zentrale Spannungsfelder in der Debatte um Selbstbestimmung

Jenny Appel

Keywords: abortion, assemblage theory, feminist geography, critical health geography, posthumanism, East Germany, reproductive geography

This article delves into the challenges associated with accessing abortion services in Halle (Saale), Germany. Based on interviews with counselors, doctors, and women directly impacted, the study characterizes abortions as a significant component of reproductive geography. The author employs an assemblage framework, considering the interplay of individuals, material elements, and societal norms. The analysis identifies and delineates three focal points of tension inherent in the daily battle for abortion rights: the dichotomy of legality/illegality, the balance between openness and taboo, and the interplay of freedom and constraint.

1. Einleitung

Ob in einer sterilen Umgebung mithilfe medizinisch geschulten Personals; auf einer dürftig desinfizierten Liege in einer illegalen Praxis; durch die Einnahme geprüfter und zugelassener Medikamente oder zuhause mit Kleiderbügel und selbstgemischten Tinkturen. Frauen¹ treiben ab. Das ist eine Tatsache.

An dieser Tatsache ändern auch die mannigfaltigen Einschränkungen von Schwangerschaftsabbrüchen auf einem Großteil unserer Erde nur wenig (Woliver 2002: 83ff). Jährlich kommt es zu circa 121 Millionen ungewollten Schwangerschaften, von denen rund 61 %, also 73 Millionen, in einen Schwangerschaftsabbruch münden (Bearak et al. 2020: 1152). Doch der Zugang zu Abtreibungen ist häufig massiv beschränkt: 41 % aller Frauen* zwischen 15 und 49 Jahren (reproductive age) leben in einem Land, in dem Schwangerschaftsabbrüche entweder komplett verboten sind oder nur bei Lebensgefährdung beziehungsweise bestimmten gesundheitlichen Problemen durchgeführt werden dürfen (Center for Reproductive Rights 2022).

Allein in der Bundesrepublik Deutschland fanden im Jahr 2023 106.218 Abbrüche statt (Statistisches Bundesamt 2024). Zwar haben Frauen* hier die Möglichkeit, unter bestimmten Voraussetzungen und innerhalb eines festgesetzten Zeitrahmens straffrei abzutreiben, doch kommen dabei Strukturen zutage, die den Zugang erschweren und Betroffene vor zahlreiche

¹ Natürlich können nicht nur cis-Frauen die körperlichen Voraussetzungen haben, um schwanger zu werden: Es ist auch möglich, dass trans-Personen und nicht-binäre Personen in die Situation kommen, einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu wollen. Im Nachfolgenden soll diese Vielfalt durch die Nutzung des Sterns „*“ ausgedrückt werden

Herausforderungen stellen, welche die Verfügbarkeit und Organisation des Ablaufs betreffen. Um näher auf diese Barrieren einzugehen und das Zusammenspiel der Faktoren zu beschreiben, die den Umgang mit und Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen charakterisieren, widmet sich diese Studie einem lokalen Beispiel und untersucht anhand der sachsen-anhaltischen Stadt Halle (Saale) qualitativ die dabei auftretenden Spannungsfelder.

Ob und wie Schwangerschaftsabbrüche zugelassen werden, ist dabei eine höchst politische Frage, die direkt in die Reproduktion als kritischen Gesundheitsaspekt eingreift und bestimmt, inwiefern der Staat Einfluss auf den weiblichen* Körper nehmen kann. Der Weg zu einem Abbruch erscheint wie ein ständiges Manövrieren der betroffenen Frauen*, das durch vielfältige Akteur*innen, materielle Komponenten, Orte, Diskurse und Normen beeinflusst und verschoben wird.

Trotz der augenscheinlichen Brisanz des Themas sind Studien zu Schwangerschaftsabbrüchen im Bereich der stetig wachsenden Reproduktionsgeographie durch die bestehende Tabuisierung sowie erschwerte Forschungsbedingungen noch immer eine Seltenheit (Calkin et al. 2022: 2). Zwar wurden Abtreibungen im Zuge des Mobility Turn (z. B. *Medical/Reproductive Tourism*) des Öfteren berücksichtigt, doch treten große Lücken in der Beschäftigung mit Care-Arbeit, den Körpern der betroffenen Frauen*, Zeit oder dem Fluss von Informationen auf.

In Anknüpfung an diese nur dünn abgedeckte Forschungslücke (vgl. Calkin et al. 2022; Engle 2022 u. a.) beschäftigt sich dieses Paper damit, wie sich Probleme und Barrieren rund um Schwangerschaftsabbrüche konzeptionell fassen lassen und entlang welcher Spannungsfelder sie verhandelt werden. Wie manifestieren sich diese Spannungsfelder im Alltäglichen und auf welche Weise lässt sich dies am besten nachvollziehen? Um diese Fragen zu beantworten, wurden im Sommer 2022 elf semi-strukturierte Interviews durchgeführt, welche mit Einverständnis aufgenommen, transkribiert und codiert wurden, sodass sie als Grundlage der nachfolgenden Analyse dienen. Alle Interviewteilnehmer*innen können als Akteur*innen im Bereich Schwangerschaftsabbrüche beschrieben werden: Dazu zählen einerseits Beraterinnen, die im Rahmen einer Schwangerschaftskonfliktberatung den für eine Abtreibung notwendigen Beratungsschein ausstellen dürfen (Ausnahme: Caritas) sowie Gynäkolog*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen und Frauen*, die die Barrieren durch eine eigene ungewollte Schwangerschaft direkt erlebten. Die Auswertung der Interviews erfolgte anhand der Grounded Theory nach Charmaz und Thonberg (2012: 46): Durch das damit verbundene Codieren der Transkripte entstanden nach und nach unterschiedliche Kategorien, die sich zu drei Spannungsfeldern zusammenfügten. Für die konzeptionelle Erfassung möchte ich mich der

Assemblage Theory bedienen und beschreiben, inwiefern sich die ermittelten Spannungsfelder *Legalität vs. Illegalität*, *Offenheit vs. Tabu* und *Freiheit vs. Zwang* im Bereich Schwangerschaftsabbrüche bemerkbar machen. Darauf aufbauend soll die Frage geklärt werden, wodurch die Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ stabilisiert wird und auf welche Weise hier – im Sinne der emanzipatorischen feministischen Geographie – Raum für Wandel besteht.

2. Schwangerschaftsabbrüche im Kontext: Die Situation in Deutschland und Halle (Saale)

Die Grundlage für Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland bildet das *Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten* (SchKG). Im Allgemeinen gilt: „Ein Schwangerschaftsabbruch ist grundsätzlich für alle Beteiligten [...] nach § 218 des Strafgesetzbuches (StGB) strafbar“ (BMFSFJ 2019: 9). Die Strafbarkeit entfällt jedoch in bestimmten Szenarien: Einerseits, wenn eine Beratungsbescheinigung durch eine qualifizierte Beratungsstelle existiert, die Beratung nicht länger als drei Tage zurückliegt und „seit der Empfängnis nicht mehr als 12 Wochen verstrichen sind“ (ebenda), andererseits im Falle einer medizinischen oder kriminologischen Indikation (ebenda: 10). Liegt keine Indikation vor, muss für die legale Durchführung einer Abtreibung also eine Beratungsbescheinigung vorhanden sein, die im Rahmen einer Schwangerschaftskonfliktberatung ausgestellt wird.

Innerhalb der gesetzlichen Frist werden medikamentöse Abbrüche mit Mifegyne/Mifepriston (bis zum 63. Tag nach Befruchtung) sowie operative Abbrüche (bis zum Ende der 12. Woche²) anhand Vakuumaspiration oder Curettage durchgeführt (Statistisches Bundesamt 2022).

Wissenswert ist zudem, dass laut § 12, Absatz I des Schwangerschaftskonfliktgesetzes „[n]iemand [...] verpflichtet [ist], an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken“, außer es besteht eine Gefahr für das Leben oder die Gesundheit der betroffenen Frau* (§ 12, II, SchKG). Was den Zugang betrifft, sind die Bundesländer laut § 13, Absatz II für „ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen“ verpflichtet. In der Realität ist diese ‚ausreichende‘ und ‚wohnortnahe‘ Versorgung jedoch oft nicht gegeben. Neben der bereits erwähnten Ablehnung aus Gewissensgründen, tragen ebenfalls das stigmatisierende Klima sowie der Ausschluss des Themas aus dem Medizinstudium dazu bei, dass der Zugang von wenigen Engagierten

² Es existieren zwei verschiedene Rechenweisen in Bezug auf die Schwangerschaftswoche: Einige beziehen sich auf eine gesetzliche Frist zum Ende der 12. Woche. Damit ist die 12. Woche nach Befruchtung, also ungefähr die Zeit des Eisprungs, gemeint. Andere bezeichnen dies als die 14. Woche nach dem ersten Tag der letzten Regel. Beide Varianten bezeichnen den gleichen Zeitpunkt, können aber für Verwirrung sorgen. Daher unterscheidet ich zwischen den Bezeichnungen ‚nach Befruchtung‘ und ‚nach Zyklus‘

bestimmt wird (ebenda: 9f). Das Angebot wird des Weiteren dadurch eingeschränkt, dass viele durchführende Gynäkolog*innen eigene Grenzen setzen und Abtreibungen beispielsweise nur bis zur 10. Woche (nach Befruchtung) durchführen (persönliche Kommunikation, DRK, 02.05.2022). Neben dem Zugang zu Abbrüchen prägt das gesellschaftliche Klima den Umgang mit den betroffenen Frauen: Laut Hanschmidt et al. (2020: 85) geht die Akzeptanz von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland seit 2012 zurück. Zudem erschwert die ‚Lebensschutz‘-Bewegung durch gezielte Streuung von Falschinformationen und Diffamation durchführender Ärzt*innen, Kliniken und Beratungsstellen (ebenda: 8) einen sicheren Zugang. Da Informationen rund um Schwangerschaftsabbrüche auf den Websites von Mediziner*innen bis Juli 2022 als ‚Werbung‘ deklariert wurden und damit unter Strafe gestellt werden konnten, nutzten die Gegner*innen zudem § 219a um durchführende Gynäkolog*innen unter Druck zu setzen und anzuzeigen (ebenda; BGBl I: 1082).

Im Folgenden betrachte ich die Thematik noch detaillierter und lege die tatsächliche Situation rund um Schwangerschaftsabbrüche in Halle (Saale) dar. Die gesammelten Informationen stammen dabei aus den geführten Interviews mit den Schwangerschaftskonfliktberater*innen sowie durchführenden Gynäkolog*innen.

Im Jahr 2021 wurden in Halle (Saale) 752 Beratungen mit Beratungsschein durchgeführt. Im Kontrast zu den vielfältigen Beratungsmöglichkeiten der Stadt existieren nur drei durchführende Praxen, auf die sich der Großteil der Abbrüche verteilt (persönliche Kommunikation, AWO, 02.05.2022). Alle drei führen im Normalfall medikamentöse, zwei der Praxen zusätzlich operative Abtreibungen durch (ebenda). Neben diesen niedergelassenen Gynäkolog*innen existiert in Halle (Saale) kein Krankenhaus, welches Abbrüche nach der Beratungsregelung durchführt, sodass eine stationäre Behandlung in der Stadt von vornherein ausgeschlossen ist (persönliche Kommunikation, Caritas, 03.05.2022). Die Beraterinnen beklagten sich in den Interviews über das spärliche Angebot, da so zu Stoßzeiten sehr lange Wartezeiten eingeplant werden müssen und man geregelt in andere Städte verweist (persönliche Kommunikation, DRK, 04.05.2022).

Laut Gesetz darf der medikamentöse Abbruch bis zum 63. Tag nach dem ersten Tag der letzten Regel durchgeführt werden, während die Option für einen operativen Eingriff bis zum Ende der 14. Woche (nach Zyklus) besteht (persönliche Kommunikation, AWO, 02.05.2022). Einer der Ärzte orientiert sich an dieser Regelung und ermöglicht medikamentöse Abbrüche bis zum Ende der Frist (persönliche Kommunikation, DRK, 04.05.2022), die anderen beiden Praxen nehmen bereits ab Ende der 12. Woche (nach Zyklus) gar keine Abbrüche mehr vor: „Das heißt,

wenn eine Frau nach Zyklus in der 12. Woche ist, ist sie ja eigentlich erst 10. und das ist hier schon ein Problem, ja? Und schon dafür schicken wir Frauen nach Leipzig“ (persönliche Kommunikation, DRK, 02.05.2022). Ist ein Abbruch in Halle aufgrund persönlicher Grenzen nicht mehr möglich, verweisen Beraterinnen z. B. auf Praxen oder Kliniken in Leipzig, Merseburg, Sangerhausen (persönliche Kommunikation, DRK, 02.05.2022) und Aschersleben (persönliche Kommunikation, Pro Familia, 23.06.2022). Ähnliches gilt für Fälle mit Indikation: Zwar führt das Universitätsklinikum Halle (Saale) Abbrüche nach Indikation durch, doch werden Abtreibungen nach der 21. Woche abgewiesen (persönliche Kommunikation, DRK, 02.05.2022). Über die letzten beiden Schwangerschaftswochen innerhalb der gesetzlichen Frist hinaus, bereiten den Beraterinnen Indikationen aus psychologischen Gründen Sorge (persönliche Kommunikation, Pro Familia, 23.06.2022).

Ein weiteres Problem stellt der Austausch und Informationsfluss dar: Zwar sind die Beratungsstellen in Halle (Saale) gut miteinander vernetzt (persönliche Kommunikation, Caritas, 03.05.2022), doch scheitert die Kontaktaufnahme mit durchführenden Gynäkolog*innen immer wieder (persönliche Kommunikation, AWO, 02.05.2022). Angebote, Abläufe und Probleme werden nicht offen kommuniziert, stattdessen müssen die Beraterinnen jede Neuigkeit peu à peu erfragen (persönliche Kommunikation, evangelische Beratungsstelle, 17.05.2022). Auch zwischen den Ärzt*innen werden keine Absprachen getroffen, um einen lückenlosen Zugang zu ermöglichen und Praxisurlaub oder ähnliches zu koordinieren (persönliche Kommunikation, DRK, 04.05.2022). Die Beraterinnen erhalten zudem bezüglich der Praxen und ihrer angebotenen Optionen keine offiziellen Informationen von der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalts, sondern müssen jede Möglichkeit selbst prüfen, um die Frauen* in vollem Umfang beraten zu können (persönliche Kommunikation, Pro Familia, 23.06.2022).

Kommunikationsprobleme zwischen den Schwangerschaftskonfliktberaterinnen und durchführenden Ärzt*innen zeigen sich darüber hinaus im Bereich der Überweisungen: Zwei der Praxen verlangen zur Durchführung des Abbruchs eine Überweisung des*der regulären Gynäkolog*in der betroffenen Frau* und sorgen so für weitere unnötige Wege, die Zeit kosten (persönliche Kommunikation, DRK, 04.05.2022).

3. Schwangerschaftsabbrüche als Assemblage

Diese Forschung ist an der Schnittstelle zwischen Feminist Geography und Critical Health Geography angesiedelt: Die Debatten, Barrieren und Praktiken rund um Schwangerschaftsabbrüche können als gesellschaftliche Verhandlung eines medizinischen

Eingriffs betrachtet werden, der v. a. weibliche* Körper betrifft. Die defizitäre gesellschaftliche Verhandlung von Frauenkörpern* ist nur einer von vielen Gründen, Abtreibungen aus einer feministischen Perspektive zu betrachten. Der Fokus der Feministischen Geographie liegt auf Themen, die oft als apolitisch betitelt werden (Faria et al. 2020: 2). Dazu zählen der Körper, alltägliche Erlebnisse und Praktiken sowie das Private und Intime im Verhältnis zum Öffentlichen (Dichotomie *public vs. private*) als bedeutende *scale* (ebenda; Hutta et al. 2021: 224f). Des Weiteren ist der kritische Blick der Gesundheitsgeographie notwendig, um den Zugang zu Abtreibungen sowie die bestehenden Normen und Gesetze zu hinterfragen. Wie werden Illegalität und Legalität verhandelt? Was wird als gesund oder krank angesehen?

De Landa leitete die Assemblage Theory in den 1990er Jahren von Deleuzes und Guattaris Begriff des *Agencement* ab (De Landa 2006b: 8; De Landa 2016: 1) und ermöglichte damit das Zusammendenken verschiedener heterogener Elemente wie Körpern, Normen, Gegenständen, Affekten, Informationen, Infrastruktur und vielem mehr (De Landa 2006b: 8). So erlaubt die Theorie eine detaillierte Betrachtung des Themas ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ sowie eine Anerkennung der vielfältigen, den Zugang bestimmenden Komponenten. Die Multiplizität des Ansatzes wird genutzt, um sowohl den ständigen Wandel (hormonelle Veränderungen während der Schwangerschaft) als auch die bestehenden Strukturen (Normen, Gesetze) darzulegen (Anderson et al. 2012:177) und gleichzeitig Konzepte der Feminist Geography und Critical Health Geography einzuflechten. Der Fokus auf die Relationen zwischen den verschiedenen Entitäten gestattet dabei einen neuen Blick auf Schwangerschaftsabbrüche, der im Sinne des *posthuman turn* die Verbindung von menschlichen und nicht-menschlichen Entitäten beinhaltet (Andrews 2019: 1109). Das Bild des Menschen als feststehendes und autonomes Subjekt wird zugunsten eines Fokus auf Wechselwirkungen und Fluidität abgelöst (Duff 2018: 138). Die einzelnen Bestandteile einer Assemblage schaffen gemeinsam ein Ganzes, welches wiederum auf die Entitäten im Sinne einer *Downward Causality* einwirkt (De Landa 2016: 21). Alle Entitäten innerhalb einer Assemblage sowie die Assemblage selbst verfügen über Kapazitäten (*capacities*) und Eigenschaften (*properties*). *Properties* können als gegeben und vollständig betrachtet werden, während jede Entität eine schier unendliche Menge an *Capacities* haben könnte, die jedoch erst in der Interaktion mit anderen Entitäten auftreten (De Landa 2006b: 13). Auf diese Art fördert die Beteiligung einer Entität in verschiedenen Assemblages unterschiedliche Kapazitäten der Entität zu Tage (ebenda: 27).

Somit gibt mir die Assemblage Theory die Möglichkeit, das bestehende Konglomerat aus Personen, Materialien, Normen, Gesetzen und Ideen besser zu beschreiben, ohne eine endgültige Repräsentation zu beanspruchen. Stattdessen dient sie als eine Form der Anordnung,

um das Thema ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ im Rahmen meiner Analyse zu entfalten; und liefert das notwendige Vokabular, um das ständige Werden und Vergehen sprachlich auszudrücken. Erste Verbindungen zwischen Assemblage Theory und Reproduktionsgeographie bestehen v. a. in Bezug auf Leihmutterchaft und Eizellenbeziehungswise Samenspende durch Carolin Schurr (Schurr 2014: 156). Doch auch in Hinblick auf Schwangerschaftsabbrüche kann diese Theorie fruchtbar sein: Abtreibungen finden in einem Spannungsfeld aus bestehenden Gesetzen, gesellschaftlichen Diskursen, Mobilität, Zeit, körperlicher Betroffenheit und vielem mehr statt; eine Vielzahl unterschiedlicher Akteur*innen sowie materieller Komponenten formen diesen Prozess und setzen ein Manövrieren und Abwägen der betroffenen Frauen* voraus. Um all diese Materialien, Orte, Diskurse, Normen und Menschen zu erfassen und deren Interaktionen zu beschreiben, wird ein flexibles Konzept benötigt, das Fluidität und Wandel erfassen kann, parallel aber ebenso statische Elemente und bestehende Strukturen einbezieht: Einerseits verursachen kleine Veränderungen wie das langsame zeitliche Fortschreiten einer Schwangerschaft sofortige Auswirkungen auf den ganzen Prozess; andererseits bestehen gesetzliche Bestimmungen und gesellschaftliche Normen für Jahre oder Jahrzehnte. Gleichzeitig muss es möglich sein, die Kategorie Geschlecht in die Analyse einzubeziehen und kritisch zu hinterfragen.

Der Ansatz der Flat Ontology erlaubt, die Verbindungen zwischen *scales* zu betonen und die Verknüpfung von global und intim zu verstehen (Kinkaïd 2020: 462f). So kann jeder ungewollt schwangere Körper als eigene Assemblage betrachtet werden, die durch einen Abbruch sowie die involvierten Personen und Gegenstände deterritorialisieret wird (die Entfernung des Embryos macht den schwangeren Körper zu einem nicht-schwangeren). Gleichzeitig ist dieser Körper Teil vieler größerer Assemblages und wird beispielsweise durch nationale Gesetzgebungen oder die persönliche Einstellung einer Ärztin beeinflusst. Das Ineinanderwirken aller *scales* ist hier zentral (De Landa 2006a: 251f). Betrachtet man jede Schwangerschaft, alle darauf bezogenen interpersonellen Interaktionen, die durchführenden Praxen oder die ‚pro-life‘-Bewegung als Assemblage innerhalb der Aggregation ‚Schwangerschaftsabbrüche‘, treten die verschiedenen Ebenen und alle involvierten Komponenten deutlich zu Tage und die Verbindung globaler sowie lokaler Dynamiken wird vor Augen geführt. Des Weiteren sind Assemblages nicht nur durch ihre Relationen gekennzeichnet, sondern auch durch das Fehlen eben jener. Ich möchte darauf eingehen, inwiefern die Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ durch Negativbeziehungen zwischen den einzelnen Entitäten besteht. Die Untersuchung des Themas als Assemblage offenbart

indessen einige stabilisierende und destabilisierende Komponenten (vgl. De Landa 2006b: 14), die das Potential haben, den Zugang zu Abtreibungen zu verändern.

Was genau ist aber gemeint, wenn ich von stabilisierenden und destabilisierenden Komponenten spreche? Diese Begriffe beschreiben „components working to stabilize its identity as well as components forcing it to change or even transforming it into a different assemblage“ (De Landa 2006b: 14). Für meine Betrachtung bedeutet eine Stabilisierung beziehungsweise Territorialisierung die Festigung eines einfachen und sicheren Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen. Destabilisierende Komponenten hingegen erhöhen die Barrieren für die betroffenen Frauen* und tragen dazu bei, die Verfügbarkeit von Abtreibungen zu verringern. Die Stabilisierung der Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ findet in Halle (Saale) stetig statt (vgl. De Landa 2016: 21), auch wenn die Versorgung durch verschiedene Komponenten bedroht ist.

Die geführten Interviews erlauben eine ausführliche Betrachtung der Problematik und zeigen auf, dass sich Schwangerschaftsabbrüche und damit einhergehende Prozesse individuell stark unterscheiden: Jede Frau* ist anders, die persönlichen Voraussetzungen variieren stark – trotzdem konnten durch die Forschung Gemeinsamkeiten im Erleben sowie der Assemblage inhärente Muster herausgearbeitet werden, die sich in die drei Spannungsfelder einordnen lassen. Die Hybridität der Spannungsfelder zeigt sich dabei immer wieder im Alltäglichen.

4. Spannungsfelder

4.1. Legalität vs. Illegalität

Einerseits wirken die Themen Legalität vs. Illegalität auf die Frauen* ein: Inwiefern bestimmen Gesetze den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen? Wo werden rechtliche Grundlagen ausgehebelt und durch illegale Praktiken ersetzt?

Von Bedeutung sind zunächst die legislativen, judikativen und exekutiven Organe des Staates, die Gesetze produzieren und diese durchsetzen. Dazu zählen beispielsweise finanzielle und materielle Ressourcen, die für die Umsetzung zur Verfügung gestellt werden. Außerdem setzt sich die Assemblage aus vielen weiteren materiellen und expressiven Entitäten zusammen: Betroffene Frauen*; Beraterinnen; ausgestellte Beratungsscheine; durchführende Ärzt*innen sowie Gynäkolog*innen im Allgemeinen; Krankenkassen (als Orte und Institutionen) und deren Mitarbeiter*innen; Krankenhäuser; Abtreibungsgegner*innen; gesellschaftliche Normen und Diskurse (z. B. in Bezug auf Behinderungen); Vorurteile; Informationen, die sich in Form von Internetseiten oder Flyern materialisieren; der Fötus selbst; Materialien, die für einen

Abbruch benötigt werden (z. B. medizinische Instrumente, die Abtreibungspillen, die Räumlichkeiten).

All diese Dinge und Menschen sowie weitere Komponenten bilden durch ihre Relationen die Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘, welche sich unter anderem durch das Spannungsfeld Legalität vs. Illegalität im Alltag materialisiert. In dieser Aufzählung wird bereits die Widersprüchlichkeit der verschiedenen Entitäten sichtbar; trotz dessen bilden sie durch ihre Relationen im Sinne der Assemblage Theory ein Ganzes (vgl. Allen 2011: 154). Um die Perspektiven der Feministischen Geographie einzubringen, möchte ich in diesem Kapitel außerdem hinterfragen, inwiefern die Assemblage durch die Dichotomie *public vs. private* geprägt ist: Welche Regulierungen trifft der Staat beziehungsweise wo findet Öffentlichkeit statt und an welchen Stellen wird Verantwortung in die Hände privater Akteur*innen gelegt oder werden Frauen* mit sich allein gelassen?

Schwangerschaftsabbrüche sind durch das legislative Organ des deutschen Staates illegalisiert und nur unter bestimmten Bedingungen straffrei (BMFSFJ 2019: 9f). Diese staatliche Kapazität, das Leben ungewollt schwangerer Frauen* zu beeinflussen, materialisiert sich in Form des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, welches den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen regelt. Ohne judikative und exekutive Elemente des Staates beziehungsweise deren Legitimität hätte das *Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten* aber nicht die Möglichkeit, sich auf die tatsächliche Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen auszuwirken. Ob ein Abbruch straffrei ist, wird von verschiedenen Komponenten beeinflusst: Beispielsweise ist ein Beratungsgespräch vorausgesetzt, allerdings ist nicht jedes dieser Gespräche ausreichend – die Beraterin muss zertifiziert sein und Beratungsscheine in Bezug auf Schwangerschaftskonflikte ausstellen dürfen. Hier wird der Einfluss der materiellen Komponenten ‚Zertifikat‘ und ‚Beratungsschein‘ sichtbar.

Zugleich beeinflussen gesellschaftliche Normen bezüglich körperlicher und mentaler Krankheiten die Umsetzung bestehenden Rechts: Die Beratungsregelung entfällt schon heute, wenn medizinische, kriminologische oder psychologische Indikationen vorliegen. Die Eigenschaften des Fötus (beispielsweise Lebensunfähigkeit, Behinderungen) oder psychische sowie körperliche Probleme der schwangeren Frau* verfügen demzufolge über die Kapazität, Gynäkolog*innen eine Indikation ausstellen zu lassen, welche wiederum die Beratungsregelung aushebeln kann. Hier stellt sich im Sinne der Critical Health Geography die Frage, wo die Grenze zwischen ‚gesund‘ und ‚krank‘ gezogen wird, beziehungsweise welches Leben man als ‚lebenswert‘ betrachtet. Gesellschaftliche Diskurse und Normen bezüglich

Behinderungen (beispielsweise internalisierter Ableismus) besitzen dabei als expressive Komponenten die Kapazität, die rechtliche Lage zu beeinflussen. Laut Pro Familia ist die Prüfung psychologischer Indikationen gesetzlich vorgeschrieben, in der Praxis aber in die private Verantwortung von Psychotherapeut*innen verschoben (persönliche Kommunikation, Pro Familia, 23.06.2022). Zudem sind die Bundesländer laut § 13, Absatz II für die Sicherstellung „ein[es] ausreichende[n] Angebot[s] ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen“ zuständig, auch wohnortnahe Beratungsmöglichkeiten sind Teil dieser Vorgabe (§3, SchKG). Gleichzeitig ist jedoch niemand „verpflichtet, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken“ (§ 12, II, SchKG). Eine wohnortnahe Versorgung bis zum Ende der gesetzlichen Frist wird durch das Land Sachsen-Anhalt in der Praxis bisher nicht sichergestellt (persönliche Kommunikation, Pro Familia, 23.06.2022). Die gesetzlichen Bestimmungen bezüglich der Versorgung existieren zwar, besitzen aber nicht die Kapazität, direkt auf Gynäkolog*innen einzuwirken und ein flächendeckendes Angebot zu garantieren.

Destabilisierende Komponenten (Zwänge, Fristen etc.) verortet man in der öffentlichen Sphäre und kümmert sich um deren Umsetzung, während stabilisierende Komponenten (z. B. der rechtlich gesicherte wohnortnahe Zugang) in die Hände von Betroffenen und Privatpersonen verlagert werden. Neben den bestehenden Gesetzen konnte ich des Weiteren eigenmächtige Einschränkungen der gesetzlichen Regelungen sowie illegale und unnötige Ergänzungen durch Gynäkolog*innen und Mitarbeiter*innen der Krankenkassen beobachten: So setzen durchführende Ärzt*innen eigene Fristen für einen Abbruch durch (häufig die 10. Woche nach Befruchtung), während Krankenkassenmitarbeiter*innen für eine Kostenübernahme unautorisiert weitere Dokumente wie beispielsweise die Beratungsbescheinigung einfordern (persönliche Kommunikation, DRK, 02.05.2022).

„Das ist halt so!“ – war auch die AOK, „Ist halt so!“. Welche gesetzliche Grundlage? Für was brauchen Sie das? – „Das ist halt so!“ Ich versuche dann immer, die Frauen zu bestärken, wenn sie zuerst zu mir kommen. Ich sage, ich kann das leider nicht ändern, dass die das einfordern. Sie können, wenn sie stark und selbstbewusst genug sind, sagen „Das geht Sie gar nichts an!“. Wenn sie sagen „Okay, das spielt jetzt für mich hier auch nichts mehr...“, dann zeigen sie denen das, geben sie das nicht aus der Hand. Sie brauchen das Original, es gab wohl schonmal den Fall, dass eine Krankenkasse eine Kopie gemacht hat und der Frau nur eine Kopie mitgegeben hat [...].“ (ebd.)

Hier zeigt sich, dass nicht allein Legalität und Illegalität den Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen bestimmen; die Gesetze haben nur eine begrenzte Wirkung auf den genutzten Spielraum. Schwangerschaftsabbrüche dürfen – rechtlich gesehen – straffrei durchgeführt werden, doch die verschiedenen Entitäten innerhalb der Assemblage müssen geeignet miteinander interagieren, um dies zu ermöglichen. Die Widersprüche und Spannungen

führen jedoch dazu, dass das Recht unter Beschuss steht. In der Theorie hat die Regierung die Kapazität, eine wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, doch diese wird nicht genutzt. Im Sinne der Dichotomie *public vs. private* zeigt sich hier, dass der Staat in diese intime Sphäre eingreift und dadurch den weiblichen* Körper reguliert; gleichzeitig wird die Frau* mit der Organisation der einzelnen Schritte allein gelassen (vgl. Faria et al. 2020: 2).

4.2. Offenheit vs. Tabu

Im Spannungsfeld Offenheit vs. Tabu stellt sich die Frage, inwiefern sich die Ablehnung von Schwangerschaftsabbrüchen (Hanschmidt et al. 2020: 85) konkret materialisiert und wo gleichzeitig Austausch stattfindet. Hier lässt sich beobachten, dass das bestehende Tabu sowie die interpersonellen Relationen der Frauen* die Interaktionen mit ihrem Umfeld (Familie, Freund*innen, Job) stark beeinflussen (persönliche Kommunikation, Betroffene 1, 02.06.2022).

„Als ich dann zuhause war, so eine Woche später, habe ich dann auch einen Test gemacht. Ich hatte den nach der Arbeit gekauft und dann heimlich zuhause gemacht. [...] Also, es war einfach nur Stress, weil ich das ja auch vor meinen Eltern alles geheim halten musste, irgendwie. [...] Also, ich habe eigentlich ein sehr gutes Verhältnis, besonders zu meiner Mutter und konnte das aber nicht mit ihr besprechen, weil ich ihre Einstellung zum Thema Schwangerschaftsabbruch weiß. Sie ist eben der Meinung, wenn die Schwangerschaft nicht in sexuellem Missbrauch entstanden ist, dann findet sich eigentlich immer ein Weg, um sie auszutragen.“ (persönliche Kommunikation, Betroffene 2, 02.06.2022)

Die Durchführung eines Abbruchs macht gleichzeitig die Involvierung mindestens einer außenstehenden Person sowie den Kontakt mit verschiedenen Ärzt*innen, einer Beraterin sowie Mitarbeitenden der Krankenkasse notwendig – hier lässt sich eine Form der erzwungenen Offenheit beobachten (persönliche Kommunikation, Pro Familia, 23.06.2022). Diese Form der Offenheit kann als Machtausübung gegenüber den betroffenen Frauen* betrachtet werden; durch ihre Stellung innerhalb der Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ nehmen sie eine untergeordnete Position ein und haben im Sinne einer *Downward Causality* (De Landa 2016: 21) nur wenig individuellen Handlungsspielraum. Das gesellschaftliche Tabu beeinflusst zudem die Mobilität der Frauen*: Einige suchen absichtlich andere Orte auf, um Konfrontationen mit Bekannten zu vermeiden (persönliche Kommunikation, DRK, 01.07.2022). Neben dem persönlichen Umfeld wird die Verhandlung zwischen Offenheit und Tabu zudem in der Übermittlung von Informationen deutlich, denn Wissensströme werden aus verschiedenen Gründen gehemmt: Weder verfügen die Beraterinnen über gesicherte Auskünfte bezüglich der Preise für Schwangerschaftsabbrüche in den verschiedenen Praxen der Stadt Halle (Saale), noch gibt es eine „offizielle Information, [...] wo jetzt daraus hervorgeht: bis zu dem und dem Tag, bis zu der und der Woche besteht das Angebot des

Schwangerschaftsabbruchs“ (persönliche Kommunikation, evangelische Beratungsstelle, 17.05.2022). Fehlende Relationen zwischen Beraterinnen und Arztpraxen und den Praxen untereinander sowie die mangelnde Materialisierung vorhandener Informationen in Form von Websites oder Handreichungen schmälern so die Kapazität der Beraterinnen, ihre Klientinnen* vollends aufzuklären (persönliche Kommunikation, AWO, 02.05.2022). Der bestehende Kontakt zu den durchführenden Praxen ist dabei sehr einseitig und erfordert das Engagement der Beraterinnen (persönliche Kommunikation, evangelische Beratungsstelle, 17.05.2022). Ähnliches gilt auch für den Austausch zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und den Beratungsstellen:

„Wie gesagt, wir kriegen von der KV [lacht] [...] keine Informationen mehr [lacht], also es ist ein Trauerspiel! [...] Sollte ja so sein und [...] das hat vor Jahren geklappt und dann habe ich vor drei Jahren den Versuch wieder gestartet und bin in der Hotline auf eine ganz offene Frau gestoßen ‚Ja, ja, Moment...‘ und so und ‚Ich melde mich wieder.‘ und dann hatte die ein Redeverbot gehabt. ‚Ja, das darf ich Ihnen nicht melden.‘ Wo ich so denke, da kann man ja, wie soll man da objektiv beraten?“ (persönliche Kommunikation, Pro Familia, 23.06.2022)

Hier wird eindrücklich deutlich, dass v. a. der Mangel an Informationsflüssen und Relationen die Assemblage prägt. Die kaum vorhandene Kommunikation zwischen den Ärzt*innen sorgt dafür, dass Frauen* geregelt in andere Städte verwiesen werden müssen, da in den Ferienzeiten keine Absprachen zur lückenlosen Versorgung getroffen werden (persönliche Kommunikation, DRK, 04.05.2022).

Natürlich prägen auch Abtreibungsgegner*innen dieses Spannungsfeld, indem sie Ärzt*innen daran hindern, sich öffentlich zur Durchführung von Abbrüchen zu bekennen (persönliche Kommunikation, durchführender Arzt, 19.05.2022). Materielle Entitäten wie Listen mit Namen und Adressen durchführender Ärzt*innen weisen in den Händen von Abtreibungsgegner*innen die Kapazität auf, als Grundlage für ‚pro-life‘-Kampagnen eingesetzt zu werden und die Kontaktdaten durchführender Praxen der Öffentlichkeit preiszugeben. Im Gegensatz dazu haben diese Listen im Besitz einer ungewollt schwangeren Frau* das Potential, ihr schnell eine geeignete Praxis zu vermitteln. Hier zeigt sich besonders gut, inwiefern sich die Kapazitäten einer Entität (der Liste) durch ihre Relationen und den Platz innerhalb einer Assemblage verändern. Gleichzeitig begünstigen die gesellschaftlichen Normen Vorurteile gegenüber den Betroffenen: Eine der Ärztinnen äußert sich im Interview abwertend gegenüber Frauen*, die wiederholt abtreiben und betont „so schwer kann es nicht gewesen sein“ (persönliche Kommunikation, durchführende Ärztin, 19.05.2022).

Ein weiterer wichtiger Punkt im Spannungsfeld zwischen Offenheit und Tabu ist der teils schlechte und unsensible Umgang der Gynäkolog*innen mit ihren Patientinnen*. Häufig

äußern diese ihre private Meinung, werten Abbrüche ab und konfrontieren betroffene Frauen* auf diese Art direkt mit dem Tabu.

„Nein, aber auf jeden Fall fand ich es komisch und die war auch so... weiß ich nicht, die hat ja dann auch nochmal geschaut, ob da wirklich irgendwie was in mir ist und hatte den Ultraschallbildschirm halt auch noch so hingedreht, dass ich es irgendwie sehen... also ich habe halt weggeguckt. Warum soll ich mir das angucken, wenn...? Also, was soll der Scheiß so? Habe ich mich in dem Moment halt wirklich gefragt, ich war so ‚Ey Brudi, du weißt, dass ich hier bin, um... Also, was soll das? Wieso?‘. Aus welchem Grund? Also, das sind so Dinge, die ich mir dann so gedacht habe. Also, wo ich so war, also: Really? Ja und ansonsten fand ich es auch ein bisschen komisch so... Also, ich fand es war wirklich wie so ein bisschen Abfertigung.“ (persönliche Kommunikation, Betroffene 1, 30.05.2022)

Dieser Ausschnitt aus dem Gespräch mit Betroffene 1 zeigt auf, dass das bestehende Tabu und die gesellschaftliche Abwertung einen unsensiblen und abschätzigen Umgang mit den Betroffenen begünstigen. Aufgrund des bestehenden Machtungleichgewichts besitzen die Gynäkolog*innen die Kapazität, Schwangerschaftsabbrüche zu verzögern und den Frauen* unnötige Wege abzuverlangen. Da die Betroffenen durch das gesellschaftliche Schweigen kaum über Informationen verfügen, haben sie oft nicht die Möglichkeit, das Verhalten der Ärzt*innen in Frage zu stellen und sich dagegen zu wehren.

Im Gegensatz zu der bestehenden Tabuisierung wurde in den Interviews zudem eine gleichzeitig stattfindende Offenheit und ein Fokus auf Aufklärung sichtbar. Einerseits berichtet die Beraterin der Pro Familia von Initiativen, die versuchen, Schwangerschaftsabbrüche in der medizinischen Ausbildung zu verankern (persönliche Kommunikation, Pro Familia, 23.06.2022). Andererseits zeigen die Gespräche mit den Betroffenen, dass beide sehr offen mit dem Thema umgehen und ihr persönliches Umfeld nutzen, um über die Situation aufzuklären:

„Ich habe es mir dann irgendwie so ein bisschen zur Aufgabe gemacht, weil ich war dann nämlich auch so... wenn... also ich hab dann auch gesagt, ich möchte, glaube ich, auch, dass Menschen das in meinem Umfeld wissen, dass wenn sie in der Situation sind, sie auf mich zukommen können, weil ich das schonmal durch habe. Und wissen, dass sie da irgendwie jemanden finden, auffinden, der, die das halt gut nachvollziehen kann, so.“ (persönliche Kommunikation, Betroffene 1, 30.05.2022)

Beide Beispiele verdeutlichen, wie die Initiative einzelner die Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ langfristig stabilisieren kann: Eine Verankerung in der medizinischen Ausbildung (in Lehrveranstaltungen, Lehrbüchern etc.) besitzt die Kapazität, Medizinstudierende für das Thema zu sensibilisieren und so in Zukunft Ärzt*innen zu produzieren, die eine offene Einstellung gegenüber Abtreibungen aufweisen. Die Thematisierung von Abbrüchen im Umfeld kann zudem durch den Kontakt mit einem selten diskutierten Bereich zu größerer Aufgeschlossenheit führen. Gleichzeitig lassen beide Gesprächsausschnitte erahnen, dass die öffentliche Tabuisierung des Themenbereichs die

Verantwortung in die private Sphäre verschiebt; hier wird die Dichotomie zwischen *public* vs. *private* erneut offensichtlich. Schwangerschaftsabbrüche und die damit verbundenen Barrieren werden nur selten als politisch relevant geframed, obwohl sie für viele Frauen* Realität sind und aufzeigen, dass geschlechtsspezifische Diskriminierung auch im medizinischen Bereich existiert.

4.3. Freiheit vs. Zwang

Im dritten Spannungsfeld Freiheit vs. Zwang lässt sich mithilfe der Assemblage Theory besonders gut die Verbindung von starr vorgegebenen Strukturen und gleichzeitigem Wandel, Fluidität und Agency erkennen (vgl. Anderson et al. 2012: 177). Wie sind Freiheit und Zwang innerhalb des Spannungsfeldes verteilt und wer hat die Kapazität, eigene Entscheidungen durchzusetzen? Am offensichtlichsten tritt das Spannungsfeld meines Erachtens in Bezug auf die Beratungsgespräche zutage. Obwohl die Betroffenen in den meisten Fällen laut Gesetz die Möglichkeit haben, selbst über ihre Körper zu entscheiden, werden sie zu diesem Gespräch gezwungen. Die Pflicht zur Beratung, die rechtlich gesehen pro-Kind erfolgen soll (§ 5, I, SchKG), nehme ich als bevormundend wahr; sie steht in immensem Gegensatz zu der Ansicht der Beraterinnen, dass 90 % der Frauen* bereits entschieden sind (persönliche Kommunikation, AWO, 02.05.2022). Die gesetzliche Regelung verleiht der Frau* zwar die Kapazität, einen legalen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen, sorgt aber auch dafür, dass verschiedene soziale Interaktionen und daraus hervorgehende materielle Objekte (Beratungsbescheinigung, Überweisung etc.) notwendig sind, um diese Kapazität zu nutzen. Die Entschiedenheit der Frau* und ihr* *Desire* nach einer Beendigung der Schwangerschaft kann als treibende Kraft der Assemblage betrachtet werden (vgl. Müller & Schurr 2016: 224). Auch die vorgeschriebene 3-tägige Frist zwingt die Betroffenen zur Auseinandersetzung mit ihrem Körper und verhindert jedwede Agency: „[D]as war am nervigsten, weil an meiner Entscheidung hat sich nichts geändert [...]. Nein, daran lag es ja nicht, ich möchte, wollte kein Kind haben, Punkt.“ (persönliche Kommunikation, Betroffene 1, 02.06.2022). Zudem bestimmt das Fortschreiten der Schwangerschaft darüber, welche Methode für eine Abtreibung Verwendung findet und im Zusammenhang damit die Nutzung bestimmter Instrumente/Medikamente sowie die Versorgung im Nachgang. Die Fluidität der Assemblage und das ständige Wachstum des Embryos zwingen die Betroffene so dazu, körperliche Symptome der Schwangerschaft und deren Ausprägungen zu erspüren.

Im Gegensatz zu den Zwängen, denen die ungewollt schwangeren Frauen* unterworfen sind, um einen Schwangerschaftsabbruch zu erhalten, haben die Gynäkolog*innen bisher die freie

Wahl, ob und bis zu welcher Woche sie Abtreibungen durchführen. Krankenhäuser gesetzlich zu verpflichten, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten, könnte als eine stabilisierende Komponente betrachtet werden, denn eine Veränderung des geltenden Rechts würde als Katalysator dienen: „Dann muss das Krankenhaus daran interessiert sein, mindestens einen Arzt, eine Ärztin zu haben, die es durchführt“ (persönliche Kommunikation, Pro Familia, 23.06.2022).

Durch das mangelhafte wohnortnahe Angebot in Halle besteht für viele Frauen* zudem eine Form von Mobilitätswang (persönliche Kommunikation, DRK, 02.05.2022): In Folge des mäßigen Angebots in der Stadt, werden also weitere materielle Komponenten wie Autos, Züge beziehungsweise die bestehende Infrastruktur um Halle (Saale) in die Assemblage involviert. Inwiefern die Frauen* die Kapazität haben, diese zu nutzen, ist von ihren persönlichen Eigenschaften (finanzielle und zeitliche Ressourcen, körperliche Möglichkeiten etc.) abhängig. Die hallesche Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ hat so auch sichtbare Verbindungen über die Stadtgrenzen hinaus; die Wege der Betroffenen* führen zu einer Verknüpfung mit anderen Städten, Einrichtungen und Personen. Da die Krankenhäuser der Stadt Halle (Saale) sich weigern, Schwangerschaftsabbrüche nach Beratungsregelung vorzunehmen und die durchführenden Ärzt*innen ihre eigenen Grenzen ziehen, müssen ungewollt Schwangere Alternativen außerhalb der Stadt suchen; die Entwicklung des Fötus wirkt sich somit direkt auf die Mobilität aus. In Verbindung mit den bestehenden Gesetzen, schaffen die persönlichen Fristen der Ärzt*innen sowie die Praktiken des Krankenhauspersonals Bedingungen, innerhalb derer die Frauen* agieren müssen (*Downward Causality*, vgl. De Landa 2016: 21). Gleichzeitig kann die Einführung des medikamentösen Abbruchs zusätzliche Freiheiten verleihen: Neue Komponenten innerhalb einer Assemblage wirken sich so auf bestehende Entitäten aus, während andere Aspekte unverändert bleiben (Anderson et al. 2012: 182).

Im Spannungsfeld zwischen Freiheit und Zwang wird zudem deutlich, dass viele Frauen* einen selbstbestimmten und freien Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen einfordern: Die persönlichen Eigenschaften der Betroffenen (z. B. politische Einstellung) sowie ihre geteilten Erfahrungen verleihen ihnen die Kapazität, die aktuelle gesetzliche Lage in Frage zu stellen. Auch dies kann eine stabilisierende Wirkung haben, wenn es beispielsweise in der Beteiligung an Initiativen oder Demonstrationen mündet.

5. Fazit

Schwangerschaftsabbrüche in Halle (Saale) und Umgebung erscheinen im Hinblick auf die globalen Kämpfe im Bereich Abtreibungen zunächst weitaus weniger brisant, doch wie im

Verlauf des Papers deutlich wurde, zeigen sich auch hier bedeutende Barrieren und Widersprüche bezüglich der Versorgung. Die vorliegende Betrachtung stellt anhand dreier Spannungsfelder dar, wie genau sich der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Halle (Saale) und Umgebung materialisiert. Dabei wird ein oft abstraktes und tabuisiertes Themenfeld kontextualisiert und ein Beitrag zur Erforschung von Abtreibungen in Deutschland geleistet. Als theoretisches Konstrukt dient die Assemblage Theory, um das Zusammendenken von Körpern, Normen, Gegenständen, Affekten, Informationen und vielem mehr zu ermöglichen und so eine detaillierte Betrachtung des Themas sowie eine Anerkennung der vielfältigen, den Zugang bestimmenden Komponenten zu erlauben. Der Fokus auf die Relationen zwischen den verschiedenen Entitäten gestattet dabei einen neuen Blick auf Schwangerschaftsabbrüche, der im Sinne des *posthuman turn* die Verbindung von menschlichen und nicht-menschlichen Entitäten beinhaltet.

Die geführten Interviews erlauben eine ausführliche Betrachtung der Problematik und zeigen auf, dass sich Schwangerschaftsabbrüche und damit einhergehende Prozesse individuell stark unterscheiden: Jede Frau* ist anders, die persönlichen Voraussetzungen variieren stark – trotzdem konnten durch die Forschung Gemeinsamkeiten im Erleben sowie der Assemblage inhärente Muster herausgearbeitet werden, die sich in die drei Spannungsfelder einordnen lassen.

Der Einfluss materieller Komponenten wie Beratungsscheine, Überweisungen, Kostenübernahmen oder der Abtreibungspille werden in jedem dieser Felder sichtbar. Gesetzliche Regelungen sowie die Einstellungen von Ärzt*innen und der jeweilige Kontext bestimmen die Kapazität der Mediziner*innen, auf die Versorgung ungewollt Schwangerer einzuwirken. Zudem ist auch die bestehende Dichotomie *public vs. private* (vgl. England 2003: 612) in den verschiedenen Bereichen erkennbar: Schwangerschaftsabbrüche werden gesellschaftlich stark tabuisiert und häufig nicht als politisches und diskutables Thema betrachtet, sondern in den privaten und intimen Bereich verschoben. Frauen* leiden unter dieser Depolitisierung von Abtreibungen: So zeigt sich, dass man nur beschränkende Gesetze tatsächlich gewissenhaft umsetzt, während die Versorgung garantierende Bestimmungen (beispielsweise wohnortnahe Einrichtungen) keine Priorität aufweisen und somit in die Hände einzelner Personen gelegt werden. Hier wird die Schwierigkeit erkennbar, das geltende Recht der Betroffenen auch in der Realität umzusetzen.

Ebenso zeichnet sich der feministische Fokus auf Machtrelationen (Wucherpfennig & Fleischmann 2008: 352) innerhalb der Spannungsfelder als gewinnbringend ab: Machtdynamiken werden v. a. in der Interaktion der Frauen* mit Gynäkolog*innen,

durchführenden Praxen und Krankenkassenmitarbeiter*innen offenkundig. Sie alle besitzen die Kapazität, den Zugang für die Betroffenen zu erschweren und nutzen diese in vielen Fällen – es zeigen sich unnötig auferlegte Wege, abwertende Kommentare oder Eingriffe in die Privatsphäre.

Als wichtiger Aspekt kristallisierte sich zudem die Betrachtung von Mobilität innerhalb der Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ heraus. Hier fällt einerseits auf, dass sich die soziale Wahrnehmung von Abtreibungen als ‚unnormal‘ auf die Mobilität der Frauen* auswirkt und andererseits durch die mangelnde Versorgungslage eine Form von Mobilitätswang entsteht, der zur Involvierung weiterer materieller Komponenten führt. Neben der Bewegung Betroffener, sind auch Gegenstände und Informationen mobil beziehungsweise kennzeichnen sich durch auffällige Immobilität: Informations- und Datenströme werden zwischen nahezu allen Entitäten gehemmt und wirken sich negativ auf den Zugang zu Abbrüchen aus (Beratungsstelle – Ärzt*innen; Frauen* – Gynäkolog*innen; zwischen durchführenden Praxen etc.).

Im Sinne der Critical Health Geography beeinflussen zudem die gesellschaftlichen Konstruktionen von Schwangerschaftsabbrüchen, psychischer und körperlicher Krankheit sowie eines ‚lebenswerten‘ Lebens die Prozesse (vgl. Fleuret 2018: 103).

Als Destabilisierende Komponenten wirken nach meiner Analyse v. a. die bestehenden Zwänge und Fristen sowie durch Abtreibungsgegner*innen verbreitete Falschinformationen und Ängste; auch die Machtausübung durch Praxispersonal oder Krankenkassenmitarbeiter*innen beeinflusst die Versorgung negativ. Abwertende Einstellungen gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen auf Seiten der Gynäkolog*innen und durchführenden Ärzt*innen fördern zudem den Einsatz materieller Objekte (z. B. Überweisungen, Ultraschallbild) als Hürde. Hingegen könnten rechtliche Regelungen hinsichtlich im Internet kursierender Falschinformationen, eine Durchführungspflicht für Abbrüche an Krankenhäusern oder eine Verankerung der Problematik innerhalb der universitären Ausbildung die Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘ stabilisieren und den Zugang verbessern. Außerdem spielt die Materialisierung von Informationen eine wichtige Rolle: Dies kann für betroffene Frauen* einerseits die Suche nach durchführenden Ärzt*innen erleichtern und andererseits den Austausch zwischen Praxen beziehungsweise Praxen und Beratungsstellen anregen.

Innerhalb all dieser Komponenten kann die Entscheidung einer Frau* für einen Schwangerschaftsabbruch als treibende Kraft der Assemblage betrachtet werden (vgl. Müller & Schurr 2016: 224). Die Erfüllung ihres* Wunsches erfordert ein Manövrieren durch die

beschriebenen Spannungsfelder und Widersprüche und zeigt die Verwobenheit der unterschiedlichen *scales* innerhalb der Assemblage ‚Schwangerschaftsabbrüche‘.

6. Literaturverzeichnis

Allen, J. (2011): Powerful assemblages? In: *Area*, 43(2), 154-157.

Anderson, B., Kearnes, M., McFarlane, C. & Swanton, D. (2012): On Assemblages and Geography. In: *Dialogues in Human Geography*, 2(2), 171-189. <https://doi.org/10.1177/2043820612449261>

Andrews, G. J. (2019): Health Geographies II: The Posthuman Turn. In: *Progress in Human Geography*, 43(6), 1109-1119. <https://doi.org/10.1177/0309132518805812>

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L. & Alkema, L. (2020): Unintended Pregnancy and Abortion by Income, Region, and the Legal Status of Abortion – Estimates from a Comprehensive Model for 1990-2019. In: *The Lancet Global Health*, 8, 1152-1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019): Schwangerschaftsberatung § 218 – Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch. Rostock: Publikationsversand der Bundesregierung.

Calkin, S., Freeman, C. & Moore, F. (2022): The Geography of Abortion – Discourse, Spatiality and Mobility. In: *Progress in Human Geography*, 0(0), 1-18. <https://doi.org/10.1177/03091325221128885>

Center for Reproductive Rights. (2022, 19. Mai): The World's Abortion Laws – Center for Reproductive Rights. URL: [https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?indications\[1372\]=1372](https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/?indications[1372]=1372) letzter Zugriff am: 05.07.2022.

Charmaz, K. & Thonberg, R. (2012): Grounded Theory. In: Lapan, S. D.; Quartaroli, M. T. & Riemer, F. J. (Eds.): *Qualitative Research: An Introduction to Methods and Designs*. San Francisco: Jossey-Bass, 41-68.

De Landa, M. (2006a): Deleuzian Social Ontology and Assemblage Theory. In: Fuglsang, M. & Sørensen, B. M. (Eds.): *Deleuze and the Social*. Edinburgh: Edinburgh University Press, 250-266.

De Landa, M. (2006b): *A New Philosophy of Society – Assemblage Theory and Social Complexity*. London: Bloomsbury Publishing.

De Landa, M. (2016): *Assemblage Theory*. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Duff, C. (2018): After Posthumanism – Health Geographies of Networks and Assemblages. In: Crooks, V. A.; Andrews, G. J. & Pearce, J. (Eds.): *Routledge Handbook of Health Geography*. London & New York: Routledge, 137-143.

England, K. (2003): Towards a Feminist Political Geography? In: *Political Geography*, 22(6), 611-616. [https://doi.org/10.1016/s0962-6298\(03\)00065-9](https://doi.org/10.1016/s0962-6298(03)00065-9)

Engle, O. (2022): Abortion Mobilities. In: *Geography Compass*, 16(9), 1-12. <https://doi.org/10.1111/gec3.12656>

Faria, C., Massaro, V. A. & Williams, J. M. (2020): Feminist political geographies – Critical Reflections, New Directions. In: *Environment and Planning C: Politics and Space*, 0(0), 1-11. <https://doi.org/10.1177/2399654420952419>

Fleuret, S. (2018): Social Constructivism (in a Socially Constructed Health Geography?). In: Crooks, V. A.; Andrews, G. J. & Pearce, J. (Eds.): *Routledge Handbook of Health Geography*. London & New York: Routledge, 101-106.

Hanschmidt, F., Kaiser, J., Stepan, H. & Kersting, A. (2020): The Change in Attitudes Towards Abortion in Former West and East Germany After Reunification – A Latent Class Analysis and Implications for Abortion Access. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 80(1), 84-94. <https://doi.org/10.1055/a-0981-6286>

Hutta, J., Klosterkamp, S., Laketa, S. & Marquardt, N. (2021): Emotionen und Affekte. In: G. u. G. Autor*innenkollektiv & Schwiter, K. (Hrsg.): *Handbuch Feministische Geographien: Arbeitsweisen und Konzepte*. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 215-238.

Kinkaid, E. (2020): Can Assemblage Think Difference? – A Feminist Critique of Assemblage Geographies. In: *Progress in Human Geography*, 44(3), 457-472. <https://doi.org/10.1177/0309132519836162>

Müller, M. & Schurr, C. (2016): Assemblage Thinking and Actor-Network Theory – Conjunctions, Disjunctions, Cross-Fertilisations. In: *Transactions of the Institute of British Geographers*, 41(3), 217-229.

Schurr, C. (2014): Emotionen, Affekte und mehr-als-repräsentationale Geographien. In: *Geographische Zeitschrift*, 102(3), 148-161. <https://doi.org/10.25162/gz-2014-0016>

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2022, 15. Juni): Schwangerschaftsabbrüche – Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 1. Quartal 2022 insgesamt nach verschiedenen Merkmalen, Anteilen und Veränderung zum Vorjahr. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/q1-2022-schwangerschaftsabbr-deutschl-insg-versch-merkmale-veraendvorjahr.html> letzter Zugriff am: 23.11.2022.

Statistisches Bundesamt (Hrsg.). (2024, 24. April): Schwangerschaftsabbrüche – Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung. URL: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html letzter Zugriff am: 06.09.2024.

Woliver, L. R. (2002): *The Political Geographies of Pregnancy – Abortion Politics: Discourses on Lives*. Chicago & Urbana: University of Illinois Press.

Wucherpfennig, C. & Fleischmann, K. (2008): Feministische Geographien und geographische Geschlechterforschung im deutschsprachigen Raum. In: *ACME: An International Journal for Critical Geographies*, 7(3), 350-376.