



MASTERARBEIT | MASTER'S THESIS

Titel | Title

Stigmatisierung von ungewollt Schwangeren

verfasst von | submitted by

Elisabeth Binder BA

angestrebter akademischer Grad | in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Master of Arts (MA)

Wien | Vienna, 2026

Studienkennzahl lt. Studienblatt |
Degree programme code as it appears on the
student record sheet:

UA 066 905

Studienrichtung lt. Studienblatt | Degree
programme as it appears on the student
record sheet:

Masterstudium Soziologie

Betreut von | Supervisor:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Anna Pospech Durnova Ph.D.

Abstract

Diese Arbeit leistet einen Beitrag, um darzustellen, wie es zur Stigmatisierung bei der österreichischen Schwangerschaftsabbruchsdebatte kommt. Dafür wurden zwölf biographisch narrative Interviews mit Betroffenen und 52 ZIB-Beiträge mithilfe der Interpretativen Emotionsanalyse (Durnová, 2022) analysiert und veranschaulicht, welche Rolle Emotionen bei der Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen einnehmen, denen in den bisherigen Forschungen zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Die Ergebnisse zeigen, dass die Emotionen im Zusammenhang mit der Stigmatisierung innerhalb der Interviews eng mit den gesellschaftlichen Normen verknüpft sind und auch in den ZIB-Beiträgen ein bestimmter Deutungsrahmen vorgegeben ist, wie über die Thematik gesprochen und empfunden werden darf. Mit dieser Arbeit soll einerseits zur Enttabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen beigetragen und andererseits veranschaulicht werden, in welchen Formen sich Stigmatisierung – sei es durch persönliche Erfahrungen der Betroffenen oder durch die Berichterstattung in Österreich – zeigt und wie sich diese zwei Zugänge gegenseitig beeinflussen und zusammenhängen.

Danksagung und Widmung

Meine Danksagung gilt allen Personen, die mich während meines Prozesses der Masterarbeit unterstützt haben.

Da die Masterarbeit im Rahmen des Projektes „CLIDE“¹ entstanden ist, möchte ich mich an dieser Stelle herzlich bei allen Mitarbeiter*innen des Projektes bedanken, die mich bei der Suche nach Interviewpartner*innen, beim Transkribieren der Interviews und bei allgemeinen Fragen zum Projekt unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meiner Betreuerin Univ.-Prof. Dr. Anna Durnová, Ph.D., die mir die Möglichkeit gegeben hat, im Rahmen dieses Projekts zu arbeiten und für ihr großes Engagement, ihre fachliche Begleitung und die ausführlichen Gespräche sowie ihr wertvolles Feedback während der Entstehung dieser Arbeit.

Ebenso möchte ich ein herzliches Dankeschön an alle Personen richten, die sich bereit erklärt haben, ihre Erfahrungen zu teilen und einen großen Beitrag für diese Arbeit geleistet haben.

Von Herzen danke ich meinen Eltern für ihre kontinuierliche Unterstützung und ihr Vertrauen in mich, ohne die dieses Studium nicht möglich gewesen wäre. Darüber hinaus danke ich meiner Familie, insbesondere meinen Brüdern sowie meinen Freund*innen für ihren Zuspruch und beständigen Rückhalt.

Diese Arbeit versteht sich als Beitrag zu einer enttabuisierten und stigmafreien Diskussion über Schwangerschaftsabbrüche in der Gesellschaft.

¹ Grant DOI 10.55776/V761

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	7
2. Grundlagen des Schwangerschaftsabbruchs	11
2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich	11
2.2. Finanzielle Unterstützungsangebote	11
2.3. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs	12
2.4. Übersicht privater Ordinationen und Spitäler in Österreich	12
3. Forschungsstand	13
3.1. Tabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen	13
3.2. Medizinische Zugangsbarrieren und damit verbundene Stigmatisierung	18
3.3. Framing vom Diskurs des Schwangerschaftsabbruchs	21
3.4. Darstellung von Schwangerschaftsabbrüchen	24
4. Theorie	26
4.1. Theoretischer Rahmen der Arbeit	26
4.2. Emotionssoziologische Perspektiven	30
4.3. Stigma(-tisierung) nach Erving Goffman	32
4.3.1. Exkurs: Abgrenzung zu verwandten Begriffen	39
4.4. Diskurs als Machtinstrument nach Judith Butler	41
5. Methode	45
5.1. Empirische Forschung	45
5.2. Forschungsprojekt „CLIDE“	45
5.3. Datenerhebungsmethode	46
5.3.1. Interviews: Feldzugang Teilnehmer*innen	46
5.3.2. Beschreibung des Samples	47
5.3.3. Biographisch narrative Interviews mit Leitfaden	47
5.3.4. Medien: ORF	49
5.4. Reflexion der eigenen Rolle im Forschungsprozess	49
5.5. Datenauswertungsmethode	50
5.5.1. Diskursanalyse	50
5.5.2. Interpretative Emotionsanalyse (IEA)	52
5.5.3. Analyse von Interviews mittels Interpretativer Emotionsanalyse	54
5.5.4. Analyse von ORF-Beiträgen mittels Interpretativer Emotionsanalyse	56
6. Ethische Überlegungen	57
7. Ergebnisse	58
7.1. Kurzer Überblick: biographisch narrative Interviews	58
7.1.1. Zuschreibung und Fremdwahrnehmung im gesellschaftlichen Kontext	59
7.1.2. Erfahrungen stigmatisierender Behandlung im medizinischen Kontext	64
7.1.3. Stigma-Management	71

7.2.	Überblick und Einordnung: thematische Schwerpunkte der ZIB im Jahresvergleich	74
7.2.1.	Vier zentrale Kernthemen	75
7.2.1.1.	Geschlecht im diskursiven Kontext	75
7.2.1.2.	Normative Rahmung	77
7.2.1.3.	Medizinische Versorgungslage	79
7.2.1.4.	Gesetzliche Rahmenbedingungen	82
8.	Diskussion	84
8.1.	Emotionale Rahmung	85
8.2.	Stigmatisierung nach Goffman	90
8.3.	Diskurs nach Butler	94
8.4.	Limitationen der Arbeit	97
9.	Conclusio	98
10.	Literaturverzeichnis	101
10.1.	Wissenschaftliche Literatur	101
10.2.	Analysematerial: ORF/ZIB	105
11.	Anhang	110
11.1.	Leitfaden – biographisch narratives Interview	110

1. Einleitung

„Es ist bemerkenswert, dass im Europa des 21. Jahrhunderts der Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft noch derart stigmatisiert und kriminalisiert ist und das Recht von Frauen auf reproduktive Gesundheit, auf Selbstbestimmung über ihren Körper und ihr Leben in diesem Kontext missachtet werden können“ (Busch & Hahn 2015, S. 17).

Wie im vorhergehenden Zitat von Busch und Hahn (2015) zu erkennen ist, sind Schwangerschaftsabbrüche² ein nach wie vor breit diskutiertes Thema, welches durch Stigmatisierung und Kriminalisierung geprägt ist und die Selbstbestimmung der Frauen*³ stark einschränkt. Bereits in den 1940er Jahren machte die Philosophin und Feministin Simone de Beauvoir (1949) auf die Problematik der Illegalität und Tabuisierung im Kontext von Abtreibungen⁴ aufmerksam und, dass aufgrund von moralischen Gründen und Gesetzen Schwangerschaftsabbrüche als eine „*Straftat*“ (de Beauvoir, 2024, S. 621) angesehen werden. Mehr als acht Jahrzehnte später handelt es sich nach wie vor bei Abtreibungen weltweit um eine umstrittene Thematik und Organisationen wie Amnesty International Österreich (o.J.) oder Pro Choice Austria (o.J.) fordern einen sicheren Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen, da diese ein Menschenrecht darstellen, nämlich das Recht über den eigenen Körper zu entscheiden. Diese Maßnahmen sind von entscheidender Bedeutung, da Statistiken der World Health Organization (WHO) (2025) aufzeigen, dass jährlich weltweit etwa 73 Millionen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, wovon 45 % auf unsicherem Weg stattfinden. In Ländern, in welchen der Schwangerschaftsabbruch verboten oder nur unter Ausnahmen durchgeführt wird, wenn das Leben der Frau* in Gefahr steht, liegt die Rate bei 37 pro 1.000 Menschen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, während in Ländern, in denen legalere Gesetze herrschen, die Rate bei 34 pro 1.000 Menschen liegt (Amnesty International Österreich, o.J.). Die Abtreibungsrate ist in Ländern wie Afrika oder dem Nahen Osten am höchsten, gefolgt von Lateinamerika und der Karibik, während in Europa die Rate am niedrigsten ist (Abortion Data, 2026). Demnach verletzt das Zwingen des Fortführens einer ungewollten Schwangerschaft oder einen unsicheren Abbruch

² Bei dem Schwangerschaftsabbruch beziehe ich mich auf den medizinischen Eingriff.

³ Das Gendersternchen steht für alle ungewollt schwangeren Personen, denn nicht nur cisgeschlechtliche Frauen können schwanger werden, sondern bspw. auch nicht-binäre Personen oder Transmänner. Das Sternchen wird nur weggelassen, wenn Gedankengänge von Autor*innen übernommen werden oder diese zitiert werden.

⁴ Bei der Abtreibung beziehe ich mich auf die gesellschaftliche Debatte.

durchführen zu müssen, gegen das Menschenrecht der „*körperlichen Autonomie*“ (Amnesty International Österreich, o.J.). Auch wenn immer wieder Aufrufe von Abtreibungsbefürworter*innen zur Liberalisierung bei Schwangerschaftsabbrüchen zu sehen sind und das reproduktive Recht zunehmend als ein fundamentales Menschenrecht angesehen wird, gibt es dennoch auch viel Gegenwind (Hausbichler, 2024). So lässt sich anhand der unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen in den jeweiligen Ländern sowie an den gesellschaftlichen Debatten erkennen, dass die Thematik nach wie vor von Verboten, Einschränkungen und Stigmatisierung behaftet ist und sich in weiterer Folge auf die Selbstbestimmung von Frauen* stark auswirkt. So zeigen Studien aus Deutschland von Hahn et al. (2025) und Zill und Lindig (2024), wie Zugangsbarrieren bei der medizinischen Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen zur Stigmatisierung von betroffenen Frauen* führen können. Auch im medialen Diskurs ist ein restriktiver Werdegang bei der Gesetzeslage von Abtreibungen zu finden. Demnach erklärt das Oberste Gericht des Bundesstaates Arizona ein Abtreibungsverbot aus dem Jahr 1864 wieder als gültig, welches besagt, dass auch Frauen* nach einer Vergewaltigung oder Inzest nicht legal abtreiben dürfen (Hausbichler, 2024). Diese Berichterstattungen erreichen einen großen Teil der Leserschaft und dabei kann die Einstellung der Bevölkerung zu der Thematik mitbeeinflusst werden. Purcell et al. (2014), Valdez und Goodson (2022) und Frankpitt (2025) beschäftigen sich mit diesen Begrifflichkeiten, die im Kontext zu Abtreibungen im Diskurs, sei es in den britischen und schottischen Printmedien (Purcell et al., 2014), bei dem Abtreibungsgesetz in den USA (Valdez & Goodson, 2022) oder in politischen Debatten in den USA (Frankpitt, 2025) verwendet werden, und analysieren welche Auswirkungen diese zum Teil emotionalisierte Sprache auf die gesellschaftliche Einstellung haben kann. Die Auswahl von Begrifflichkeiten, welche im Zusammenhang zu der Abtreibungsdebatte herangezogen werden, führt dazu, dass die Meinung der Gesellschaft beeinflusst werden kann (Valdez & Goodson, 2022) und es in weiterer Folge zur Förderung der Stigmatisierung kommt (Purcell et al., 2014). Diese Stigmatisierung findet nicht nur anhand von Zugangsbarrieren im medizinischen Kontext (Hahn et al., 2025; Zill & Lindig, 2024), sondern auch im medialen Diskurs und bei Gesetzesentwürfen (Frankpitt, 2025; Purcell et al., 2014; Valdez & Goodson, 2022) statt. So werden Schwangerschaftsabbrüche als abweichend seitens Gegner*innen angesehen, da das Rollenbild, Frauen* gebären Kinder und ziehen diese auf, noch stark in der Gesellschaft verankert ist und alles, was dieser Tatsache nicht entspricht,

als moralisch falsch angesehen wird und „*damit die Existenz eines voraussichtlich glücklichen menschlichen Wesens verhindert wird*“ (Hallich, 2010, S. 217). All jenes, was nicht der Norm entspricht, gilt hierbei als abweichend.

Neben den angeführten internationalen Studien, die darstellen, wie sich Stigmatisierung bei der Abtreibungsdebatte äußert, ist die soziologische Perspektive zu der Thematik in Österreich noch wenig erforscht⁵. Auch wenn Österreich im internationalen Vergleich bei den Gesetzen zum Schwangerschaftsabbruch liberaler erscheint, steht dieser dennoch unter Strafe (siehe § 96) und kann nur unter bestimmten Ausnahmen (siehe § 97) durchgeführt werden, was wiederum gesellschaftlich zur Stigmatisierung bei der Thematik beiträgt. Daraus resultiert folgende Forschungsfrage:

Wie entsteht Stigmatisierung bei ungewollt Schwangeren in der österreichischen Schwangerschaftsabbruchsdebatte?

Folgende Unterfragen, welche zusätzlich zur Forschungsfrage herangezogen werden, sind:

- Wer spricht über die Schwangerschaftsabbrüche in den Medien und wie?
- Wie wird das Phänomen in den Interviews konstruiert?
- Gibt es Parallelen oder Unterschiede zwischen den Interviews und den medialen Berichterstattungen?

Die weiterführenden Fragestellungen sollen zur Unterstützung der Forschungsfrage und in weiterer Folge der Ergebnisdarstellung dienen. Ziel dieser Arbeit ist es systematisch aufzuzeigen, wie sich der Diskurs zur Stigmatisierung von ungewollt Schwangeren in Österreich darstellt. Hierbei geht es nicht darum, den bzw. die Leser*in davon zu überzeugen, dass es zur Stigmatisierung kommt, denn diese findet, wie anhand des Forschungsstands (siehe Kap. 3) zu sehen ist, statt, sondern es geht darum aufzuzeigen, in welchen Facetten diese auftritt. Ausgehend von einer Studie von Anna Durnová (2022), die darstellt, wie Emotionen Diskurse beeinflussen können, wird in der vorliegenden Arbeit die Rolle von Emotionen im Kontext zur Abtreibungsdebatte näher analysiert. Demnach können Emotionen nicht nur individuelle Erfahrungen beeinflussen, sondern sich auch im gesellschaftlichen Diskurs zeigen und so zur Reproduktion sozialer Normen beitragen. Zur Beantwortung

⁵ Darauf wird auch in der Einleitung der Studie von Durnová et al. (2024) eingegangen.

der Forschungsfrage wird auf die emotionssoziologische Perspektive nach Katharina Scherke, auf die theoretischen Ansätze der Stigmatisierung nach dem Soziologen Erving Goffmann und auf den Diskurs nach der Feministin Judith Butler zurückgegriffen. Methodisch erfolgt die Untersuchung mithilfe der Interpretativen Emotionsanalyse nach Anna Durnová (2022), um die emotionalen Dimensionen nachvollziehbarer darzustellen. Als empirische Grundlage wurden im Rahmen des Forschungsprojektes „CLIDE“⁶ zwölf biographisch narrative Interviews mit Betroffenen, die einen Schwangerschaftsabbruch in Österreich durchgeführt haben, erhoben, um die persönlichen Erfahrungen und die darin empfundene Stigmatisierung darzustellen. Zusätzlich, um einen größeren Radius und die allgemeine Stimmung zu der Thematik besser abbilden zu können, werden insgesamt 52 Beiträge des ORFs der beitragsstärksten Jahre von 2022 bis 2024 hinzugezogen, um zu analysieren, wie über Schwangerschaftsabbrüche gesprochen wird und welche Stigmatisierungen sich auch hierbei zeigen. Diese zwei Sichtweisen sollen ermöglichen, darzustellen, mit welchen Herausforderungen Betroffene konfrontiert werden und wie sehr die gesamtgesellschaftliche Einstellung dazu beitragen kann, die Meinung zu der Thematik zu beeinflussen.

Die Arbeit baut sich wie folgt auf: Im ersten Schritt wird ein Überblick zur gesetzlichen Lage von Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich gegeben, bevor der Forschungsstand zu der Thematik aus unterschiedlichen Perspektiven genauer betrachtet wird. Darauf folgt die theoretische Auseinandersetzung, die sich in drei Bereiche gliedert, welche die emotionssoziologischen Perspektiven von Katharina Scherke, die Stigmatisierung nach Erving Goffman und der Diskurs als Machtinstrument nach Judith Butler sind. Anschließend wird das Ziel und die Fragestellung sowie das methodische Vorgehen der interpretativen Emotionsanalyse der Arbeit beschrieben. Zum Abschluss kommt es zur Ergebnisdarstellung und zur Diskussion dieser und zu guter Letzt werden in der Conclusio die wichtigsten Erkenntnisse dieser Arbeit zusammengefasst.

⁶ Genauere Erklärung zum Projekt siehe Kap. 5.2.

2. Grundlagen des Schwangerschaftsabbruchs

2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich

Da die Forschung in Österreich durchgeführt wird, werden die hierzulande gesetzlichen Regelungen herangezogen. Der Schwangerschaftsabbruch ist im Strafgesetzbuch (StGB) unter § 96, welcher am 01.01.1975 in Kraft trat, zu finden und besagt, dass es zu Freiheits- oder Geldstrafen für den Arzt oder für die Ärztin als auch für die Schwangere kommt. Unter bestimmten Ausnahmen, welche im § 97 enthalten sind, kann straflos abgetrieben werden. Hierbei handelt es sich um die sogenannte Fristenregelung in Österreich, bei welcher ein Schwangerschaftsabbruch in den ersten drei Monaten, d. h. im Zeitraum vor Beginn der 16. Schwangerschaftswoche, durchgeführt werden darf. Die Durchführung der Abtreibung darf nur von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen werden. Jedoch ist rechtlich kein Arzt und keine Ärztin verpflichtet, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, außer die Schwangere befindet sich in unmittelbarer Lebensgefahr. Vor dem Eingriff findet ein Aufklärungsgespräch statt und die betroffene Person muss dem Eingriff zustimmen. Bei dem Gespräch keine Gründe angegeben werden, weshalb man abtreiben möchte (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2024). Es besteht auch die Möglichkeit, nach den ersten drei Monaten abzutreiben, wenn:

- *„eine ernste Gefahr für die Gesundheit der Frau besteht,*
- *eine schwere geistige oder körperliche Behinderung des Kindes zu erwarten ist,*
- *die Frau zum Zeitpunkt, als sie schwanger wurde, das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte“* (Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs, 2024).

2.2. Finanzielle Unterstützungsangebote

Der Schwangerschaftsabbruch wird nicht von der Krankenkasse übernommen und ist selbst zu finanzieren. Um einen Abbruch durchzuführen, muss die Schwangere weder in Österreich gemeldet sein noch eine österreichische Krankenversicherung besitzen. Es gibt zwei Anlaufstellen in Österreich, die bei materieller Notlage der Betroffenen unterstützen, obgleich für welche Methode des Schwangerschaftsabbruchs sich die Frau* entscheidet. In Wien ist es die Magistratsabteilung 40 (MA 40) und in Tirol der Härtefallfonds (HFF). Um eine Unterstützung bei der MA 40 zu bekommen, müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- „Österreichische Staatsbürgerinnen oder Frauen, die sich länger als 3 Monate rechtmäßig in Österreich aufhalten (ausgenommen Asylwerberinnen)
- Lebensmittelpunkt sowie Hauptwohnsitz (tatsächlicher Aufenthalt) in Wien
- wirtschaftliche/materielle Notlage“ (Fonds Soziales Wien, 2025).

Den HFF in Tirol gibt es seit 2015 und ist in zwei Abteilungen aufgeteilt, die einerseits finanziell bei Verhütungsmitteln und andererseits bei Schwangerschaftsabbrüchen unterstützen. All jene mit keinem oder einem geringen Einkommen sowie in finanziellen Notsituationen erhalten Hilfe (Aktionskomitee Schwangerschaftsabbruch, 2025).

2.3. Methoden des Schwangerschaftsabbruchs

Ein Schwangerschaftsabbruch kann medikamentös oder chirurgisch durchgeführt werden. Der medikamentöse Abbruch kann bis zum Ende der 9. Schwangerschaftswoche stattfinden. Dabei werden von einem*einer Gynäkolog*in die Arzneistoffe Mifepriston (im Beisein einer ärztlichen Person) und Misoprostol (nach Anweisung zuhause eingenommen) verabreicht. Der Aufenthalt in der Klinik beträgt bis zu 30 Minuten und die Kosten können je nach Klinik zwischen 330 € und 840 € betragen. Der chirurgische Abbruch wird mittels Vakuumaspiration durchgeführt. Dieser Eingriff kann ab Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende des dritten Schwangerschaftsmonats erfolgen. Dabei wird eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt und je nach Wunsch der betroffenen Person kann eine lokale Anästhesie oder eine Teil- oder Vollnarkose gewählt werden. Bei der Durchführung wird der Gebärmutterhals leicht geöffnet und mit einem Einweg-Vakuum-Sauger wird die Gebärmutter entleert. Nach dem Eingriff, welcher drei bis vier Minuten dauert, kann sich noch in der Klinik, circa zwei bis drei Stunden, ausgeruht werden, bevor man diese verlassen muss. Auch hier können sich die Kosten je nach Klinik unterscheiden und von 550 € bis 939 € reichen (Abortion in Austria, 2025).

2.4. Übersicht privater Ordinationen und Spitäler in Österreich

Die Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbrüchen ist in Österreich bundesspezifisch geregelt. Das Burgenland stellt dabei eine Ausnahme dar, da dieses keine private Ordination oder Spital zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs bereitstellt. In Tirol und Vorarlberg gibt es jeweils eine Einrichtung, während es in Kärnten, Salzburg und Steiermark jeweils zwei sind. Im Bundesland Niederösterreich gibt es insgesamt drei Standorte und Wien bietet die

meisten Möglichkeiten an mit insgesamt dreizehn privaten Ordinationen bzw. Spitälern (Österreichische Gesellschaft für Familienplanung, 2025).

Nachdem ein Überblick zu den Rahmenbedingungen des Schwangerschaftsabbruchs in Österreich gegeben wurde, sollen im nächsten Schritt empirische Forschungen vorgestellt werden.

3. Forschungsstand

Die bisherigen Forschungen zu Schwangerschaftsabbrüchen im Kontext zu Stigmatisierung, Emotionen und Diskurs beschäftigen sich mit der Tabuisierung der Thematik in der Gesellschaft, den medizinischen Zugangsbarrieren und der damit einhergehenden Stigmatisierung sowie mit dem Framing von Begriffen in Zusammenhang mit Abtreibungen in Printmedien, politischen Debatten und Gesetzesentwürfen. Des Weiteren wird auch auf die unterschiedliche Darstellung und Informationsvermittlung von Schwangerschaftsabbrüchen von Gegner*innen und Nicht-Gegner*innen eingegangen. Auf diese Studien soll im Folgenden eingegangen werden.

3.1. Tabuisierung von Schwangerschaftsabbrüchen

Die Philosophin und Feministin Simone de Beauvoir setzte sich bereits in den 1940er Jahren in ihrem Werk *„Das andere Geschlecht: Sitte und Sexus der Frau“* (1949) kritisch mit der Thematik des Schwangerschaftsabbruchs in der Gesellschaft, welcher dazumal illegal und tabuisiert war, sowie mit den Risiken und psychischen Folgen der betroffenen Frauen auseinander. Dabei nimmt sie Bezug auf die gesellschaftliche Ungleichheit und die Kontrolle von weiblichen Körpern. Zudem zeigt die zeitliche Komponente auf, dass die Thematik über die Jahre hinweg für viel Diskussionsdiskurs sorgt und aktueller denn je ist. In ihren Ausführungen geht sie u. a. auf den geschichtlichen Kontext ein und beschreibt, dass bei der Befruchtung lange Zeit angenommen wurde, dass der Vater nicht für die Empfängnis des Kindes verantwortlich ist, sondern *„die Lemuren der Ahnen würden in Form von lebendigen Keimen in den Mutterleib eindringen“* (de Beauvoir, 2024, S. 32). Als das Patriarchat aufkam, erhob der Mann Anspruch auf seine Nachkommen und der Mutter wurde nur die Rolle zugesprochen, den Samen auszutragen und zu ernähren. De Beauvoir (2024) beschreibt die Schwangerschaft wie folgt: *„Doch ist die Schwangerschaft entgegen einer optimistischen Theorie, deren gesellschaftliche Brauchbarkeit nur zu*

offensichtlich ist, eine anstrengende Belastung, die der Frau keinen persönlichen Vorteil bringt, sondern ihr im Gegenteil schwere Opfer abverlangt“ (de Beauvoir, 2024, S. 54). Des Weiteren geht sie auf den Verlauf von Schwangerschaften ein, wie diese sich auf den Körper auswirken und mit welchen Herausforderungen Frauen währenddessen zu kämpfen haben. Demnach haben die Männer in ihrem „Geschlechtsleben“ (de Beauvoir, 2024, S. 56) mehr Vorteile und nicht dieselben „Krisen“ (de Beauvoir, 2024, S. 57) oder „Komplikationen“ (de Beauvoir, 2024, S. 57). Die Philosophin und Feministin erörtert, dass Frauen nicht offen zum Gebären gezwungen werden können, aber es dennoch Wege gibt, durch die ihnen ihre Freiheit genommen werden kann: *„das Gesetz oder die Sitten zwingen ihr die Ehe auf, Verhütungsmaßnahmen und Abtreibungen sind verboten, die Scheidung ist untersagt“* (de Beauvoir, 2024, S. 84). Diese „alten Zwangsmaßnahmen“ sind Resultat eines „Patriarchats“ (de Beauvoir, 2024, S. 84). *„Diese Welt hat immer den Männern gehört“* (de Beauvoir, 2024, S. 86). Sie stellt die These auf, dass immer, wenn „zwei menschliche Kategorien“ (de Beauvoir, 2024, S. 86) existieren, die eine versucht, der anderen ihre „Souveränität aufzuzwingen“ (de Beauvoir, 2024, S. 86), und es in weiterer Folge zu deren Unterdrückung kommt. Das Patriarchat ist kein Zufall und auch kein Endprodukt eines Aufstandes. Die Männer stellen aufgrund ihres „biologischen Vorteils“ (de Beauvoir, 2024, S. 103) die „souveränen Subjekte“ (de Beauvoir, 2024, S. 103) dar und *„haben nie auf diesen Vorteil verzichtet“* (de Beauvoir, 2024, S. 103). Demnach weist der Mann der Frau in der Gesellschaft einen Platz zu und diese folgt zu keiner Zeit einem eigenen Gesetz. Dabei zieht de Beauvoir (2024) auch Ausschnitte aus dem Alten und Neuen Testament heran, um zu veranschaulichen, wie die Stellung der Männer und Frauen dargestellt wurde. *„Es steht fest, daß die Frau dazu bestimmt ist, unter dem Einfluß des Mannes zu leben, und von sich aus keinerlei Macht besitzt“* (de Beauvoir, 2024, S. 126). Die Frau wird demnach als rechtsunfähig und ohnmächtig beschrieben und ist zudem auch mit vielen „Tabus“ (de Beauvoir, 2024, S. 226) verbunden, welche es seitens der patriarchalen Gesellschaft zu kontrollieren gibt.

Simone de Beauvoir (2024) beschäftigt sich auch mit Abtreibungen und mit der „Heuchelei“ (de Beauvoir, 2024, S. 613) seitens der Gesellschaft zu der Thematik. Demnach werden diese als *„ein widerwärtiges Verbrechen, das zu erwähnen als unanständig gilt“* (de Beauvoir, 2024, S. 613) angesehen. *„Wenn ein Schriftsteller die Freuden und Leiden einer Frau nach der Geburt beschreibt, findet man das wunderbar. Spricht er aber von einer Frau, die abgetrieben hat, wirft man ihm vor, sich im Schmutz*

zu suhlen und die Menschheit niederträchtig in ein verwerfliches Licht zu stellen“ (de Beauvoir, 2024, S. 613). Auch wenn Abtreibungen genauso wie Geburten dazu gehören und sie ein „gewöhnliches Risiko“ (de Beauvoir, 2024, S. 613) darstellen, was mit dem „Frauensein“ (de Beauvoir, 2024, S. 613) einhergeht, werden sie dennoch aufgrund von Gesetzen zu einem „Verbrechen“ (de Beauvoir, 2024, S. 613), sodass der „heikle Eingriff heimlich vorgenommen“ werden muss. Dennoch sind Abtreibungen im Gegensatz zu Geburten weniger riskant, so wie es im Strafgesetzbuch (StGB) dargestellt wird, wenn sie von einer fachgerechten Person durchgeführt werden. Simone de Beauvoir (2024) übt Kritik an den moralischen Gründen, die bei den Schwangerschaftsabbrüchen herangezogen werden und welche u. a. aus dem katholischen Glauben entspringen. „[...] so beschränken sie sich auf das alte katholische Argument, daß der Fötus eine Seele hat, der man das Tor zum Paradies verschließt, indem man ihn ungetauft beseitigt“ (de Beauvoir, 2024, S. 614). Dabei kann der moralische Aspekt für viele Betroffene eine große Herausforderung darstellen. Betroffene sind „in sich selbst gespalten“ (de Beauvoir, 2024, S. 621), da sie einerseits versuchen, dem Gesetz gerecht zu werden, dies ihnen aber aufgrund ihres Vorgehens nicht gelingt, und sie andererseits mit „Erniedrigung“ (de Beauvoir, 2024, S. 621) konfrontiert werden, wenn sie vom medizinischen Personal „abgewiesen“ (de Beauvoir, 2024, S. 621) werden oder sie das „entwürdigende Gefühl des unfreiwilligen Einvernehmens“ (de Beauvoir, 2024, S. 621) erfahren. „Andere vorsätzlich zu einer Straftat aufzufordern, ist eine Situation, die die meisten Männer gar nicht kennen und der die Frau mit einer Mischung aus Angst und Scham begegnet“ (de Beauvoir, 2024, S. 621). Die Männer können diese Situation schwer nachvollziehen und neigen dazu, diese „auf die leichte Schulter zu nehmen“ (de Beauvoir, 2024, S. 622). „Sie betrachten sie als eines der zahlreichen Mißgeschicke, zu denen die Mißgunst der Natur die Frauen verurteilt, und ermessen nicht die Werte, um die es dabei geht“ (de Beauvoir, 2024, S. 622). Demgegenüber steht, dass innerhalb der Gesellschaft eine „Herrlichkeit der Mutterschaft“ (de Beauvoir, 2024, S. 622) vermittelt wird und es ein „Privileg“ (de Beauvoir, 2024, S. 622) darstellt, Kinder in die Welt zu setzen. Hierbei spricht sie von einem „Moralkodex“ (de Beauvoir, 2024, S. 622) seitens der Männer. „Die Männer verbieten die Abtreibung im allgemeinen, akzeptieren sie aber im einzelnen als eine bequeme Lösung“ (de Beauvoir, 2024, S. 622). Simone de Beauvoir (2024) hebt hervor, dass eine Geburtenkontrolle sowie eine legale Abtreibung eine wichtige Möglichkeit für die Frauen* darstellen, „ihre

Mutterschaft frei anzunehmen“ (de Beauvoir, 2024, S. 623). Durch das Verbot kommt es unweigerlich dazu, dass die Frauen das Gesetz brechen müssen, wenn sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführen. Dabei spielt auch der finanzielle Aspekt eine große Rolle. Personen, die über ausreichend finanzielle Mittel verfügen, haben größere Chancen, einen sicheren Abbruch aufgrund einer ausreichenden Versorgung durchzuführen (de Beauvoir, 2024).

Neben Simone de Beauvoir (2024), welche schon Kritik an der Schwangerschaftsdebatte ausübte, da es zur Benachteiligung von Frauen* kommt und aufgrund von moralischen Gründen sowie Gesetzen die Durchführung dessen als ein „*Verbrechen*“ (de Beauvoir, 2024, S. 613) angesehen wird, greift der französische Soziologe Luc Boltanski (2007) das Spannungsverhältnis zwischen Missbilligung und Toleranz innerhalb der Gesellschaft zu Abtreibungen auf. In seinem Werk „*Soziologie der Abtreibung*“ (2007) befasst er sich mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch. „*Obwohl die Abtreibung schon seit dreißig Jahren gesetzlich erlaubt ist, bildet sie in einem Leben immer noch ein Ereignis, über das man nicht ohne weiteres sprechen kann*“ (Boltanski, 2007, S. 26). Er beschäftigt sich mit der Frage, weshalb Abtreibungen gesellschaftlich tabuisiert werden, wenngleich diese unter bestimmten Voraussetzungen, welche sich länderspezifisch unterscheiden, gesetzlich legal sind. Darüber hinaus geht er auf den geschichtlichen Kontext ein und beschreibt, dass diese Thematik präsenter geworden ist, weil sich die Bedingungen der Fortpflanzung, der Schwangerschaft und der Geburt verändert haben sowie die Stellung der Frau innerhalb der Gesellschaft und die Dimensionen des Privatlebens, etwa die Vorstellung von Familie, Paarbeziehungen und das sexuelle und emotionale Leben, einen Wandel vollzogen haben. Boltanski (2007) bezieht sich in seinen Ausführungen auf Frankreich und nimmt gleichzeitig Bezug auf die westlichen Länder. Zudem beschreibt er, dass für Soziolog*innen das Erörtern von Abtreibungen einen „*schlechten Gegenstand*“ (Boltanski, 2007, S. 14) darstellt, da die „*erforderliche Distanz*“ (Boltanski, 2007, S. 14) zu dem Forschungsfeld schwer eingehalten werden kann. Dies zeigt sich vor allem an den wenigen Publikationen der letzten zwanzig Jahre in Frankreich, bis auf die Fachzeitschrift „*Revue française de sociologie*“ (1982), welche sich mit dem Thema der Abtreibung befasst hat. Im Gegensatz dazu wurden in den Vereinigten Staaten Publikationen zu Abtreibungen in größerem Umfang veröffentlicht. Diese beinhalten vor allem politische Texte oder Artikel, welche sich in „*Pro Choice*“ (für die Wahlmöglichkeit) und „*Pro Life*“ (für das Leben) Stellungnahmen gliedern. Boltanski

(2007) erklärt eingangs, dass er in seinem Werk Abtreibungen wie einen soziologischen Gegenstand behandelt und mit der „*axiologischen Neutralität*“ (Boltanski, 2007, S. 15f.) betrachtet. Das bedeutet, dass der Soziologe bei der Erforschung des Feldes eine neutrale, nicht wertende Position einnimmt und keine Meinung bzw. Position abgibt. Im Rahmen seiner Arbeit führte Boltanski (2007) mit seinem Forschungsteam Umfragen und Beobachtungen in einer gynäkologischen Abteilung eines Krankenhauses in Paris durch und führte Gespräche mit Personen, die eine Abtreibung hatten. Es wurden etwa hundert Fälle erhoben, bei denen Gespräche vor der Abtreibung und ärztliche Beratungen stattfanden. Die Eindrücke wurden anhand eines Gedächtnisprotokolls dokumentiert. Auch persönliche Gespräche mit Ärzt*innen und Krankenschwestern, welche sowohl in öffentlichen Einrichtungen als auch in gynäkologischen Privatpraxen tätig sind, wurden geführt, bei denen Probleme diskutiert wurden und über Aktionen seitens des medizinischen Fachpersonals zur Legalisierung von Abtreibungen gesprochen wurde. Zudem wurden juristische und medizinische Aspekte anhand von Unterlagen gesammelt, die den zeitlichen Verlauf (die letzten dreißig Jahre) von Abtreibungen widerspiegeln sollen. Anhand des Schneeball-Effekts wurden zunächst Personen im persönlichen Bekanntenkreis ausgewählt, die anschließend weitere Interviewpartner*innen für die Berichterstattung ihrer Erfahrungen vermittelten. Bei den Interviewpartner*innen handelt es sich größtenteils um junge Frauen aus der Stadt, die studieren oder im Dienstleistungssektor tätig und zudem konfessionslos sind. Aufgrund des Schneeball-Effekts kam es hierbei zu einem „*Mangel dieser Methode*“ (Boltanski, 2007, S. 26) und in weiterer Folge zur „*Verengung des sozialen Feldes*“ (Boltanski, 2007, S. 26). Boltanski (2007) kommt mit seinem Team zu dem Ergebnis, dass die gewonnenen Daten sowohl vom Krankenhaus als auch von den persönlichen Gesprächen keine deutlichen Unterschiede aufwiesen und aufgrund dessen die jeweils gewonnenen Erkenntnisse verallgemeinert analysiert wurden. In seinen Ausführungen zu Abtreibungen bedient er sich der Moralphilosophie und der Anthropologie, um den unauflösbaren Widerspruch, welcher sich in der gesellschaftlichen Debatte wiederfindet, zu erläutern. Dabei zeigt er einerseits, wie Menschen mit moralischen Rechtfertigungen mit Abtreibungen umgehen und andererseits, inwiefern es von der jeweiligen Kultur abhängig ist, ab wann von einem Leben gesprochen wird und wie ein Fötus definiert wird. In weiterer Folge ist nach Boltanski (2007) der Fötus einem sozialen Kontext unterworfen, welcher entweder als

ein zukünftiges Kind oder aus medizinischer Sichtweise betrachtet wird. Diese zwei Ansätze können in modernen Gesellschaften gleichzeitig existieren und werden durch soziale Praktiken und moralische Argumente gerechtfertigt. Bei Abtreibungen handelt es sich demnach nicht nur um eine individuelle Entscheidung, sondern auch um einen sozialen Prozess (Boltanski, 2007).

3.2. Medizinische Zugangsbarrieren und damit verbundene Stigmatisierung

Während Simone de Beauvoir (2024) und Luc Boltanski (2007) sich mit der Tabuisierung im Zusammenhang des Schwangerschaftsabbruchs beschäftigen, gehen Jödis Zill und Anja Lindig (2024) und Hahn et al. (2025) auf die medizinische Versorgung von Frauen*, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, ein und wie sich aufgrund von mangelnder Beratung und Hilfestellung Stigmatisierung ableiten lässt.

Jödis Zill und Anja Lindig (2024) beschäftigen sich mit den Dimensionen der Personenzentrierung bei der Versorgung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen und analysieren die Relevanz sowie die Umsetzung dieser in Deutschland. Unter der Personenzentrierung ist ein wichtiges Grundprinzip der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu verstehen, welches besagt, dass die Präferenzen, Bedarf und Werte von der zu versorgenden Person gewahrt werden. Der Hintergrund dieser Studie war die WHO, welche im Jahr 2022 eine überarbeitete Leitlinie zur Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen veröffentlichte, die unabhängig von den rechtlichen und politischen Unterschieden in den Ländern gelten soll. Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Deutschland haben im selben Jahr eine S2k-Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“ erstellt, die das Ziel hat, dass ein respektvoller und würdevoller Umgang mit der Schwangeren stattfindet und diese bestmöglich informiert und versorgt wird. Die Inhalte der Leitlinie unterstreichen das Konzept der Personenzentrierung, welche im deutschen Gesundheitswesen vorherrscht. Dennoch zeigen Studien, dass ungewollt Schwangere mit gesetzlichen Regelungen, Stigmatisierung, ethischen sowie moralischen Bedenken seitens des Gesundheitspersonals konfrontiert werden. Wie jedoch diese Personenzentrierung in

Deutschland umgesetzt wird, ist kaum beforscht. Die CarePreg⁷-Studie, welche von November 2022 bis Juli 2024 ging, beschäftigt sich mit der Umsetzung der Personenzentrierung im psychosozialen und medizinischen Kontext. Dabei wird die Perspektive von Expert*innen aus der Versorgung sowie jener ungewollt Schwangerer herangezogen, um in weiterer Folge Handlungsempfehlungen abzuleiten. Zur Analyse wird das *„Integrative Modell der Personenzentrierung“* (Zill & Lindig, 2024, S. 19) nach Scholl et al. (2014) verwendet, welches 15 Dimensionen beinhaltet, die sich wiederum in drei Gruppen gliedern, welche die *„Grundprinzipien, förderliche Faktoren und Aktivitäten“* (Zill & Lindig, 2024, S. 19) sind. Zill und Lindig (2024) ziehen noch eine 16. Dimension, die *„Patientensicherheit“* (Zill & Lindig, 2024, S. 19) heran, um die Perspektive der Patient*innen besser abbilden zu können. *„Aufgrund restriktiver gesundheitspolitischer Regelungen und sozialer Stigmatisierung wurde das Konzept der Personenzentrierung in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch bzw. in der Gesundheitsversorgung von Frauen mit unbeabsichtigter Schwangerschaft bisher kaum umgesetzt“* (Zill & Lindig, 2024, S. 19). Durch den Einbezug der Personenzentrierung, so die Forscher*innen, könnte die medizinische Versorgung von Frauen verbessert werden. Die Forschung wurde sequenziell und explorativ aufgebaut sowie qualitativ als auch quantitativ beforscht. Das Integrative Modell der Personenzentrierung, mit den 16 Dimensionen, fungierte als theoretische Grundlage. Auch ein ethischer Beirat wurde hinzugezogen. Um einen besseren Überblick in der Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbrüchen zu bekommen und das Forschungsfeld klarer definieren zu können, wurden 18 Expert*innen (8 Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen; 9 Berater*innen aus der Schwangerschaftskonflikt- oder Schwangerenberatung; eine Juristin aus einer anerkannten Beratungsstelle in Deutschland) zu zwei digitalen Workshops eingeladen. Der erste Teil des Workshops beinhaltete, dass die Teilnehmer*innen den Hintergrund der Studie sowie das Integrative Modell der Personenzentrierung erörtert bekamen. Im zweiten Teil wurden sie in zwei Gruppen aufgeteilt und das Modell wurde genauer vorgestellt sowie Diskussionsfragen gestellt, bei denen es darum ging, herauszufinden, wie und ob die Dimensionen des Modells in ihrer Arbeit Eingang finden und welche Aspekte ergänzt werden können. Danach wurde eine qualitative Inhaltsanalyse durchgeführt, bei der deduktive Hauptkategorien in Anlehnung an die

⁷ „Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Frauen mit ungewollter Schwangerschaft“ (Zill & Lindig, 2024, S. 20)

16 Dimensionen des Integrativen Modells gebildet und mithilfe von Haupt- und Unterkategorien ergänzt wurden. Das Modell der Integrativen Personenzentrierung wird als relevant bei der Versorgung von ungewollt Schwangeren beschrieben. Es wurden 16 Hauptkategorien und zusätzliche 31 Unterkategorien sowie 4 neue Hauptkategorien gefunden, nämlich *„Corona Pandemie, politische und rechtliche Aspekte, Stigmatisierung von Betroffenen und Stigmatisierung von Beratenden/Behandelnden“* (Zill & Lindig, 2024, S. 22). Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse, unter Berücksichtigung des Modells, wurden in *„Grundprinzipien, förderliche Faktoren und Aktivitäten“* (Zill & Lindig, 2024, S. 22) aufgeteilt und analysiert. Unter die Grundprinzipien fallen, dass ein respektvoller Umgang sowie die Einzigartigkeit jeder Person und deren Lebensumstände bei der Beratung berücksichtigt werden. Zu den förderlichen Faktoren zählen eine sachliche und neutrale Vermittlung von Informationen durch Ärzt*innen und Berater*innen sowie ein niederschwelliger und zeitnaher Zugang. Zu den Aktivitäten zählt die Bereitstellung persönlich angepasster Informationen, ohne durch bewusste Manipulation oder Fehlinformation des Personals die Betroffenen zu leiten. Hierbei kann verstärkt ein *„Stigmatisierungs-, Scham- und Schuldgefühl“* (Zill & Lindig, 2024, S. 24) seitens der Frauen entstehen. Auf der Makroebene der Analyse wurden die Stigmatisierung der Betroffenen, die politischen und rechtlichen Aspekte und die Corona-Pandemie dargestellt. Sowohl Frauen als auch Fachkräfte, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, berichten über Stigmatisierung. Die politischen als auch die rechtlichen Aspekte wirken sich negativ auf die Versorgungssituation aus. Durch die Covid-19-Pandemie konnten Beratungsstellen nur erschwert genutzt werden und in weiterer Folge wurde vermehrt auf telemedizinische Angebote zurückgegriffen. Zusammenfassend wird auf die hohe Relevanz der Personenzentrierung hingewiesen, die in Deutschland noch nicht ausreichend umgesetzt wird. Die Versorgungssituation sollte verbessert werden, um den Standards der WHO und der S2k-Leitlinie zu entsprechen (Zill & Lindig, 2024).

Im Rahmen der ELSA⁸-Studie sammelten Hahn et al. (2025) Erfahrungen durch Online-Querschnittsbefragungen von 594 Frauen in Deutschland von 2021 bis 2022. Der Online-Fragebogen lag in sechs Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Arabisch, Farsi und Türkisch) vor und dauerte ca. 40 bis 50 Minuten. Als

⁸ ELSA = Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer (Hahn et al., 2025)

Aufwandsentschädigung bekamen die Befragten 20 € honoriert. Der Fragebogen richtete sich nach den fünf Zugangsdimensionen („Availability“ (Verfügbarkeit), „Accessibility“ (Erreichbarkeit), „Accommodation“ (Passfähigkeit), „Affordability“ (Bezahlbarkeit) und „Acceptability“ (Annehmbarkeit)“ (Hahn et al., 2025, S. 29) von Penchansky und Thomas (1981). Es wird jedoch angemerkt, dass es Überlappungen zwischen den einzelnen Dimensionen geben kann, da die Fragen nicht immer trennscharf zu den Dimensionen zugeordnet werden konnten. *„Anschließend wurde aus den 7 Fragen ein Index gebildet, der Zugangsbarrieren in den Dimensionen Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Passfähigkeit und Bezahlbarkeit einschließt“* (Hahn et al., 2025, S. 31). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass 40 % der Befragten Barrieren bei der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen hatten. Nur 9 % empfanden die Erreichbarkeit von Einrichtungen als eher oder sehr schlecht. Die Passfähigkeit, darunter ist die Informationszufuhr zu verstehen, empfanden die Befragten als eine Herausforderung, da Angst vor negativer Beurteilung (54,4 %), die fehlende Einsicht aller Informationen aufgrund von Geheimhaltung (49,7 %) sowie die Schwierigkeit, qualitativ hochwertige Informationen über das Internet (33,2 %) zu erhalten, bestanden. Die finanziellen Kosten stellten sich für 21,9 % als eher oder sehr schwer dar. Nur insgesamt 19,2 % der Befragten haben keine Barrieren beim Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch empfunden. Schlussfolgernd plädieren Hahn et al. (2025), dass Schwangerschaftsabbrüche entkriminalisiert werden sollten, es eine flächendeckende Versorgung und finanzielle Unterstützung sowie Informationsangebote geben sollte und Stigmatisierung und Diskriminierung zu der Thematik abgebaut werden sollten (Hahn et al., 2025).

3.3. Framing vom Diskurs des Schwangerschaftsabbruchs

Carrie Purcell, Shona Hilton und Lisa McDaid (2014) beschäftigen sich mit der medialen Darstellung von Schwangerschaftsabbrüchen, um öffentliche Diskurse zu identifizieren und die Wechselwirkung zwischen Medienpräsentationen und normativen Verständnissen bzw. Einstellungen zu untersuchen und zu verstehen. *„Media representations have been found to present the stigma of abortion as ‘a universal social fact’ (Kumar, Hessini, and Mitchell 2009, 627), rather than a socio-cultural construct“* (Purcell et al., 2014, S. 1142). Mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse wird dargestellt, inwiefern Printmedien zur Stigmatisierung beitragen. Sie untersuchen sieben britische und fünf schottische nationale Zeitungen aus dem Jahr 2010, welche sie in seriöse, Mittelklasse und Boulevardpresse unterteilen. Daraus

analysieren sie insgesamt 91 relevante Artikel, wie Abtreibungen dargestellt werden und arbeiten stigmatisierende diskursive Konstrukte und Sprache heraus. Die Medien machen sich oft emotionalisierte Sprache zunutze, wie bspw., dass der Eingriff als gefährlich dargestellt und Folgen wie „*breast cancer*“ (Purcell et al., 2014, S. 1145) oder „*physical and mental health risks*“ (Purcell et al., 2014, S. 1145) genannt werden, die wissenschaftlich widerlegt sind, jedoch als Fakten dargestellt werden. Hinzu kommt, dass Schwangerschaftsabbrüche geheim gehalten werden müssen, da das Aufdecken eine Gefahr für die Betroffene darstellt. Der Eingriff wird oftmals mit sprachlich diskreditierten Praktiken verknüpft, welche „*immigration/health tourism, binge drinking, terrorism and slavery, underage sex/teen pregnancy, promiscuity/casual sex, rape*“ (Purcell et al., 2014, S. 1147) sind. Im Bezug auf die Betroffenen werden: „*‘irresponsible’; ‘immoral’; ‘incapable’ (of looking after themselves, of managing contraception or their own sexuality); ‘selfish’; as not behaving ‘respectably’; and as ‘pathetic’ and ‘wretched’*“ (Purcell et al., 2014, S. 1148) verwendet. Purcell et al. (2014) kamen zu dem weiteren Ergebnis, dass positive Sichtweisen oder die legitime Entscheidung von betroffenen Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen haben, ausgelassen oder marginalisiert wurden und Männer bei der Debatte fast nie erwähnt wurden. Es gab nur vereinzelt Artikel, die Abtreibungen als eine positive und legitime Entscheidung thematisierten, dennoch ihre Aussagen mit „*but*“ (Purcell et al., 2014, S. 1150) oder „*anti-choice*“ (Purcell et al., 2014, S. 1150) Sichtweisen neutralisieren. Die Wissenschaftlerinnen argumentieren, dass ein negativer Diskurs über Abtreibungen in den Medien zur Stigmatisierung der Frauen, welche eine vornehmen lassen, beitragen und die reproduktive Entscheidungsfindung somit diskreditiert wird. Für Purcell et al. (2014) steht außer Frage, dass es zur Stigmatisierung kommt und dieser in den Medien und in anderen öffentlichen Diskursen entgegengewirkt werden sollte, indem positive Darstellungen von Abtreibungen Einzug finden sollten.

Danny Valdez und Patricia Goodson (2022) sowie Sophie Frankpitt (2025) beschäftigen sich auch mit der negativen Rahmung bei Schwangerschaftsabbrüchen. Hierbei wurden jedoch nicht Zeitungen untersucht, sondern einerseits das Abtreibungsgesetz aus dem Jahr 2019 in den USA (Valdez & Goodson, 2022) und andererseits politische Reden zum Abtreibungsdiskurs von Republikaner*innen und Demokrat*innen in den USA zwischen 2009 und 2023 (Frankpitt, 2025). Mithilfe einer Sentimentanalyse betrachten Valdez und Goodson (2022) neunzehn staatliche

Abtreibungsgesetze, welche nach der Ernennung des US-amerikanischen Juristen und Richter am Obersten Gerichtshof der Vereinigten Staaten Brett Michael Kavanaugh zum Supreme Court verabschiedet wurden. Anhand eines Lexikons, welches bei der Sentimentanalyse herangezogen wird, werden positive und negative Begriffe gezählt und in weiterer Folge wurden zwölf Gesetzesentwürfe als restriktiv und sieben Gesetzesentwürfe als protektiv kategorisiert. Insgesamt wurden 6452 emotional aufgeladene Wörter gefunden, wovon 56 % als negativ und 44 % als positiv identifiziert wurden, während 68 % negative Wörter bei den restriktiven Gesetzen gefunden wurden und 50 % bei den protektiven Gesetzen. Die zehn meistverwendeten negativen Wörter waren (absteigend aufgelistet): „*Violation, Death, Guilty, Emergency, Criminal, Limited, Failure, Risk, Injury, Abuse*“ (Valdez & Goodson, 2022, S. 940). Die zehn meistverwendeten positiven Wörter waren: „*Available, Reasonable, Effektive, Right, Appropriate, Advanced, Benefits, Respekt, Supreme, Best*“ (Valdez & Goodson, 2022, S. 940). Das Ziel der Autor*innen war es, anhand von Wörtern aufzuzeigen, welchen Einfluss politische Ideologien in Gesetzestexten haben und sich diese wiederum auf die Meinung zu Themen in der Gesellschaft auswirken. So wirken Wörter wie „*rights*“, „*health*“, or „*choice*“ (Valdez & Goodson, 2022, S. 937), die in Texten in Zusammenhang mit Abtreibung verwendet werden, als eine Menschenrechtsperspektive. Wenn jedoch Wörter wie „*unborn,*“ „*death,*“ or „*murder*“ (Valdez & Goodson, 2022, S. 937) in Zusammenhang zu Abtreibungsthemen herangezogen werden, wird die Perspektive der Gesetzesübertretung oder Kriminalität heraufbeschworen. Dementsprechend sollten juristische Dokumente neutral formuliert werden und Unparteilichkeit fördern, da sonst die Einstellungen und Überzeugungen der Gesellschaft erheblich beeinflusst werden (Valdez & Goodson, 2022). Während Valdez und Goodson (2022) Abtreibungsgesetze analysieren, erforscht Sophie Frankpitt (2025) Metaphern, die bei Reden der Republikanischen und Demokratischen Parteien zwischen 2009 und 2023 verwendet wurden, nämlich das Heranziehen von Kriegsmetaphern in Zusammenhang mit Abtreibungen. „*Analysis focuses on the conceptual framing ABORTION DEBATE IS WAR, and how various linguistic features constitute this world*“ (Frankpitt, 2025, S. 1). Durch das Verwenden von Metaphern werden gesellschaftliche Einstellungen geprägt, was wiederum politisches Handeln rechtfertigt und es zunehmend bei der Thematik von Schwangerschaftsabbrüchen zur Polarisierung kommt und Parteien dies für sich günstig nutzen. „*If metaphors can establish social realities, they could be ,self-fulfilling*

prophecies“ (Lakoff & Johnson, 1980, S. 156, zitiert nach Frankpitt, 2025, S. 3) Als sample wurden Reden, Erklärungen und Äußerungen mit Schlüsselbegriffen „*abortion*“ (Frankpitt, 2025, S. 5) und „*reproductive rights*“ (Frankpitt, 2025, S. 5) von drei Schlüsselpersonen herangezogen und in drei Zeitperioden aufgesplittet: 2009 – 2017 (US-Präsident Obama), 2017 – 2021 (US-Präsident Trump) und 2021 – 2023 (US-Präsident Biden). Dabei wurden auch die Reden von Angestellten, die im Namen ihres US-Präsidenten sprachen und diesen vertraten, herangezogen. Frankpitt (2025) kommt zu dem Ergebnis, dass in der Abtreibungsdebatte Metaphern von Kriegskonzepten verwendet werden. Während die Demokrat*innen ihr Kriegsziel als „*PURPOSE AS RIGHTS*“ (Frankpitt, 2025, S. 27) formulieren, vertreten Republikaner*innen die Meinung, dass „*ABORTION IS ISSUE OF LIFE*“ (Frankpitt, 2025, S. 27) ist. Für einen sicheren Zugang zu Abtreibungen zu sein, stellt für die Demokrat*innen einen Kampf für die Rechte, Freiheit und Demokratie dar. Dass die familiären Werte, das Leben und die Moral geschützt werden, indem gegen Abtreibungen plädiert wird, steht bei den Republikaner*innen im Mittelpunkt. Bei dieser gegensätzlichen Debatte gibt es keine Überschneidungen bei den Überzeugungen und der Streit zu der Thematik ähnelt einem Krieg (Frankpitt, 2025).

3.4. Darstellung von Schwangerschaftsabbrüchen

Abschließend wird noch auf die folgende Studie, welche im Rahmen des Forschungsprojekts „CLIDE“ (siehe Kap. 5.2.) durchgeführt wurde, eingegangen. Diese untersucht, wie Wissen, Emotionen und Körper in der Darstellung von Schwangerschaftsabbrüchen verhandelt werden. Dabei werden Webseiten von Gegner*innen und Nicht-Gegner*innen des Schwangerschaftsabbruchs analysiert. Anna Durnová, Julia Schmid und Sylvia Herzog (2024) befassen sich mit dem gesellschaftlichen Diskurs der Selbstbestimmung im Kontext zur reproduktiven Gesundheit. Die Selbstbestimmung wird diskursiv durch Körper, Wissen und Emotionen reguliert. Bei dem Diskurs über Reproduktion spielen Klassen-, „*Rassen*“ (Durnová et al., 2024, S. 417) und Geschlechterverhältnisse eine Rolle. In dem Artikel werden die österreichischen „*Pro Life*“- und „*Pro Choice*“-Diskurse (Durnová et al., 2024, S. 417) zu Schwangerschaftsabbruch mithilfe des Intersektionalen Mehrebenenansatzes von Winker und Degele (2009) betrachtet. Bei der Analyse wurden zwischen Juli und September 2022 alle österreichischen Webseiten von „Pro

Life“- und „Pro Choice“⁹-Organisationen herangezogen und betrachtet, wie Wissen, Emotionen und Körper dargestellt und vermittelt werden. Auf „Pro Choice“-Webseiten wird das Wissen sachlich, emotionslos und wissenschaftlich vermittelt. Des Weiteren zeichnen sie sich durch geschlechtsneutrale Sprache, wie etwa „*schwangere Personen*“ (Durnová et al., 2024, S. 428) aus, und betonen Autonomie und den niederschweligen Zugang zu Informationen und Versorgung. Sie setzen sich für mehr Solidarität zu der Thematik ein. Im Gegensatz dazu sind „Pro Life“-Webseiten emotional, moralisch und religiös aufgebaut und sprechen bei dem Fötus von „*Kind*“ (Durnová et al., 2024, S. 428) oder „*ungeborener Mensch*“ (Durnová et al., 2024, S. 428) und es wird mehr Überzeugungsarbeit geleistet, anstatt aufzuklären. Auch andere Begrifflichkeiten wie „*Leid*“ oder „*Schmerz*“ (Durnová et al., 2024, S. 430) werden herangezogen und „Pro-Choice“-Vertreter*innen werden als „*aggressiv*“ (Durnová et al., 2024, S. 430) bezeichnet oder es wird von einer „*Kultur des Todes*“ (Durnová et al., 2024, S. 430) gesprochen. Dabei wird auf Frauen und Mütter Bezug genommen, die es zu schützen gilt, ebenso wie auf das ungeborene Leben, und es wird auf traditionelle, heteronormative Geschlechterbilder zurückgegriffen. Durnová, Schmid und Herzog (2024) kommen zu dem Schluss, dass der Selbstbestimmung im Reproduktionsdiskurs bisher wenig Beachtung geschenkt wurde und dass dieser sowohl von Körper, Wissen und Emotionen als auch von klassischen, sexistischen und rassistischen Machtstrukturen geprägt ist.

Die bisherigen Forschungen haben auf unterschiedlichen Ebenen untersucht, wie Stigmatisierung im Zusammenhang zum Schwangerschaftsabbruch zustande kommt. Auch wenn nicht alle Studien explizit auf den Begriff der Stigmatisierung verweisen, lassen ihre Ergebnisse dennoch auf Dynamiken schließen, die darauf hinweisen. Dabei wird außeracht gelassen, welchen Einfluss Emotionen bei der Abtreibungsdebatte haben können. Im nächsten Kapitel soll mithilfe der emotionssoziologischen Perspektiven von Katharina Scherke (2024), der Stigmatisierungstheorie nach Erving Goffman (1963) und der Diskurstheorie nach Judith Butler (1990) dargestellt werden, welche Rolle Emotionen bei der Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen zukommt.

⁹ Die Anführungszeichen bei „Pro-Life“ und „Pro-Choice“ stehen für die Bewegungen bzw. politischen Debatten (siehe Railsback, 1982).

4. Theorie

4.1. Theoretischer Rahmen der Arbeit

Bevor im Detail auf die Theorie eingegangen wird, spielt folgende Studie „*Making interpretive policy analysis critical and societally relevant: emotions, ethnography and language*“ von Anna Durnová (2022) eine zentrale Rolle, weil sie den theoretischen Rahmen dieser Arbeit bildet, indem sie veranschaulicht, wie Emotionen Diskurse beeinflussen können. Emotionen werden in dieser Arbeit sowohl in den Interviews als auch in den medialen Berichterstattungen thematisiert und vermittelt sowie anhand der Interpretativen Emotionsanalyse analysiert. Obwohl es sich bei der Forschung von Anna Durnová (2022) um eine andere Zielgruppe handelt, behandelt diese auch das Thema der Schwangerschaft. Sie leistet einen wichtigen Beitrag zu der emotionalen Komponente bei der Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, weil sie darstellt, inwiefern ein Diskurs eine Thematik emotional beeinflussen und sich gesellschaftlich auswirken kann. Bei der Fallstudie geht es um das Verbot der tschechischen Regierung, die es Vätern untersagt, den Kreißsaal zu betreten. Diese Entscheidung löste Proteste sowie Debatten aus und zudem werden bei der Diskussion Väter marginalisiert, obwohl sie eine wichtige Perspektive zu der Thematik bieten. Durnová (2022) behandelt die interpretativen Ansätze in der Politikforschung und betont die Rolle von Emotionen und Ethnografie in der Gesellschaft. Durch interpretative Ansätze kann ein Verständnis für Politik erzeugt werden, indem sie die Bedeutung der Sprache und deren Rolle in politischen Prozessen betrachtet. Jedoch wird dieser Ansatz oft als kontextabhängig und gesellschaftlich irrelevant angesehen. Durch Sprache können menschliche Handlungen widerspiegelt werden und gleichzeitig Veränderungen dargestellt werden. Des Weiteren können dominante Narrative als auch hegemoniale Rahmenbedingungen durch die Analyse der Sprache aufgedeckt werden. Hierbei fungiert der Diskurs als ein konzeptioneller Rahmen, der die Machtverhältnisse in politischen Debatten steuert. Emotionen sind bei Entscheidungsprozessen und bei der Wahrnehmung von politischen Themen ausschlaggebend. Wird der Fokus auf Emotionen gelegt, können marginalisierte Stimmen sowie deren Relevanz in politischen Debatten mehr Beachtung geschenkt werden. Durch Emotionen können auch Wissen und Problemdarstellungen betrachtet werden. Dabei spielt die Ethnografie eine wichtige Rolle, da sie Erfahrungen und Emotionen von Akteur*innen in politischen Debatten besser nachvollziehbar darstellt

und gleichzeitig Widersprüchlichkeiten bei politischen Themen erfasst werden können. Im Bezug zur Fallstudie von Anna Durnová (2022) werden Machtstrukturen und Narrative, die im Diskurs um das Verbot von Vätern im Kreißsaal vorherrschen, analysiert. Dabei werden Medienberichterstattungen und politische Debatten untersucht und durch ethnographische Ansätze und Emotionen werden die Erfahrungen von Vätern während der Geburt erfasst. Die Sprache innerhalb der Debatte ist entscheidend, um den zugrunde liegenden Kontext zu verstehen. Bei den zwölf offenen Interviews mit den Vätern, wurden neun verschiedene Rollen herausgearbeitet, die diese während der Geburt, sei es zu Hause oder im Krankenhaus, einnahmen. *„Silent observer, Macho father, Service man, Bonding, Guardian, Fighter, I didn't have to be there, I didn't know what was going on, Passed out“* (Durnová, 2022, S. 52). Durch die emotional aufgeladenen Ausdrücke innerhalb der Debatte können die unterschiedlichen Argumentationslinien verdeutlicht werden. Während Unterstützer des Verbots die Anwesenheit von Vätern als „mere fashion“ (Durnová, 2022, S. 53) und nicht als Menschenrecht ansehen, sehen Gegner*innen des Verbots diese als eine Unterstützung der psychosozialen Gesundheit der Mutter an. Durch politische Entscheidungsträger sowie durch medizinische Institutionen wird die Rolle der Väter bei der Geburtshilfe legitimiert und ignoriert und die emotionale Erfahrung der Väter in der öffentlichen Debatte kommt zu kurz. Anhand der interpretativen Analyse ist zu erkennen, wie ambivalent und kontrovers eine Thematik unter Einbezug von Ethnographie und Emotionen in politischen Diskussionen erscheint. Gleichzeitig zeigt sie die marginalisierten Erfahrungen und deren Einfluss auf die politischen Ereignisse auf (Durnová, 2022).

Um diese Zusammenhänge systematisch zu erfassen, wird auf die emotionssoziologischen Perspektiven von Katharina Scherke (2024) zurückgegriffen. Die Emotionssoziologie *„[...] versteht sich nicht als Spezialgebiet der Soziologie, sondern als grundlegende Perspektive soziologischer Analysen, die die Bedeutung der Emotionen für soziale Situationen jeglicher Art hervorhebt und systematisch zu analysieren versucht“* (Scherke, 2024, S. 10). Emotionen sind hierbei als soziale Phänomene zu verstehen. Das Individuum reagiert auf sein Umfeld und gleichzeitig wirkt sich dieses Verhalten auf die Umgebung aus. Wie nun über bestimmte Thematiken gesprochen und emotional darauf reagiert wird, beeinflusst den gesellschaftlichen Diskurs und auch die Wahrnehmung und das Erleben des Einzelnen. Diese Dynamiken werden bei der Stigmatisierung von

Schwangerschaftsabbrüchen sichtbar, weshalb die Stigmatisierungstheorie von Erving Goffman (1963) herangezogen wird.

Der Soziologie Erving Goffman (1963) prägte den Begriff der Stigmatisierung und beschäftigte sich mit diesem in seinem Werk „*Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*“. Zuvor gab es kaum wissenschaftliche Aufmerksamkeit zur Begrifflichkeit der Stigmatisierung. Bis zu den 1960er Jahren waren Debatten zu Devianz und Vorurteilen¹⁰ in der nordamerikanischen Soziologie zu finden. Das Aufkommen des Begriffs der Stigmatisierung wurde zuerst kritisch betrachtet, bevor es zunehmend mehr Aufmerksamkeit bekam (Waldschmidt, 2022). Zuerst wurde es im Zusammenhang mit der Lebenssituation von Menschen mit Behinderung verwendet (Hunt, 1966, Scott, 1969, zitiert nach Waldschmidt, 2022, S. 304). Ab den 1970er Jahren fand die Stigmatisierung nach Goffman (1963) Eingang in der Soziologie der sozialen Abweichung und sozialen Probleme. Es wurde versucht, die Devianz- und Etikettierungstheorien sowie die Lebenslage und Bewältigungsformen von benachteiligten Gruppierungen nachvollziehbarer zu erklären. Während den 1980er Jahren wurde es zunehmend auf internationaler Ebene bekannt. In den USA untersuchte eine Forschungsgruppe das social stigma und beschrieb dieses anhand von sechs Dimensionen und Faktoren (Jones et al., 1984, zitiert nach Waldschmidt, 2022, S. 304). Zehn Jahre später wurde Stigmatisierung zunehmend in anderen Disziplinen betrachtet. Stigma wurde als soziales und kulturelles Konstrukt im Zusammenhang mit Marginalisierung und Kontrolle verstanden. Ab den 2000er Jahren kam es zu einem „*Boom*“ (Waldschmidt, 2022, S. 305) der Stigmaforschung, der sich quantitativ bemerkbar machte und auch mithilfe der Förderung des US-amerikanischen National Institute of Mental Health mehr Aufmerksamkeit auf sich zog. Es wurden health studies zu HIV, AIDS und mental illness durchgeführt. Auf der Makroebene wurde zunehmend bei der Emotionsarbeit, Körperinszenierung und biographischen Arbeit Stigmatisierung betrachtet und der Zusammenhang von Stigma und Normativität sowie Macht hervorgehoben (Waldschmidt, 2022). Es kommt vermehrt zu gesellschaftskritischen Lesearten von Stigma, wenn es zur Unterscheidung von structural stigma¹¹ versus symbolic stigma¹² kommt (Hannem 2012, zitiert nach Waldschmidt, 2022, S. 305). Der Begriff des Stigmas wird zur

¹⁰ genaue Erklärung der Begrifflichkeiten siehe Kap. 4.3.1.

¹¹ Personen werden aufgrund von gesellschaftlichen Strukturen benachteiligt (Hannem, 2012, zitiert nach Waldschmidt, 2022, S. 305).

¹² Personen werden aufgrund von Merkmalen oder Eigenschaften benachteiligt behandelt (Hannem, 2012, zitiert nach Waldschmidt, 2022, S. 305)

Alltagssprache (Watzka, 2022, zitiert nach Waldschmidt, 2022, S. 305) und vermehrt als gängige Bezeichnung (Müller, 2020, zitiert nach Waldschmidt, 2022, S. 305) herangezogen.

Betrachtet man die Stigmatisierung nach Goffman (1963), ist zu erkennen, dass es ihm nicht darum geht, wie es zur Stigmatisierung kommt, sondern inwiefern die betroffene Person, die ein Stigma besitzt, mit diesem in alltäglichen Interaktionssituationen mit nicht stigmatisierten Personen umgeht, weshalb er auch dem symbolischen Interaktionismus (Abels, 2020) zugeordnet wird. Der Soziologe beschreibt dabei mehrere Strategien, welche die betroffene Person heranzieht, um mit ihrer Stigmatisierung umzugehen und geht dabei auf die Gefühle dieser ein (siehe Kap. 4.3.). Neben dem oben genannten Werk zur Stigmatisierung, führt er in seinem anderen bedeutenden Werk, welches zuvor erschien, „*The Presentation of Self in Everyday Life*“ (1956), eine Theater-Metapher heran und beschreibt die front- und backstage Darstellung, wenn es darum geht, wie sich Individuen vor anderen präsentieren und welche Informationen sie dabei teilen oder geheim halten.

Während Erving Goffman (1963) darstellt, wie die soziale Wirklichkeit in Interaktionen hergestellt wird, nämlich durch sorgfältig abgestimmte, situative eingebettete Darstellungen des Selbst, zeigt Judith Butler (1990) auf, dass diese Handlungen nicht zufällig passieren, sondern ständig wiederholt werden und dadurch die normative Ordnung hervorgebracht wird. Neben der Interaktionsordnung nach Goffman (1963), spielt die Performativität nach Butler (1990) eine wichtige Rolle, da sie erklärt, wie es dazu kommt, dass innerhalb von Diskursen, Macht über Individuen ausgeübt wird.

Judith Butler (1990), die durch ihre philosophische und sozialwissenschaftliche Arbeit bekannt ist, bezieht sich in ihren Ausführungen auf die Geschlechterverhältnisse und zeigt auf, dass diese bereits ab der Geburt aufgrund von körperlichen Merkmalen vorgegeben werden. Des Weiteren geht sie auf den Diskurs, und wie dieser über Subjekte Macht ausüben kann, ein. Dies geschieht einerseits dadurch, weil die Bedeutung von Begriffen durch Diskurse entsteht und andererseits, weil diese maßgeblich das Denken steuern und beeinflussen, weshalb Butler auch zum Poststrukturalismus (Villa, 2003) zählt. In weiterer Folge führt es dazu, dass bestimmte Sichtweisen auf Dinge in der Gesellschaft reproduziert werden und ein anderes Denken schwer möglich wird. Ähnlich wie Erving Goffman (1963) spricht sie von Normen, welche im Körper hervorgebracht werden. Sie bezieht sich in ihren

Ausführungen u. a. auf Simone de Beauvoir (1949), dass ein Individuum nicht als Frau geboren wird, sondern anhand der Gesellschaft zu einer gemacht wird. Ihre Ansätze zeigen auf, wie es zur Ungleichheit zwischen den Geschlechtern kommt und inwiefern gängige Rollenbilder in der Gesellschaft wiederholt werden. Ihre Gedankengänge sollen als Unterstützung dienen und aufzeigen, mit welchen Zuschreibungen und Aufgaben Frauen* konfrontiert werden und anhand dessen veranschaulichen, weshalb es zur Stigmatisierung kommt, wenn diese nicht den traditionellen Weg des Mutterseins einschlagen, sondern sich gegen ein Kind entscheiden. Des Weiteren soll dargestellt werden, welchen Einfluss bestimmte Begriffe innerhalb der Medien auf die Thematik haben können und das Stigma dadurch intensivieren.

Diese Ansätze sollen aufzeigen, dass Diskurse strukturieren, welche Emotionen als legitim gelten, was in weiterer Folge dazu führt, dass Emotionen zur Stabilisierung oder Infragestellung von Stigmatisierung beitragen können. Im nächsten Schritt soll nun genauer auf die theoretischen Konzepte eingegangen werden.

4.2. Emotionssoziologische Perspektiven

Unter Emotionen sind sowohl körperliche als auch geistige Empfindungen zu verstehen, die auch als Sammelbegriff für bspw. Freude, Trauer, Scham, u. v. m., verwendet werden. Der Begriff Gefühl oder Affekt wird oft als Synonym von Emotionen verwendet. Während Gefühl den geistigen oder körperlichen Zustand beschreibt, setzen sich Emotionen aus Gedanken, Gefühlen und körperlichen Zuständen zusammen. Wenn von Affekten gesprochen wird, geht es um ein körperliches Gefühl, das als überwältigend und unkontrollierbar für das Individuum empfunden wird (Scherke, 2024). Des Weiteren kann zwischen primären Emotionen, die angeboren sind und bei jedem Individuum vorkommen (bspw. „Freude, Angst, Wut, Ekel, Überraschung, Trauer“ (Scherke, 2024, S. 19)) und sekundären Emotionen, die sozio-kulturell geprägt sind und im Laufe des Lebens entstehen (bspw. „Stolz oder Scham“ (Scherke, 2024, S. 19)) unterschieden werden.

Emotionen sind dennoch in der interdisziplinären Emotionsforschung nicht abschließend beantwortet und es existieren unterschiedliche Definitionsversuche. Allgemein werden sie als „komplexe bio-psycho-sozio-kulturelle Phänomene“ (Vester, 1991, S. 19-23, zitiert nach Scherke, 2024, S. 10) angesehen und erfordern verschiedene Wissenschaftsdisziplinen. Doch die vollständige Aufklärung, was nun genau Emotionen sind, ist für die Emotionssoziologie per se nicht von Interesse,

sondern der Fokus liegt viel mehr auf der Analyse gesellschaftlicher Zusammenhänge. Demnach können Emotionen sozial entstehen, d. h. es handelt sich nicht um biologisch determinierte Phänomene, sondern sie werden durch das soziale und kulturelle Umfeld mit beeinflusst und sie können soziale Konsequenzen mit sich bringen, indem sie sich auf soziale Situationen auswirken. *„Eine grundlegende Eigenschaft von Emotionen liegt also darin, dass sie Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft eines Individuums miteinander verbinden und somit handlungsrelevant sind, was Konsequenzen für den sozialen Kontakt des Individuums hat“* (Scherke, 2024, S. 12). Hinzu kommt, dass sie durch die Gesellschaft geprägt werden, weshalb emotionssoziologische Forschungen auch der Frage nachgehen, wie sich gesellschaftliche Diskurse über Emotionen auf das Handeln des Individuums auswirken. Dabei wird i. d. R. retrospektiv, d. h. es werden vergangene Situationen und die darin erlebten Emotionen reflektiert, geforscht. Durch soziale Normen, die in der Sozialisation verinnerlicht werden, wird vorgegeben, welche Emotion in einer Situation gefühlt werden soll, was dazu führt, dass diese *„quasi automatisch und unbewusst“* (Scherke, 2024, S. 14) im Alltag praktiziert wird. Durch Sanktionen anderer oder der eigenen Selbstkontrolle, wird dieses System aufrechterhalten. Ariel R. Hochschild (1979; 1983), die einen wichtigen Beitrag zur Emotionssoziologie in ihrem Buch *„The managed heart“* (1983) liefert, bei welchem sie sich u. a. an Erving Goffman orientiert, prägt hierbei den Begriff der *„feeling rules“* (Hochschild, 1979, zitiert nach Scherke, 2024, S. 14), welche wiederum *„durch mediale und öffentliche Diskurse geprägt und verbreitet“* (Hochschild, 1979, zitiert nach Scherke, 2024, S. 14) werden. Emotionssoziologische Studien beschäftigen sich mit der Analyse von Diskursen und ihrem zeitlichen Wandel sowie ihre Wirkung auf das individuelle Handeln. Dabei gehen sie der Entstehung dieser kulturellen Deutungsmuster nach, welche Macht ausüben und sich in den Alltagshandlungen der Individuen widerspiegeln können. Das besondere Interesse der Soziologie liegt darin, zu erforschen, wie diese kollektiven Emotionen oder Stimmungen zustande kommen und welche gesellschaftlichen Auswirkungen diese mit sich bringen (Scherke, 2024).

Katharina Scherke (2024) bezieht sich auf Forschungen, die sich mit Emotionen befasst haben. Ariel R. Hochschild (1979) untersucht die Gefühlsarbeit von Flugbegleiter*innen, welche sich zwischen Frauen und Männern unterscheidet. Erving Goffman (1986) befasst sich mit den sozialen Konsequenzen von Emotionen, um alltägliche Handlungsabläufe besser nachvollziehen zu können. Die Anpassung und

Aufrechterhaltung von Emotionen in bestimmten Situationen trägt wiederum auch zur sozialen Ordnung bei. Dabei beschäftigt sich der Soziologe mit der „*Imagepflege*“ (Scherke, 2024, S. 118) und im Speziellen mit dem Gefühl des Schams, wenn dieser aufkommt und wie damit umgegangen wird. Mit dem medialen Diskurs im Zusammenhang mit Emotionen, befasst sich Eunike Piwoni (2020), welche die Debatte rund um das Buch „*Deutschland schafft sich selbst ab*“ von Tilo Sarrazin (2010) betrachtet. Darin kommt es zu unterschiedlichen Gefühlsregeln für diverse Gruppierungen, welche Machtunterschiede sichtbar machen. „*Sie verglich Aussagen, die sich auf die emotionalen Reaktionen muslimischer Einwanderer*innen, und solche, die sich auf die emotionalen Reaktionen >autochthoner< Einwohner*innen Deutschlands bezogen*“ (Scherke, 2024, S. 84f.). Während im Diskurs die Reaktion, nämlich Verletzung, seitens der Einwanderer*innen nicht gänzlich nachvollzogen wurde und sie zu Emotionsmanagement aufgefordert wurden, wurde die Angst der „*Deutschen*“ (Scherke, 2024, S. 85) vor Einwanderung als eine legitime Reaktion gesehen und dementsprechend wurden sie nicht aufgefordert, ihre Emotionen zu kontrollieren (Piwoni, 2020, S. 359-400, zitiert nach Scherke, 2024, S. 85). Ein weiterer wichtiger Aspekt hierbei ist, dass auch bei den Medien, die herangezogen werden, beachtet wird, an welches Publikum sich diese richten und wer hinter dem Entstehen dieser medialen Berichterstattungen steht (Scherke, 2024).

Demnach kann die gesellschaftliche Wahrnehmung von Schwangerschaftsabbrüchen maßgeblich durch soziale und mediale Vermittlung beeinflusst werden. Aufbauend auf den emotionssoziologischen Ansätzen nach Katharina Scherke (2024) schließt die Begriffsdefinition der Stigmatisierung nach Erving Goffman (1963) an.

4.3. Stigma(-tisierung) nach Erving Goffman

Die persönliche Identität weist einen Zusammenhang mit der Sozialstruktur und der Kultur der Gesellschaft auf. Demnach besitzt die Gesellschaft Mittel, Personen sozialen Kategorien anhand von Merkmalen, Eigenschaften und Verhaltensweisen zuzuordnen und ihnen in weiterer Folge eine soziale Identität zu geben. Die vorläufige Zuweisung einer Person zu einem bestimmten Charakter kann bei genauerer Betrachtung bestätigt oder auch widerlegt werden (Engelhardt, 2010). Hierbei wird zwischen der erwarteten Identität („*virtuelle Identität*“ (Goffman, 1967, S. 10)) und der antizipierten Identität („*tatsächliche Identität*“ (Goffman, 1967, S. 10)) unterschieden. Im Alltagsleben kann es demnach zu Übereinstimmungen oder auch zu Diskrepanzen

bei dem Prozess der Identitätsbestimmung einer Person kommen. Bei einer Diskrepanz kann bei der Person eine Korrektur vorgenommen werden und diese der richtigen sozialen Personenkategorie zugeordnet werden. Dennoch kann auch der Fall eintreten, dass die Zuordnung zwar zutrifft, aber die Eigenschaften und Verhaltensweisen für die Person nicht passen, obgleich diese von der entsprechenden Personengruppe erwartet werden (Engelhardt, 2010). *„Daran wird deutlich, dass mit den kulturellen Mustern sozialer Identität immer auch normative Identitätsstandards verbunden sind“* (Engelhardt, 2010, S. 129). Die Eigenschaften und Verhaltensweisen können sich als positiv oder negativ herausstellen und von den erwarteten Identitätsstandards abweichen (Engelhardt, 2010). Demzufolge wird bei einer negativen Abweichung der normativen Identitätsstandards von einem Stigma gesprochen. Es tritt ein *„Fehler“* (Engelhardt, 2010, S. 129) auf, da die jeweiligen normativen Identitätserwartungen oder Identitätsstandards nicht eingehalten werden und *„die vollgültige Anerkennung als eine normale Person entzogen wird“* (Engelhardt, 2010, S. 129). Die Person weist somit eine beschädigte Identität (*„spoiled identity“* (Goffman, 1963)) auf.

Erving Goffman (1963) beschäftigt sich in seinem Werk *„Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity“*¹³ mit dem sozialen Phänomen des Stigmas und interessiert sich für die personale Identität, bei welchem dem Stigma eine grundlegende Bedeutung zugewiesen wird. Goffman (1967) bezieht sich bei der Begriffsdefinition auf die Semantik. Das Stigma wird im Altgriechischen als *„körperliches Zeichen“* definiert, welches etwas *„Ungewöhnliches oder Schlechtes über den moralischen Zustand“* (Goffman, 1967, S. 9) der Person offenlegt. Die körperliche Dimension steht hierbei weniger im Fokus, sondern vielmehr die *„Unehre“* (Goffman, 1967, S. 9). Demnach weist eine Person ein Merkmal auf, welches sich aufdrängt und aufgrund dessen sich von diesem Individuum abgewendet wird. In der Soziologie wird es demnach als *„Merkmal, durch das eine Person sich von den für die Personenkategorie, der sie angehört, geltenden Standards physischer, psychischer und/oder sozialer Normalität (d. h. von ihrem sozialen Typus) negativ unterscheidet, das sie in ihrer sozialen Identität gefährdet und das sie somit von vollständiger sozialer Akzeptierung ausschließt. In unserer Gesellschaft wirken etwa Merkmale wie „blind“, „unehelich“, „vorbestraft“ als S[tigma]“* (Bisler, 2024, S. 1223) definiert. Bei der

¹³ Die ins deutsche übersetzte Ausgabe: *„Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“* (Goffman, 1967)

Stigmatisierung werden einer Person von der Gesellschaft negative Eigenschaften (Stigmata) zugeschrieben, die als sozial abwertend angesehen werden (Bisler, 2024).

Goffman (1967) interessiert sich jedoch nicht dafür, dem Grund von Stigmatisierung nachzugehen, sondern für den Umgang der betroffenen Personen damit (Girtler, 2022). Hierbei zieht er den Begriff der „Ich-Identität“ (Goffman, 1967, S. 132ff) heran. *„Unter Ich-Identität versteht Goffman das subjektive Empfinden der Person von ihrer eigenen Situation und ihrer Eigenart sowie ihrer Kontinuität (im Wechsel sozialer Rollen und Situationen und im Wandel der Biographie), das sich als Ergebnis der verschiedenen sozialen Erfahrungen herausbildet“* (Engelhardt, 2010, S. 126). Bei der Ich-Identität richtet sich die Wahrnehmung sowohl auf die eigene Person als auch auf die soziale Umwelt. Dabei setzt sich das Individuum mit den Identitätsnormen und auch mit den Identitätszuweisungen, welche dieses durch die anderen erfährt, auseinander. Durch die Ich-Identität können Interaktionsbeziehungen entstehen und soziale Situationen beeinflusst werden. Gleichzeitig kommt es zur Darstellung des Individuums und in weiterer Folge, innerhalb von sozialen Interaktionen, zur Fremd- und Selbstidentität (Engelhardt, 2010).

Auch dem Umgang zwischen den Personen, die nicht stigmatisiert werden, mit denjenigen, die ein Stigma mit sich tragen, geht Goffman (1963; 1967) nach. Er erklärt Stigmatisierung demnach so, dass die Gesellschaft den Menschen Mitteln zur Kategorisierung vorgibt. Dadurch gibt eine Person einer*inem Fremden eine soziale Identität (bspw.: Geschlecht, Herkunft, Beruf), was sich auf das Handeln auswirkt. Nach Goffman (1967) ist von Stigma zu sprechen, wenn *„[...] aus einer gewöhnlichen Person unter gewissen Umständen eine befleckte und beeinträchtigte [...]“* (Girtler 2022, S. 84) wird. Ist sich eine Person bewusst, dass sie stigmatisierte Eigenschaften aufweist und den normativen Erwartungen bzw. Idealen nicht entspricht, kann eine *„Spannung zwischen Ich-Ideal und Ich“* (Goffman, 1967, zitiert nach Engelhardt, 2010, S. 131) entstehen. Diese Erfahrung kann bei dem Zusammentreffen mit den *„Normalen“* (Goffman, 1967, S. 13) als auch bei der *„einsamen Selbstkonfrontation“* (Engelhardt, 2010, S. 131) auftreten. Unter den *„Normalen“* (Goffman, 1967, S. 13) versteht Goffman (1967) Personen, die kein stigmatisiertes Merkmal aufweisen. Eine stigmatisierte Person kann versuchen, das Stigma zu verbergen, bei welchem Goffman (1967) von dem *„Diskreditierbaren“* (das Stigma ist noch nicht bekannt) (Goffman, 1967, S. 56) spricht. Dennoch kann dies bspw. bei körperlichen Stigmata

nicht immer umgesetzt werden (Lenz & Hettlage, 2022), was er als die „*Diskreditierten*“ (das Stigma ist offensichtlich) (Goffman, 1967, S. 56) betitelt. Das körperliche Stigmata, die „*physischen Deformationen*“ (Goffman, 1967, S. 12f) (z. B. Behinderungen, Verunstaltungen, Verletzungen), ist eines der drei Typen, die Goffman (1967) beim Stigma unterscheidet. Des Weiteren unterscheidet er zwischen dem „*individuellen Charakterfehler*“ (z. B. psychische Erkrankungen, Sucht, Alkoholismus) und dem „*phylogenetischen Stigmata*“ (z. B. ethnische Herkunft, Religion)¹⁴ (Goffman, 1967, S. 12f). Die individuellen Charakterfehler werden „*mit Phänomenen wie Geistesverwirrung, Gefängnishaft, Drogensucht, Homosexualität, Arbeitslosigkeit, Selbstmordversuche und radikales politisches Verhalten*“ (Engelhardt, 2010, S. 129) verknüpft. Diese Merkmale sind hierbei nicht das Stigma, sondern die gesellschaftlichen Reaktionen und Bewertungen. Auch wenn im Laufe der Zeit Eigenschaften von einem Stigma von der Gesellschaft mehr anerkannt werden (bspw. Homosexualität, Scheidungen), kann auch bei bestimmten Bereichen ein umgekehrter Prozess verzeichnet werden (bspw. Gewalt an Frauen* (Engelhardt, 2010), sicherem und legalem Schwangerschaftsabbruch (Hausbichler, 2024)).

Auch wenn der Fokus dieser Arbeit auf dem Diskurs liegt, wird die Interaktion von Erving Goffman (1967) miteinbezogen, weil in den Interviews von den Betroffenen beschrieben wird, wie sie mit der Thematik umgegangen sind und wie das soziale Umfeld auf ihre Entscheidung reagiert hat. Dabei werden u. a. Interaktionen mit Partner¹⁵, Familienmitgliedern oder Gesundheitspersonal nacherzählt. Erving Goffman (1967) interessiert sich vor allem für die sozialen Verhaltensweisen bei Interaktionen, die meist unterbewusst durch die individuellen Normen beeinflusst werden. Bei der Kommunikation kommen jeweils sowohl die Biographien als auch die Charakteristika der Individuen zum Vorschein und es werden die Zeichen des Gegenübers aufgenommen und bewertet. Nicht nur die Sprache, sondern auch die Aufmerksamkeit auf den Körper bzw. die Darstellung dessen, fließen in den Interaktionen mit ein (Hettlage, 2022). Goffman spricht von „*Visibilität*“ (Goffman, 1967, S. 64), bei der es darum geht, wie unmittelbar wahrnehmbar ein Stigma ist. Wie bereits oben beschrieben, sind körperliche Stigmata leichter zu erkennen als bspw. das Bescheid wissen von Informationen, die als Stigma in der Gesellschaft gelten. Hierbei

¹⁴ Stevenson (2019) beschreibt, dass die Angst bei Schwangerschaftsabbrüchen darin bestand, dass aufgrund der hohen Geburtenrate von Immigrant*innen, die eigene Bevölkerung minimiert wird, weil „*white woman*“ (Stevenson 2019, S. 18) zu wenig Kinder gebären würden.

¹⁵ In allen Interviews wird von heterosexuellen Beziehungen seitens der Interviewten gesprochen (siehe Kap. 5.3.2.).

kann auch vom sogenannten „*Stigma-Management*“ (Goffman, 1967, S. 68) gesprochen werden. So entscheiden Betroffene, mit welchen Personen sie Informationen teilen möchten, um sich vor sozialen Abwertungen zu schützen. Diese Entscheidung kann bei jedem Individuum anders ausfallen, da jede*r eine unterschiedliche „*Persönliche Identität*“ (Goffman, 1967, S. 74) besitzt, welche nicht gleich und festgeschrieben ist und jede*r mit Situationen unterschiedlich umgeht. Die persönliche Identität ist demnach durch „*Nicht-Austauschbarkeit der Person und ihrer Biographie durch Einmaligkeit gekennzeichnet*“ (Goffman, 1967, S. 81, zitiert nach Engelhardt, 2010, S. 127). Wenn Personen ihr Stigma nicht preisgeben möchten, kommt es zur sogenannten „*Täuschung*“ (Goffman, 1967, S. 94) bzw. „*passing*“ (Goffman, 1963, S. 73), bei welchen Informationen zurückgehalten oder anders dargestellt werden. Hierbei benutzt der Soziologie auch den Begriff der „*geheimen Andersartigkeit*“ (Goffman, 1967, S. 104). Dabei kann das Täuschen seitens der stigmatisierten Person mit „*Angst*“ (Goffman, 1967, S. 111) einhergehen, da die Gefahr besteht, aufgedeckt zu werden oder mit Situationen, die auf „*Normale*“ (Goffman, 1967, S. 13) keinen Einfluss haben, konfrontiert zu werden, die zu einem „*Management-Problem*“ (Goffman, 1967, S. 112) führen können. Einige Stigmata können leichter gegenüber „*Fremden*“ (Goffman, 1967, S. 71) oder „*bloßen Bekanntschaften*“ (Goffman, 1967, S. 71) verborgen werden als gegenüber „*engen Vertrauten*“ (Goffman, 1967, S. 72). Doch die Vertrautheit zu einer Person bedeutet nicht, dass diese auch in weiterer Folge mehr Verständnis entgegenbringt: „*Trotz dieser Evidenz für die Alltagsüberzeugungen in bezug auf Stigma und Vertrautheit muß man weitergehend sehen, daß Vertrautheit Verachtung nicht reduzieren muß*“ (Goffman, 1967, S. 69). So beeinflusst das Wissen des Gegenübers über das Stigma einer Person die soziale Situation.

Ein weiteres Werk, auf welches Goffman in „*Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*“ (1963) Bezug nimmt, ist das Buch „*The Presentation of Self in Everyday Life*“ (1956). In beiden geht es um die Identität, welche aus sozialen Interaktionen entspringt. Er zieht dabei das Theater als Metapher heran und beschreibt, dass Personen zugleich Darsteller*innen („*team*“ (Goffman, 1956)) sind. Die Identität entsteht durch das Zusammenspiel mit dem Publikum („*audience*“ (Goffman, 1956)) und bezieht dabei die gesellschaftlichen Rollenerwartungen mit ein (Engelhardt, 2010). Die Darsteller*innen präsentieren eine bestimmte Fassade („*frontstage*“ (Goffman, 1956)), die sich im übertragenen Sinne bei Alltagssituationen

wie Interaktionen bei dem Steuern und Kontrollieren von Informationen widerspiegeln. Ihr Verhalten auf der Hinterbühne („*backstage*“ (Goffman, 1956)) ist demnach anders (Laube, 2022). „Für Goffman entscheidend ist, dass Darstellungen – egal ob aufrichtig oder unwahr – zutiefst moralisch aufgeladen sind“ (Laube, 2022, S. 190). Hierbei spricht Goffman (1956) über die dramaturgische Disziplin („*dramaturgical discipline*“ (Goffman, 1956)), wenn es darum geht, die Kontrolle über den eigenen Gesichtsausdruck, Stimme und Gefühlsausdruck zu wahren (Laube, 2022). Dieses Konzept führt er in „*Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*“ (1963) weiter, indem er sich auf die normativ erwartete und tatsächlich zugeschriebene Identität bezieht. Dabei kommt es zur Zuschreibung der Identität durch Andere (Engelhardt 2010). Durch Informationskontrolle können stigmatisierte Personen ihre Darstellung steuern und so „*die Gefahr eines Gesichtsverlustes*“ (Laube, 2022, S. 191) eindämmen.

Die „*Geheimhaltung*“ (Goffman, 1967, S. 96) von Informationen zu einer stigmatisierten Thematik ist nach Goffman (1967) sozialisiert. Er beschäftigt sich nun mit der Frage, wie stigmatisierte Personen sich selbst akzeptieren und respektieren können und offener mit der Thematik umgehen können. „*Nachdem es mühselig gelernt hat, zu verheimlichen, kann es dann als nächstes hinsichtlich dieser Verheimlichung umlernen*“ (Goffman, 1967, S. 128). Hierbei spricht er von der „*freiwilligen Enthüllung*“ (Goffman, 1967, S. 128) während des „*moralischen Werdegangs*“ (Goffman, 1967, S. 128). Bei dem Begriff des moralischen Werdegangs versteht Goffman (1967) die unterschiedlichen biographischen Entwicklungen, die sich kulturell unterscheiden und bei der sich angeborene sowie sozial vererbte oder im Verlauf des Lebens erworbene Eigenschaften entwickeln. Eine Taktik nach Goffman (1967) wäre die des „*Kurvierens*“ (Goffman, 1967, S. 128), bei welcher eine stigmatisierte Person sich ihrer Umgebung bzw. im öffentlichen Raum „*anzupassen*“ (Goffman, 1967, S. 150) versucht, ohne dabei die Aufmerksamkeit auf ihr Stigma zu lenken. Doch dieses Anpassen, um nicht aufzufallen und gleichzeitig offen zu dem Stigma zu stehen, kann eine innere „*Ambivalenz*“ (Goffman, 1967, S. 133) in einem Individuum auslösen. Hierbei beschreibt Goffman (1967), mit welchem Zwiespalt ein Individuum zu kämpfen hat, wenn es darum geht, der Gesellschaft gegenüberzutreten, dabei den Reaktionen des Gegenübers ausgesetzt zu sein und gleichzeitig zu sich selbst zu stehen (Goffman, 1967, S. 142). Dabei kann ein Gefühl von „*Scham*“ (Goffman, 1967, S. 135) entstehen, wenn die „*Normalen*“ (Goffman, 1967, S. 13) als Maßstab gelten, da sie die „*Normen*“

(Goffman, 1967, S. 156) innerhalb der Gesellschaft definieren und jenes, was davon „*abweicht*“ (Goffman, 1967, S. 156), als das „*Andere*“ (Goffman, 1967, S. 157) angesehen wird. Hierbei können auch zwei Gruppierungen unterschieden werden, die „*in-group*“ (Goffman, 1967, S. 140), dabei handelt es sich um die nicht-stigmatisierten Personen, und die „*out-group*“ (Goffman, 1967, S. 143), zu welchen die stigmatisierten Personen zählen. Nicht den sozialen Normen zu entsprechen und die Angst davor, dass das Stigma aufgedeckt wird oder es zur Abwertung kommt, kann ein Gefühl des Schams auslösen. Diese Normen werden in „*Institutionalisierungen*“ (Goffman, 1967, S. 157) aufrechterhalten. *„Wenn eine Regel gebrochen ist, wird es zu Wiederherstellungsmaßnahmen kommen; dem Schädigenden wird ein Ende gesetzt und der Schaden repariert, entweder durch Kontrollorgane oder durch den Schuldigen selbst“* (Goffman, 1967, S. 157). Beim Befolgen der Normen kann ein Individuum „*Erfolg*“ (Goffman, 1967, S. 158) oder „*Versagen*“ (Goffman, 1967, S. 158) zeigen. Der Output dessen ist mit der „*psychologischen Integrität des Individuums*“ (Goffman, 1967, S. 158) verknüpft. Dabei ist der Wille eine Norm aufrechtzuerhalten bzw. zu befolgen nicht allein ausschlaggebend, ob ein Individuum diese befolgt, sondern auch die Konformität mit dieser spielt bei dem Prozess eine tragende Rolle. Normen können demnach sowohl Abweichungen als auch Konformität erzeugen. Goffman (1967) schlägt hierbei zwei Lösungsvorschläge vor. Eine Lösung kann sein, dass stigmatisierte Personen bestimmte Normen vertreten, mit dem Wissen, dass sie diese nicht einhalten können, sie aber dennoch ein Teil der „*Normalen*“ (Goffman, 1967, S. 13) sein möchten. Der andere Zugang ist, dass kein Versuch unternommen wird, der gesellschaftlichen Norm gerecht zu werden und sich der Gesellschaft unterzuordnen (Goffman, 1967, S. 159f.).

Auch wenn Goffman (1967) am Ende seines Werkes nochmals darauf hinweist, dass es sich bei den „*Normalen*“ (Goffman, 1967, S. 13) und den Stigmatisierten nicht um zwei zu abgrenzende Gruppen handelt, sondern um Perspektiven bzw. Rollen, die von jedem Individuum im Laufe des Lebens situationsspezifisch eingenommen werden, ist auch ein Widerspruch in seinen Ausführungen zu erkennen (siehe Goffman, 1967, S. 169f.). So beschreibt er eine „*Einheit ich/anderer, normal/stigmatisiert*“ (Goffman, 1967, S. 162) als eine „*direkte Evidenz*“ (Goffman, 1967, S. 162), was den Anschein hat, dass es sich um zwei sich zu unterscheidende Gruppierungen handelt. Nichtsdestotrotz tragen Goffmans Ausführungen zur Stigmatisierung eine wichtige Rolle dazu bei, aufzuzeigen, wie sich diese in der Gesellschaft äußert und mit welchem

Spannungs- und Informationsmanagement sich stigmatisierte Individuen auseinandersetzen müssen, wenn sie ihr „*prekäre Ich präsentieren*“ (Goffman, 1967, S. 167) und einer „*Mißachtung und Diskreditierung unterworfen*“ (Goffman, 1967, S. 167) sind.

4.3.1. Exkurs: Abgrenzung zu verwandten Begriffen

In diesem Kapitel sollen kurz als Überblick ähnliche Begrifflichkeiten, die oftmals als Synonyme von Stigmatisierung verwendet werden (auch seitens Goffmans (1963; 1967) Ausführungen), separat behandelt werden. Diese sind bspw. Stereotyp(-isierung), Vorurteile, Etikett(-ierung), Diskriminierung und Devianz. Diese sollen im Folgenden kurz in Relation zur Stigmatisierung gebracht werden. Goffman (1963; 1967) setzt Stigma und *Stereotyp* nicht gleich, da er Letzteres als etwas Gegebenes und Notwendiges in der Gesellschaft ansieht, wenn fremde Personen aufeinandertreffen. Während bei der Stigmatisierung negative Eigenschaften auftreten und mit Abwertung und Aussonderung einhergehen, können bei Stereotypen auch positive Bewertungen auftreten, wie etwa „*Deutsche sind fleißig*“ (Waldschmidt & Karim, 2022, S. 225). Wenn nun beim Stereotyp eine negative Einstellung zum Tragen kommt, handelt es sich um ein *Vorurteil*, welches auch des Öfteren von Goffman (1963; 1967) als Substantiv zu Stigma verwendet wird, aber nicht definiert wird (Lenz & Hettlage, 2022). Vorurteile gehen i. d. R. mit negativen Attributen gegen fremde Gruppen oder gesellschaftliche Minderheiten einher. Des Weiteren sind sie gekennzeichnet durch unvollständige oder falsche Informationen und das Urteil ist schwer veränderbar. Nach Goffman (1963; 1967) verringern sich Vorurteile nicht, nur weil der soziale Kontakt zu der stigmatisierten Person gegeben ist. Demnach vertritt er die Meinung, dass eine intime Beziehung zwischen zwei Personen, bspw. bei Eheleuten, durch ein Stigma stärker belastet sein kann als bei zufälligen Begegnungen. Dieses Ereignis könnte sich auch bei den biographisch-narrativen Interviews mit den betroffenen Personen zeigen, wenn es um die Frage geht, wie das soziale Umfeld auf den Entschluss abzutreiben reagiert hat. Während Stigmata sich auf einzelne Personen beziehen, die zwar auch einer Gruppe angehören können, aber nicht müssen, findet bei Vorurteilen, ähnlich wie bei Stereotypen, eine gruppenbezogene Bewertung, die negativ als auch positiv ausfallen kann, statt. Bei der *Etikettierung* von Personen, welche nicht normgerecht agieren, kommt es seitens gesellschaftlicher Institutionen und Zuschreibungen, in denen Machtstrukturen miteinfließen, zur Markierung dieser. In weiterer Folge übernehmen etikettierte

Personen dieses „*label*“ (Waldschmidt & Karim, 2022, S. 226) in ihrem Selbstbild und werden aufgrund ihrer Abweichung mit Regeln und Sanktionen konfrontiert, anstatt dem Grund ihres Verhaltens nachzugehen. Howard S. Becker¹⁶ (1963) geht in seiner Studie „*Outsiders*“ der Frage nach: „[...] *welche sozialen Situationen und Prozesse zu regelverletzendem Verhalten führen bzw. Menschen dazu bringen, ein bestimmtes Verhalten als abweichend zu etikettieren*“ (Waldschmidt & Karim, 2022, S. 226). Becker (1963) verwendet auch den Begriff der „*abweichenden Karriere*“ (Becker, 1963, S. 25-39, zitiert nach Waldschmidt & Karim, 2022, S. 226), welcher ausdrücken soll, dass Personen, die aufgrund von Regelverstößen sanktioniert werden, in weiterer Folge Identitäten und Gruppen zugeordnet werden. „*I mean, rather, that social groups create deviance by making the rules whose infraction constitutes deviance, and by applying those rules to particular people and labeling them as outsiders*“ (Becker, 1963, S. 8-9). Die „*Karriere*“ (Waldschmidt & Karim, 2022, S. 226) der Personen ist mit Erfahrungen der Ausgrenzung gekennzeichnet. Vergleicht man Beckers (1963) Ansatz mit der Stigmatheorie, ist zu erkennen, dass ein normwidriges Verhalten als verfestigt und ausweglos gilt und dementsprechend Personen zu „*outsiders*“ (Waldschmidt & Karim, 2022, S. 226) gemacht werden und dies auch bleiben. Nach Goffmans (1963; 1967) These ist hingegen Stigmatisierung bei zwischenmenschlichen Interaktionen ein Normalfall, welche auch durch Verschweigen bzw. Täuschungen nicht sichtbar gemacht werden kann. Bei der *Diskriminierung* kommt es zur Benachteiligung und zum Herabsetzen bestimmter Personen oder sozialen Gruppen, deren Gleichbehandlung verwehrt bleibt. Bei der Stigmatisierung ist Diskriminierung keine notwendige Bedingung, die zum Vorschein kommen muss. Es können nichtstigmatisierte Personen, wie etwa Frauen*, von Diskriminierung betroffen sein. Dennoch wird bei Diskriminierung der Fokus auf die strukturellen und institutionellen Aspekte oder Bedingungen gelegt, während bei Goffman (1963; 1967) die Face-to-face-Beziehung im Vordergrund steht. Goffman (1967) geht in seinem letzten Kapitel kurz auf die „*Devianz*“ (Goffman, 1967, S. 172) ein und spricht bei der Abweichung von einer „*Deviation*“ (Goffman, 1967, S. 172). Nach dem Soziologen kann die Begrifflichkeit nicht immer angewendet werden, da nicht „*alle Abweichenden*“ (Goffman, 1967, S. 172) nur Gemeinsamkeiten aufweisen, sondern sich auch voneinander unterscheiden. Bei der *Devianz* bzw. abweichendem Verhalten geht es um Handlungen, die nicht mit

¹⁶ Julia Bannwart (2018) verfasste ihre Arbeit an der Universität Fribourg, bei welcher sie sich mit dem abweichenden Verhalten von Howard S. Becker (2014) im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch beschäftigte.

Normen und Werten zusammenpassen und um jene Handlungen, die von der Gesellschaft etikettiert werden. Die Folgen sind gesellschaftliche Sanktionen für das deviante Individuum (Lenz & Hettlage, 2022).

An Goffmans Konzept der Stigmatisierung schließen im nächsten Abschnitt Judith Butlers Ausführungen zur Ausübung von Macht über Diskurse an.

4.4. Diskurs als Machtinstrument nach Judith Butler

Judith Butlers Kernthemen in ihren Werken sind: *„Diskurstheorie, Subjekttheorie, feministische Theorie als kritische Analyse der Geschlechterdifferenz, damit verbundene Fragen von Materialität, Körper und Sexualität sowie schließlich politische Fragestellungen“* (Villa, 2003, S. 14). Sie ist Feministin und beschäftigt sich auch u. a. kritisch mit dem traditionell feministischen Denken und Handeln und widmet sich dabei Themen wie Geschlecht, Macht, Körper und Sexualität (Villa, 2003, S. 103). Im Folgenden wird auf ihre zwei bedeutendsten Werke *„Gender Trouble“* (1990) und *„Bodies that Matter“* (1993) eingegangen sowie auf *„Kritik der ethischen Gewalt. Adorno-Vorlesungen 2002“* (2003) und *„Gefährdetes Leben. Politisches Essay“* (2005) Bezug genommen.

Bereits Judith Butler, die sich u. a. bei der Ausführung auf Michel Foucault (1988) bezieht, hat sich mit der Sprache und dem Diskurs befasst, wie diese zur Konstruktion sozialer Wirklichkeit beitragen¹⁷ sowie mit der *„Frage nach dem Verhältnis von Subjekt, Körper und Macht“* (Bublitz, 2002, S. 17). Sie gilt selbst als *„Poststrukturalistin“* (Butler, 1993, S.36, zitiert nach Villa, 2003, S. 19). Poststrukturalistische Theorien beschäftigen sich mit der Sprache, die für das Entstehen der sozialen Wirklichkeit verantwortlich sind. Dabei sind Diskurse nicht nur als Sprache zu verstehen, sondern *„[...] Systeme des Denkens und Sprechens, die das, was wir von der Welt wahrnehmen, konstruieren, indem sie die Art und Weise der Wahrnehmung prägen“* (Villa, 2003, S. 20). Demnach versteht der poststrukturalistische Diskursbegriff die Sprache nicht als ein *„reines Abbild bestehender Tatsachen und Dinge“* (Villa, 2003, S. 20), sondern als etwas, das von Ideologien, Geschichte und Macht geprägt wird. Durch den Diskurs wird etwas hervorgebracht bzw. erschaffen, was ihn *„produktiv“* (Villa, 2003, S. 20) macht. *„Für Butler (und Foucault) sind Diskurse insofern produktiv, als sie das, was sich überhaupt sinnvoll formulieren lässt, ermöglichen“* (Villa, 2003, S.

¹⁷ Genauere Erklärung siehe Judith Butler (1990) auf Seite viii.

20). Dabei entsteht die Bedeutung von Begriffen durch die Diskurse. Auch das Denken und das Sprechen wird von *„biologischen, medizinischen, psychologischen oder kapitalistischen Kategorien“* (Villa, 2003, S. 23) geleitet und dadurch wird Phänomenen eine bestimmte Bedeutung zugeschrieben. Dabei können Diskurse *„präreflexiv“* (Villa, 2003, S. 23) wirken, da sie das Denken bereits steuern, ohne dass die Möglichkeit besteht, zuvor aktiv darüber nachzudenken. *„Das heißt: Diskurse stecken den Bereich des Denk- und Lebbar ab, indem andere Optionen nicht denk- und lebbar scheinen“* (Villa, 2003, S. 23). Die Gesellschaft ist *„in das symbolische System des Diskursiven hineingeboren“* (Villa, 2003, S. 23) und nur anhand der Linguistik wird ein Bezug zur Welt eingenommen. Dabei ist die Welt diskursiv gerahmt und je nach zeitlichem, soziokulturellem und politischem Kontext hat dieser eine bestimmte Sichtweise auf Dinge. Wenn der Diskurs zum Geschlecht betrachtet wird, ist auch dieser durch *„soziale Mechanismen wie Zuschreibungen, sprachliche Verallgemeinerungen, Stereotypen“* (Villa, 2003, S. 24) geprägt. *„Doch wenn es um die ‚Natur‘ geht, ist unser gegenwärtiger Diskurs in Westeuropa nach wie vor von der objektiven, unveränderlichen und unausweichlichen Gegebenheit der Geschlechterdifferenz überzeugt“* (Villa, 2003, S. 24). Dennoch schaffen Diskurse auch eine bestimmte Ordnung, damit überhaupt in Begriffen allein und auch miteinander gedacht und gesprochen werden kann. Sie sind ausschlaggebend, um die Realität zu produzieren und dieser einen Sinn zu geben (Villa, 2003).

Nach Butler (1990) wird das Subjekt innerhalb des Diskurses produziert und ist nicht naturgegeben. *„Subjekte sind den Diskursen, den gesellschaftlichen Machtverhältnissen und den Mechanismen der Sprache und des Sprechens nicht vorgängig“* (Villa, 2003, S. 41). Hierbei spricht sie von *„Subjektivation“* (Villa, 2003, S. 41), wenn es darum geht, dass Individuen einer Macht unterworfen sind und gleichzeitig ihr Subjekt dadurch entsteht. Dieser Prozess findet immer statt und äußert sich über den Diskurs durch *„Anrufungen, Namen, Bezeichnungen und Identitätskategorien“* (Villa, 2003, S. 42). Das bedeutet, dass Individuen nicht als abstrakte Subjekte zu verstehen sind, sondern es sich immer um *„ein konkretes Jemand“* (Villa, 2003, S. 42) handelt. Butler (1990) geht weiter und geht der Frage nach, wie durch Diskurse, Praxen und Redeweisen Subjekte in der westlichen Moderne erschaffen werden und wie dabei Individuen einem Geschlecht zugeordnet werden. *„The mark of gender appears to ‚qualify‘ bodies as human bodies; the moment in which an infant becomes humanized is when the question, ‚is it a boy or girl?‘ is*

answered“ (Butler, 1990, S. 111). Sie kommt zu dem Entschluss, dass Individuen bereits ab der Geburt eine Identität, wie etwa um welches Geschlecht es sich handelt, zugeschrieben bekommen, bevor sie überhaupt selbst die Möglichkeit haben, diese für sich zu definieren. *„Identität ist immer auch das, was man nicht ist, argumentiert Butler [...], indem sie psychoanalytische und machttheoretische Argumentationen zusammenführt: Eine Frau ist nicht-Mann [...]"* (Villa, 2003, S. 48). Dadurch kommt es zum Ausschluss bestimmter Identitätskategorien, die nicht aus einzelnen oder individuellen Handlungen entstehen, sondern sich aus *„diskursiven (Macht-)Strukturen“* (Villa, 2003, S. 49) heraus entwickeln. Butler (1990) zieht bei ihren Ausführungen zu Geschlecht Simone de Beauvoir (1973) heran. *„[...] one is not born a woman, but, rather, becomes one“* (de Beauvoir, 1973, S. 301, zitiert nach Butler, 1990, S. 111). Das Geschlecht ist demnach keine anatomische Gegebenheit, sondern durch verschiedene wissenschaftliche Diskurse produziert. Auch die *„feministische Unterscheidung“* (Bublitz, 2002, S. 107) von sex (biologisches Geschlecht) und gender (soziales Geschlecht) lehnt Butler (1990) ab. *„Originally intended to dispute the biology-is-destiny formulation, the distinction between sex and gender serves the argument that whatever biological intractability sex appears to have, gender is culturally constructed: hence, gender is neither the causal result of sex nor as seemingly fixed as sex“* (Butler, 1990, S. 6). In ihrem Werk *„Bodies that Matter“* (1993) spricht sie von der sogenannten *„materiality of bodies“* (Butler, 1993, S. 30). In ihren Ausführungen thematisiert sie, dass die beiden Kategorien sex und gender nicht als natürliche naturgegebene Phänomene gesehen werden sollen, da es sich nicht nur beim sozialen Geschlecht um Praktiken und gesellschaftliche sowie kulturelle Rollenerwartungen handelt, sondern auch das biologische Geschlecht aus gesellschaftlichen Diskursen und Machtverhältnissen hervorgebracht wird (Bublitz, 2002; Butler, 1990). Durch wiederholte Handlungen, wie bspw. Sprache, Gesten und Kleidung wird das Geschlecht dargestellt. Mithilfe der *„performativity“* (Butler, 1993, S. 2) kommt es zur *„materiality of bodies“* (Butler, 1993, S. 30), welcher als natürlich erscheint, jedoch das Ergebnis sozialer Normen ist. Sie geht davon aus, dass der biologische Körper durch Normen hervorgebracht wird und als *„Sozialkörper“* (Bublitz, 2002, S. 39) zu verstehen ist. Der Körper wird selbst als *„ein Stück der Gesellschaft“* (Bublitz, 2002, S. 39) gesehen und manifestiert sich aus dieser. *„Es ist also im Grunde nicht der Körper, der performativ immer wieder produziert wird. Vielmehr materialisieren sich Gesellschaft und ihre symbolische Ordnung im Körper“* (Bublitz,

2002, S. 39f.). Durch die „reiteration“ (Butler, 1993, S. 2) der Normen ist erkennbar, dass „*bodies never quite comply with the norms*“ (Butler, 1993, S. 2). Dabei können Diskurse Subjekte bestimmen, ihnen vorausgehen und auf Grundlage vorgängiger Strukturen Macht über Biografien ausüben (Villa, 2003). Dies kann so weit führen, dass der Weiblichkeit eine reproduktive Funktion zugeschrieben wird und alles, was davon abweicht, z. B. die Frau entscheidet sich gegen die Mutterrolle, als nicht regelkonform eingestuft wird: „*The classical association of femininity with materiality can be traced to a set of etymologies which link matter with mater and matrix (or the womb) and, hence, with a problematic of reproduction.*“ (Butler, 1993, S. 31). An Anlehnung an die französische Schriftstellerin und feministische Theoretikerin Monique Wittig (1984), erörtert Butler (1990), weshalb die Binärität so stark in der Gesellschaft verankert ist: „*For Wittig, the binary restriction on sex serves the reproductive aims of a system of compulsory heterosexuality [...]*“ (Butler, 1990, S. 19). Die Heterosexualität wird dabei als Norm gesehen, während alles, was dieser nicht entspricht, als abweichend wahrgenommen wird (Bublitz, 2002). Das Geschlecht wird demzufolge aus der „*spezifischen, historischen Form der Sexualität hervorgebracht*“ (Bublitz, 2002, S. 66) und „*steht im Dienst der (Hetero-)Sexualität*“ (Bublitz, 2002, S. 66), welche wiederum „*das Geschlecht als binäres markiert*“ (Bublitz, 2002, S. 66). Vor allem über die Sprache kann Macht produziert werden, welche sich durch die Unterwerfung und Ausschließung der Frauen äußert. Das männliche Geschlecht wird als ein vollwertiges Subjekt firmiert, während das weibliche Geschlecht den Status des Subjekts nicht erreicht (Bublitz, 2002). Auch wenn Individuen „*von diskursiven Strukturen hervorgebracht und mit diesen verstrickt*“ (Villa, 2003, S. 55) sind, geht Butler (1990) von einer „*Handlungsmächtigkeit*“ (Villa, 2003, S. 55) des Individuums aus, indem es sich kritisch mit der Sprache und dem Diskurs auseinandersetzt.

Des Weiteren befasst sich Butler in ihrem Werk „*Kritik der ethischen Gewalt*“ (2003) mit der Frage, wer als Mensch angesehen wird und wer nicht sowie wer eine Unterstützung zuteil bekommt und wem diese nicht gewährt wird. Sie betrachtet dabei, welches Leben als schützenswert in der Bevölkerung angesehen wird. Butler (2003) geht davon aus, dass diese Kategorisierung, welches Leben als wertvoll erachtet wird und welches nicht, durch „*kulturelle Bezugsrahmen*“ (Bublitz, 2002, S. 99) und „*staatliche Regulierungspolitik*“ (Bublitz, 2002, S. 99) beeinflusst wird und es in weiterer Folge von bestimmten Individuen zur „*Erniedrigung, Demütigung und Ausschluss*“ (Bublitz, 2002, S. 99) kommen kann. Ähnlich wie in ihrem Werk „*Bodies*

that Matter“ (1993), bei welchem von bestimmten Geschlechtskörpern als Ideal ausgegangen wird, wird hierbei das Menschenleben unterschiedlich gewichtet (Bublitz, 2002). Sie kommt zu der Schlussfolgerung, dass, „[...] *wenn ein Leben nicht betrauernswert ist, ist es gar kein rechtes Leben; es erfüllt die Kriterien eines Lebens nicht und ist nicht der Rede wert*“ (Butler, 2005, S. 52, zitiert nach Bublitz, 2002, S. 100). Mithilfe von eingeführten Normen werden hierbei Subjekte kategorisiert, welches Leben als schützenswert gilt und welches nicht (Bublitz, 2002). Die moralischen Vorschriften sind hierbei in den Individuen verinnerlicht, auch wenn diese nicht immer eingehalten werden. Für Butler (2003) bestehen die moralischen Normen, da das Nichteinhalten dieser eine Angst vor Strafe und Sanktionen bei Subjekten auslöst und mit sich bringt. Denn Subjekte werden nicht nur durch Diskurse hervorgebracht, sondern auch durch „*Codes, Vorschriften und Normen*“ (Butler, 2003, S. 26, zitiert nach Bublitz, 2002, S. 102) geformt und gehen aus diesen hervor.

Ausgehend von den theoretischen Überlegungen, wird im nächsten Schritt das methodische Vorgehen dargelegt.

5. Methode

5.1. Empirische Forschung

Diese Arbeit befasst sich mit der Empirie. Durch die qualitative Forschung können bestimmte Fragestellungen untersucht werden, wenn bisherige Literatur, Theorie und/oder empirische Studien zu einer Thematik unzureichend Ergebnisse bzw. Antworten liefern können. Des Weiteren wird die Methode auch angewendet, wenn sich die Erreichbarkeit der zu untersuchenden Zielpersonen als schwierig herausstellt, um quantitative Repräsentativität zu liefern, die Anzahl dieser gering ist und wenn der*die Forscher*in Interesse an dem Feld hat und neue Erkenntnisse gewinnen möchte (Flick, 2020). Anschließend wird das Projekt „CLIDE“ (Durnová et al., 2024) erläutert, aus dem das empirische Interviewmaterial dieser Arbeit hervorgegangen ist.

5.2. Forschungsprojekt „CLIDE“

Die Forschung stützt sich auf das Forschungsprojekt „CLIDE“ (Durnová et al., 2024), welches von einem soziologischen Team der Universität Wien unter Kooperation mit dem Österreichischen Wissenschaftsfond FWF durchgeführt wurde. Im Rahmen des Projekts wurden neun qualitative Expert*inneninterviews mit Schlüsselakteur*innen

der österreichischen Debatte zum Schwangerschaftsabbruch¹⁸ und eine Analyse¹⁹ zu den öffentlichen Webseiten „Pro Choice“- und „Pro Life“-Bewegungen durchgeführt. Um die Versorgungslage in Österreich zu Schwangerschaftsabbrüchen besser abbilden zu können, wurde auch mithilfe von biographisch-narrativen Interviews die Sichtweise von betroffenen Personen herangezogen. Diese Interviews wurden im Zeitraum von August 2023 bis Mai 2024 erhoben. Das Kontaktieren der Personen (siehe Kap. 5.3.1.) sowie das Erstellen des Leitfadens (siehe Kap. 11.1.) fand im Rahmen des Projektes statt. Die Interviews wurden unter Mitwirkung der Autorin durchgeführt und transkribiert. Während das Projekt die Versorgungslage zu der Thematik in Österreich abbildet und mögliche Handlungsperspektiven darstellen möchte, fokussiert sich diese Arbeit auf die Darstellung von Stigmatisierung bei Schwangerschaftsabbrüchen. Innerhalb der transkribierten Interviews werden Textpassagen, die Stigmatisierung aufweisen, genauer betrachtet. Zusätzlich werden die Medien, im Speziellen der Österreichische Rundfunk (=ORF), herangezogen, um auch den öffentlichen Diskurs zu der Thematik zu veranschaulichen und systematisch herauszuarbeiten, wie sich hierbei Stigmatisierung zeigt. Im Folgenden wird der Feldzugang und die Durchführung der Interviews beschrieben, bevor auf die Datenrecherche des ORFs eingegangen wird.

5.3. Datenerhebungsmethode

5.3.1. Interviews: Feldzugang Teilnehmer*innen

Über Mundpropaganda, diverse Internetplattformen sowie Social-Media-Kanäle wurde auf die Interviews aufmerksam gemacht. Voraussetzung für die Teilnahme war, dass die Personen einen Schwangerschaftsabbruch in Österreich durchgeführt haben und ihre Erfahrungen teilen möchten. Das Alter sowie das Zurückliegen des Schwangerschaftsabbruchs waren keine Ausschlusskriterien, um an der Studie mitzuwirken. Dies begründet sich dadurch, den Zugang von Interviewpartner*innen zu erleichtern und darüber hinaus liegt der Schwerpunkt des Projektes auf den subjektiven Erfahrungen der Betroffenen, wodurch auch zeitliche Entwicklungen oder Konstanz in den Erzählungen sichtbar gemacht werden können, welche für die Analyse auch spannende Erkenntnisse liefern können.

¹⁸ In der Studie wurden neun qualitative Interviews mit Expert*innen, die in der österreichischen Debatte 2023 als Schlüsselakteur*innen gelten, durchgeführt. Dabei wurden drei Codes genauer betrachtet: Selbstbestimmung vs. Fremdbestimmung, Wissen vs. Unwissen und Abtreibung als moralische Frage vs. Abtreibung als gesundheitliche Frage (Durnová et al., 2023).

¹⁹ Genauere Ausführung, siehe Kap. 3.4.

5.3.2. Beschreibung des Samples

Beim Bezug auf die Interviewpersonen erfolgt die weibliche Form, da sich alle Interviewpartnerinnen im Rahmen der Erhebung selbst als Frauen identifiziert haben sowie ihre Geschlechtsidentität beim Ausfüllen der beigelegten Unterlagen zu den soziodemographischen Daten, als weiblich angegeben haben. An der Studie nahmen zwölf Personen teil. Das Alter der Teilnehmerinnen lag zwischen 25 und 37 Jahren und die älteste Teilnehmerin war 73 Jahre alt. Der höchste Bildungsabschluss stellte die *Hochschule (Universität, FH, Akademie, usw.)* bei zehn Teilnehmerinnen dar, während eine Teilnehmerin *Matura, Kolleg, Ingenieur (AHS, BHS, HTL, HAK, BAKIP, HLW, usw.)* angab. Fünf Personen gaben an, als *Angestellte*r oder öffentliche*r Bediensteter*r* zum Zeitpunkt des Interviews tätig gewesen zu sein, während jeweils drei Befragte als *Selbstständig, Gewerbetreibende*r* und *Studierende*r* und eine Interviewpartnerin als *nicht erwerbstätig* und *Bildungskarenz* und eine als *Pensionistin* angab. Das Alter, welches die Befragten zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs hatten, lag zwischen 17 bis 37 Jahre. Davon führten acht Personen diesen in Wien durch, während es in Niederösterreich zwei und in Salzburg und Tirol jeweils eine war.

5.3.3. Biographisch narrative Interviews mit Leitfaden

Wie bereits oben beschrieben, geht es um die subjektive Erfahrung der Interviewten. Hierbei handelt es sich um eine retroperspektive Forschung (Scherke, 2024), da es um die gemachten Erfahrungen von Personen geht, die einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt haben. Diese gemachten Erfahrungen und die darin empfunden Emotionen können Widersprüche in Aussagen aufweisen, welche besonders analytisch aufschlussreich sein können. Demnach können Interviews Einblicke in soziale und emotionale Kontexte von Handlungen geben und es liegt an den*die Forscher*in diese interpretativ zu analysieren (Pugh, 2013). Da die subjektive Sichtweise der Betroffenen im Vordergrund steht, wird biographisch-narrativ geforscht. Hierbei geht es nicht um die Fragen per se, sondern um eine längere zusammenhängende Darstellung, die in Form einer Erzählung gegeben wird. In der biographischen Forschung spielt diese Methode eine große Rolle (Flick, 2020). „Im narrativen Interview wird der Informant gebeten, die Geschichte eines Gegenstandsbereiches, an der der Interviewte teilgenommen hat, in einer Stegreiferzählung darzustellen“ (Hermanns, 1995, S. 183, zitiert nach Flick, 2020, S. 115f). Die Aufgabe der interviewenden Person ist es, die befragte Person dazu zu

bewegen, eine zusammenhängende Erzählung zu dem Gegenstandsbereich zu geben. Hierbei eignet es sich, einen Leitfaden heranzuziehen. Das bedeutet, dass sich die*der Interviewer*in auf vorgefertigte Fragestellungen, die so offen wie möglich oder halbstrukturiert formuliert sind, orientieren kann. Die Reihenfolge und auch die exakte Wiedergabe der Fragen muss zwangsläufig nicht eingehalten werden. Es gibt auch keine Vorgaben von Antwortmöglichkeiten. Das Interview beginnt mit einer Eingangsfrage, die auch als eine „*Erzählaufforderung*“ (Flick, 2020, S. 116) verstanden werden kann. Im Anschluss beginnt der „*narrative Nachfrageteil*“ (Flick, 2020, S. 116), bei welchem nicht ausgeführte Erzählsätze vervollständigt werden. Sind diese beiden Phasen abgeschlossen, folgt die nächste Frage. Damit Daten geliefert werden können, ist es essenziell, dass die Einstiegsfrage so offen wie möglich und zu der Thematik passend formuliert wird. Dies stellt einen zeitlichen und thematischen Ausschnitt aus der Biographie der*des Befragten dar (Flick, 2020). Im Bezug zur Forschung ist der subjektive Beginn für die Interviewten meistens der Zeitpunkt, ab dem die ersten körperlichen Symptome (Bsp.: Übelkeit, Spannung in der Brust, Ausbleiben der Periode) beginnen und als Ende wird der durchgeführte Schwangerschaftsabbruch beschrieben, wobei die meisten Betroffenen die Thematik ein Leben lang begleitet (siehe Kap. 7, Kap.8).

Das Ziel besteht darin, die Sicht der interviewten Person zu erfassen und diesen den Raum zu geben, in ihrem Ermessen, die Fragen zu beantworten. Die*der Interviewer*in darf dabei nicht durch Fragen, durch direkte oder bewertende Interventionen die erzählende Person stören. Eine weitere Herausforderung für beide Parteien kann sein, dass nicht, wie bei einem klassischen Interview, Fragen im Hauptteil gestellt werden und es eine ungewöhnliche Situation für die interviewte Person darstellen kann, da sie selbst entscheiden darf, worüber und wie viel sie erzählt. Das aktive Zuhören der interviewenden Person für die Interviewsituation ist hier maßgeblich und wiederum für die*den Interviewte*n notwendig, um die Möglichkeit für die Erzählphase zu bekommen. Sollten die Antworten nicht ergiebig genug sein, kann die*der Interviewer*in nachfragen (Flick, 2020). Weitere Aspekte, die beachtet werden müssen, haben Merton und Kendall (1993) formuliert. Demnach soll keine Beeinflussung der interviewenden Person stattfinden, denn es soll die Sichtweise und Situationsdefinition dargestellt werden, die gesamte Bedeutung des Gegenstandes soll herausgearbeitet werden und die Tiefgründigkeit und der persönliche Zugang der interviewten Person steht im Mittelpunkt (Merton & Kendall,

1993, S. 178, zitiert nach Flick, 2020, S. 114). Für ein gelungenes Interview ist es essenziell, dass die*der Interviewer*in bei den richtigen Stellen nachfragt, um so erneut eine Tiefe zu generieren und relevante Fragen, die für die Thematik wichtig sind, gestellt werden (Flick, 2020). Im nächsten Schritt wird der Zugang der medialen Berichterstattung erörtert.

5.3.4. Medien: ORF

Aufgrund der großen Reichweite und Nachfrage (ORF, 2024) wurde zur Datenerhebung der Österreichische Rundfunk (=ORF), welcher den öffentlich-rechtlichen Rundfunk Österreichs mit Hauptsitz in Wien darstellt, herangezogen. Zur Herstellung einer strukturierten Übersicht über die ORF-Beiträge erfolgte die Recherche über die Suchmaschine Google unter Verwendung folgender Suchbegriffe: Schwangerschaftsabbruch, Abtreibung, ungewollt schwanger, 50 Jahre Fristenlösung, Selbstbestimmung, Kirche, Krankenhaus, Embryo, Frau, Mutter. Die Suchbegriffe wurden systematisch miteinander kombiniert, um mehr Rechercheergebnisse zu erzielen. Es wurden Beiträge bis ins Jahr 2014 angezeigt. Der Untersuchungszeitraum wurde von 2014 bis 2024 systematisch gesichtet und analysiert und auf Beiträge fokussiert, die Stigmatisierung vorwiesen. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wurden die beitragsstärksten Jahre, welche 2022 (10 Beiträge), 2023 (21 Beiträge) und 2024 (21 Beiträge) waren, gewählt. Innerhalb der Berichterstattungen wurden nicht nur auf Österreich bezogene Nachrichten herangezogen, sondern auch internationale. Die Auswahl erfolgte vor dem Hintergrund, dass innerhalb der Interviews, die vor der Sichtung der Nachrichtenbeiträge durchgeführt wurden, die Befragten während ihren Erzählungen von dem Weltgeschehen zu dieser Thematik sprachen und welche Gefühle und Emotionen sie dazu haben (siehe Kap. 7). Des Weiteren ist eine Annahme, dass das Thema des Schwangerschaftsabbruchs über nationale Grenzen hinausreicht und nicht isoliert im Kontext einzelner Staaten betrachtet werden sollte.

5.4. Reflexion der eigenen Rolle im Forschungsprozess

Bei der Durchführung der Interviews ist zu berücksichtigen, dass nicht alle Interviews von mir geführt wurden, weil ich zu einem späteren Zeitpunkt zur Forschungsgruppe gestoßen bin und dass sowohl der Leitfaden als auch das Ziel des Forschungsprojektes ein anderer war. Die Fragen, die innerhalb des Projektes gestellt wurden, wären demnach an meine Arbeit angepasster formuliert worden.

Nichtsdestotrotz wurden wichtige Punkte für meine Arbeit thematisiert. Unterschiedliche Interviewende können auch einen Einfluss auf die Beantwortung der Fragen der Teilnehmerinnen haben und zum Teil andere Resultate liefern. Des Weiteren, anders als bei der Nutzung von Daten, die sekundär hinzugezogen werden, bestand innerhalb dieser Arbeit ein direkter Zugang zum Forschungsfeld. So konnte durch die Einbindung in das Projekt „CLIDE“ und der Austausch mit den Projektmitarbeiter*innen gewährleistet werden, dass bei Unklarheiten zu den bereits durchgeführten Interviews, jederzeit Rücksprache gehalten werden konnte, was wiederum zu mehr Verständnis des Datenmaterials führte.

Darüber hinaus stellte sich die Analyse beider Datenmaterialien, die Interviews und die ORF-Beiträge, als Herausforderung dar. Das Konzentrieren auf wesentliche Aspekte mit dem Blick auf das Forschungsvorhaben und auf die Theorie sowie das Verknüpfen mit der mir neuen Methode war oftmals sehr komplex. Des Weiteren wird die Ergebnisdarstellung auch von der eigenen soziologischen Wahrnehmung und durch meine eigene klare Positionierung zu Schwangerschaftsabbrüchen mit beeinflusst.

Ein weiterer wichtiger Punkt, der bei der Analyse zu beachten ist, ist, dass der ORF, wie bereits oben erwähnt, gewählt wurde, weil er eine große Reichweite hat und die Auswahl dieses Untersuchungsmediums auch im Bewusstsein erfolgt, dass dieses öffentlich-rechtliche Medium nicht dem rechten politischen Spektrum zuzuordnen ist, welches sich gegen Schwangerschaftsabbrüche ausspricht. Diese Perspektive wird bei der Analyse nicht als Einschränkung verstanden, sondern als Bestandteil der diskursiven Rahmung.

Das Thema ist sehr facettenreich aufgebaut und kann aus mehreren Blickwinkeln erforscht werden. Um den Rahmen dieser Arbeit nicht zu sprengen, wurde nur ein Teil des Untersuchungsfeldes betrachtet.

5.5. Datenauswertungsmethode

5.5.1. Diskursanalyse

Bevor auf die Interpretative Emotionsanalyse (IEA), die sich aus der Diskursanalyse ableitet, im nächsten Kapitel eingegangen wird, soll im ersten Schritt die Diskursanalyse erörtert werden, um die Hintergründe und Ursprünge der Methodik besser nachvollziehen zu können. Die Diskursanalyse hat ihre Ursprünge in der Sozial- und Kulturforschung, in der Linguistik und in den Human- und

Sozialwissenschaften. Diese sind immer politisch geprägt, auch wenn der Anspruch besteht, deskriptiv vorzugehen. Diskurse können auch Macht ausüben, welche *„institutionalisiert, geregelt und an Handlungen gekoppelt sind“* (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 10). Besonders die Human- und Sozialwissenschaften sind für ihre Deutungen der Wirklichkeit bekannt, welche aufgrund von Wissen, das sich ein Subjekt im Laufe seines Lebens angeeignet hat, entstehen. Vor allem als Wissenschaftler*in muss dies berücksichtigt und reflektiert werden, wenn es zur Deutung von Wirklichkeit kommt (Jäger & Zimmermann, 2019).

Die Diskursanalyse begreift Diskurse als Praktiken. Darin geht es um die handelnden Akteur*innen und ihre Diskursproduktion und ihre Diskursrezeption. Dabei sollen die gesellschaftlichen Affekte in Diskursen betrachtet werden. Diskurse stellen *„institutionell-organisatorisch regulierte Praktiken des Zeichengebrauchs“* dar (Keller, 2011, S. 12). Die Akteur*innen vermitteln durch einen Sprach- bzw. Symbolgebrauch, welcher in und durch Diskurse zustande kommt. *„Diskurse bilden darüber hinaus Begründungen (Legitimationen) für die gesellschaftliche Anerkennung solchen Wissens aus. Sie stellen dazu kognitive, moralische und ästhetische Bewertungsmaßstäbe zur Verfügung“* (Keller, 2011, S. 238). Sie können demnach als symbolische Ordnungen gesehen werden (Keller, 2011).

Der französische Philosoph Michael Foucault (1973) prägt die Diskursanalyse und beschäftigte sich selbst mit Diskursen der Wissenschaften. Dabei unterscheidet er zufällige Aussagen, wie etwa *„Geklapper“* (Jäger & Zimmermann, 2019, S. 16), von festen Aussagen, die den Kern einer Diskussion für ihn darstellen. Demnach sind Aussagen nicht als reine Sätze zu verstehen, sondern als *„Konstruktionssystem für mögliche Aussagen“* (Foucault, 1973, S. 124, zitiert nach Jäger & Zimmermann, 2019, S. 16). Das Ziel der Diskursanalyse ist es, Aussagen eines Inhalts genauer zu betrachten, indem sie diese in Diskursfragmente gliedert und daraus Themen (zentraler Code) und Unterthemen (Untercode) bildet. Es kommt zur empirischen Auflistung dieser und zur Analyse der Inhalte, der Häufigkeit und ihrer formalen Beschaffenheit (Jäger & Zimmermann, 2019).

Des Weiteren kann die Struktur eines Diskurses aufgegliedert werden. Es gibt eine Vielzahl an Themen in einem gesellschaftlichen Gesamtdiskurs. Wenn von einem thematisch einheitlichen Diskursverlauf gesprochen wird, wird der Begriff der *Diskursstränge* (Bsp.: Schwangerschaftsabbruch) herangezogen. Wenn dabei ein

Text(teil) entnommen wird, spricht man von einem *Diskursfragment* (Bsp.: direktes oder indirektes Zitat). Die Ermittlung *diskursiver Ereignisse* und des *Kontextes* (Bsp.: Kontextualisierung: Wieso ist das Thema Schwangerschaftsabbruch im 21. Jahrhundert nach wie vor präsent?) kann hilfreich sein, nachzuvollziehen, wieso die Thematik plötzlich so relevant geworden ist oder um einen Sachverhalt besser zu verstehen. Es ist auch relevant, die verschiedenen *diskursiven Ebenen* zu betrachten, wie etwa die Wissenschaft, Medien, Politik oder Medizin. Diese können auch als „soziale Orte“ (Jäger & Zimmermann 2019, S. 17) verstanden werden. Die unterschiedlichen Ebenen können sich innerhalb eines Diskurses gegenseitig beeinflussen. Dabei kann eine bestimmte *Diskursposition* eingenommen werden, wenn über ein bestimmtes Thema gesprochen wird und es unterschiedliche Meinungen dazu gibt. Diese *Diskurs(strang)verschränkungen* will die Diskursanalyse entwirren, indem sie versucht einzelne Diskursstränge herauszuarbeiten und zu analysieren (Jäger & Zimmermann, 2019).

Im nächsten Kapitel wird die Interpretative Emotionsanalyse beschrieben, welche bei der Auswertung der Interviews sowie bei den ORF-Beiträgen herangezogen wird.

5.5.2. Interpretative Emotionsanalyse (IEA)

Die Interpretative Emotionsanalyse (IEA) (Durnová, 2018; Durnová, 2022; Durnová & Weible, 2020) hat ihre Wurzeln in der Strong Programm von Cultural Sociology (Alexander & Smith, 2001), Interpretative Analyse (Schwartz-Sea & Dvora Yanow, 2006; Schwartz-Shea & Yanow, 2013) und der französischen Diskursanalyse (Maingueneau, 1998, 2014). Ausgangspunkt dieser Analyse ist, dass Emotionen nicht nur als psychologische Phänomene angesehen werden, die Individuen fühlen, sondern diese aus sozial konstruierten, diskursiv ausgehandelten und kulturellen Prozessen entspringen (Wetherell, 2012; Alba-Juez & Thompson, 2014; Alba-Juez & Mackenzie, 2019, zitiert nach Marling et al., 2025, S. 5). Dabei werden Emotionen im Text repräsentiert und erzeugt und sind als einen Teil der „*diskursiven Praxis*“ (Bednarek, 2008, S. 24, zitiert nach Marling et al., 2025, S. 5) zu verstehen. Das Ziel der Interpretativen Emotionsanalyse ist es zu erklären, weshalb Situationen eine Bedeutung zukommt und inwiefern bestimmte Positionierungen gemacht, akzeptiert oder kritisiert werden (Durnová, 2022). Dabei können Emotionen in verschiedenen Kontexten untersucht werden wie bei Interviewtranskripte, auf Social-Media, bei politischen Reden und bei Berichterstattungen. Auf diesen unterschiedlichen Kanälen

werden Emotionen durch Sprache vermittelt und Texte können auf genrespezifische Mittel zurückgreifen, die Emotionen sowohl ausdrücken als auch hervorrufen. In Texten werden Emotionen nicht durch offensichtlich emotionale Begriffe ausgedrückt, sondern durch verschiedene offene und verdeckte sprachliche Mittel vermittelt (Marling et al., 2025). Hierbei wird der Text als ein dynamisches semantisches Feld²⁰ gesehen, welches Werte und Überzeugungen durch bestimmte Bedeutungen transportiert. Der Text wird während der Analyse mehrmals gelesen und in einzelne Teile aufgegliedert, um im Anschluss übergreifende Bedeutungskategorien (Codes) zu identifizieren und miteinander zu verbinden, damit diese zu Diskursen zugeordnet werden. Folgende Leitfragen können bei der Analyse des Textes herangezogen werden:

- 1) Wann werden Emotionen erwähnt?
- 2) Wer erwähnt die Emotionen?
- 3) Wer ‚fühlt‘ die Emotionen?
- 4) Welche spezifischen rhetorischen Sprachmittel werden zur Beschreibung/Umschreibung der Emotionen verwendet?
- 5) Wie verhalten sich Emotionen zueinander innerhalb der Daten?

Im ersten Schritt wird der Text durchgelesen und Auffälligkeiten markiert sowie betrachtet, ob es zu Wiederholungen in der Erzählung kommt. Des Weiteren können erste Assoziationen festgehalten werden, die für die weitere Analyse und Interpretation von Bedeutung sein können. Im zweiten Schritt werden semantische Cluster (Kodiercluster 1 Sprachmittel) gebildet, bei denen ähnlich klingende Wörter identifiziert werden und einer semantischen Familie zugeordnet werden. Hierzu zählen typische und auffällige Satzstellungen, Redewendungen und rhetorische Figuren. Im dritten Schritt werden im Kodiercluster (Kodiercluster 2 Emotionen) Emotionen kodiert. Dieses Cluster beinhaltet alle Emotionen, die erwähnt werden oder vom Akteur bzw. von der Akteurin beschrieben werden, wenngleich die Person diese fühlt oder nicht fühlt. Im vierten Schritt werden die jeweiligen Bedeutungen, die im Text mithilfe der Codes gefunden wurden, in Bezug zum Kontext betrachtet und übergreifenden Bedeutungskategorien zugeordnet. Hierbei ist auch zu betrachten, wer spricht und über was oder zu wem gesprochen wird. Es können sich kulturelle, historische oder situative Normen zeigen sowie welche Emotionen dabei zustande kommen, was anhand des Kodiercluster 1 und Kodiercluster 2 zu sehen ist. Im fünften Schritt geht

²⁰ Darunter ist eine Gruppe von Wörtern zu verstehen, die inhaltlich miteinander verbunden sind und einen gemeinsamen Bedeutungsbereich haben (bspw.: Feld „Farben“: grün, gelb, rot, blau, etc.)

es um die Interpretation, die anhand der vorgehenden Schritte erkenntlich wird. Zusammenhänge als auch Strukturen und die Rolle der Emotionen bilden den Rahmen des Erkenntnisinteresses. Wie der Diskurs definiert wird, ist Teil des interpretativen Prozesses seitens der forschenden Person. Dabei sind die Regeln in die Interpretation eingebettet und somit Bestandteil jener sprachlichen Struktur, die bei der Sinnkonstitution zu Tragen kommt. Zur besseren Definition von Emotionen, können auch lexikalische Nachschlagewerke herangezogen werden. Des Weiteren weisen Diskurse thematische Grenzen auf, sind von Akteur*innen geprägt und unterliegen historischen, geopolitischen und sozialen Grenzen (Durnová, 2022).

Im nächsten Schritt wird auf das Anwenden der interpretativen Emotionsanalyse in Bezug auf die Interviews und in weiterer Folge zu den ORF-Beiträgen eingegangen.

5.5.3. Analyse von Interviews mittels Interpretativer Emotionsanalyse

Während der Leitfaden, welcher im Projekt „CLIDE“ erstellt wurde, sich speziell auf die Erfahrungen von den Betroffenen, die in Österreich einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt haben, fokussiert, beschäftigt sich diese Arbeit auf das Herausarbeiten von Stigmatisierung nach Erving Goffman (1963). Im ersten Schritt wurden die Transkripte der zwölf Interviews in MAXQDA einer offenen und explorativen Sichtung unterzogen. Dabei wurden Textpassagen markiert, welche eine auffällige Wortwahl hatten oder/und Handlungen von der betroffenen Person oder dem sozialen Umfeld beschrieben, die auf Stigmatisierungsprozesse nach Goffman (1963) hinweisen. Anfangs wurden 939 Sequenzen identifiziert, ohne diese bereits abschließend zu kategorisieren. Dieses Vorgehen diene einer theorieformierten Annäherung an das Material und bildete die Grundlage für die systematische Codierung. Im nächsten Schritt wurden die zuvor markierten Textabschnitte erneut systematisch betrachtet und Passagen miteinander verglichen, zusammengefasst und auf inhaltliche sowie sprachliche Gemeinsamkeiten hin analysiert. Daraufhin wurden, an Anlehnung nach Goffmans (1963) Stigmatisierungstheorie sowie beim Sichten des Materials, folgende Kategorien (=zentrale Codes) gebildet: Zuschreibung und Fremdwahrnehmung im gesellschaftlichen Kontext, Erfahrungen stigmatisierender Behandlung im medizinischen Kontext und Stigma-Management. Unter *Zuschreibung und Fremdwahrnehmung im gesellschaftlichen Kontext* geht es um die allgemeinen Wahrnehmungen der Betroffenen, wie sie die Haltungen der Gesellschaft und des sozialen Umfeldes gegenüber der Thematik einschätzen, und Handlungen seitens der

Politik und Diskurse aus den Medien. Dementsprechend wurden folgende Unterkategorien herausgearbeitet: Gesellschaft, soziales Umfeld (Partner, Eltern, Freund*innen) Politik und Medien. Bei den *Erfahrungen stigmatisierender Behandlung im medizinischen Kontext* geht es um die wahrgenommene Betreuung und das Empfinden der Befragten vor, während als auch nach dem Schwangerschaftsabbruch seitens des medizinischen Personals. Zum medizinischen Personal zählen Gynäkolog*innen, Ärzt*innen, Anästhesist*innen Hebammen und Krankenschwestern. In die Kategorie des *Stigma-Managements* fallen alle gesellschaftlichen Normen, welche die Betroffenen internalisiert haben und sich anhand von Schuld, Scham, Angst, u.v.m. innerhalb der Interviews äußern. Des Weiteren soll veranschaulicht werden, wie die Befragten mit ihrem Stigma umgehen, sei es bspw. durch Geheimhaltung von Informationen oder es zu einer neuen Interpretation der Gegebenheiten kommt, bei welchem die Thematik nicht mehr stigmatisierend angesehen wird. Der Fokus wird in allen drei Kategorien im Speziellen auf die Emotionen und der Ausdruck dieser gelegt, weil diese im Material explizit thematisiert werden und einen großen Teil der biographisch narrativen Interviews einnehmen. Dabei wurden sprachliche Auffälligkeiten (Bsp.: Metapher, Hyperbel, semantische Felder, etc.) bei allen drei Kategorien markiert. Insgesamt wurden 510 Codes identifiziert. Die drei zentralen Codes dienen dazu, wiederkehrende Muster sichtbar zu machen, eine strukturierte Übersicht über zentrale Themen zu schaffen sowie Deutungsweisen im Material zu gewinnen.

Zur besseren Lesbarkeit als auch zur Wahrung der Anonymität der Interviewpartnerinnen, werden diese mit neutralen Kennziffern (I1 – I12; I = Interview; Pos. = Position des Zitats aus dem Interviewtranskript) bezeichnet. Die Nummerierung lässt keine Rückschlüsse auf die zeitliche Reihenfolge der durchgeführten Interviews oder auf die Identität der Befragten zu und wurde durch Zufallsprinzip mithilfe von Excel sortiert.

Bei den ORF-Beiträgen wird ein anderes Kategoriensystem verwendet als bei den biographisch narrativen Interviews, weil die Ergebnisse des Materials anders zu betrachten sind. Bei den Interviews rückt die interaktionale Erfahrung und die subjektive Wahrnehmung in den Vordergrund der Erzählungen, welche für biographisch narrative Interviews charakteristisch ist. Es eignet sich die Theorie der Stigmatisierung nach Goffman besser, weil dieser einerseits untersucht, wie

Interaktionen zwischen stigmatisierten Personen und nicht stigmatisierten Personen stattfinden und andererseits welche Strategien erstere entwickeln, um damit im Alltag umzugehen. Die Betrachtung findet demnach auf der Mikroebene statt. Da bei den ORF-Beiträgen mehr die gesellschaftlichen Machtverhältnisse, normative Zuschreibungen sowie sprachliche Rahmungen seitens Ärzt*innen, Kirche, Organisationen, u.v.m. (siehe Kap. 7.2.) zum Vorschein kommen, wird die diskursanalytische Betrachtung von Butler herangezogen und somit die Makroebene abgebildet. Beide Sichtweisen bieten einen Überblick, auf welchen Dimensionen bzw. verschiedenen Ebenen Schwangerschaftsabbrüche gedacht werden können und welchen Einfluss gesellschaftliche Strukturen auf das Individuum haben kann. Wie nun dieses Kategorienmodell bei den medialen Berichterstattungen aufgebaut ist, soll im Anschluss erörtert werden.

5.5.4. Analyse von ORF-Beiträgen mittels Interpretativer Emotionsanalyse

Zuallererst wurden die ORF-Beiträge in eine Excel-Liste eingefügt. Dabei wurde der Titel des Artikels, das Erscheinungsdatum, das zu analysierende Zitat und die Erläuterung zum Artikel (Worum geht es in diesem Artikel?) und zentrale Codes sowie UnterCodes in jeweilige Spalten unterteilt. Zur besseren Analyse wurden noch weitere zwei Spalten, nämlich wer spricht und die Region, hinzugefügt. Auch wenn sich die Forschung auf Österreich bezieht, ist die Thematik, wie bereits oben erwähnt (siehe Kap. 5.3.4.), über die Grenzen hinweg zu verstehen und von Bedeutung. Dies zeigt sich auch anhand des Untersuchungsmaterials (siehe Kap. 7). Zur besseren Lesbarkeit wurden die Artikel der Reihe nach nummeriert (a_Zahl = ORF, b_Zahl = ZIB²¹). Die Reihenfolge richtet sich nach dem Erscheinungsdatum der Berichterstattungen und ist in Kapitel 10.2. *Analysematerial: ORF/ZIB* vollständig aufgelistet zu finden.

Ähnlich wie bei den Interviews, wurde zuerst das Datenmaterial gesichtet und einzelne Zitate aus den Beiträgen extrahiert, die Auffälligkeiten aufgrund von sprachlichen Ausdrücken oder/und inhaltlich relevante Aspekte (bspw. gesetzliche Beschlüsse) aufgriffen, die für die Analyse relevant sind. Auch wenn sich die Kategorien, die sich herausgebildet haben, an Butlers Ansätze richten, darf dies nicht getrennt von Goffmans Ansätzen gesehen werden, da auch hierbei Formen von Stigmatisierung zu

²¹ Zeit im Bild (ZIB) Beiträge sind Teil des ORFs

erkennen sind, wie etwa wenn es aufgrund von Gesetzesbeschlüssen zu Einschränkungen bei der medizinischen Versorgung kommt oder Ausdrücke seitens der Kirche verwendet werden, die ein abwertendes Merkmal aufweisen (siehe Kap. 7.2.). Folgende Kategorien (=zentrale Codes) entstanden nach der Sichtung des Materials: Geschlecht im diskursiven Kontext, normative Rahmung, medizinische Versorgungslage und gesetzliche Rahmenbedingungen. Bei der Kategorie *Geschlecht im diskursiven Kontext* geht es um die Frauen* und deren Rolle als auch Rechte in der Gesellschaft. Unter *normative Rahmung* fallen all jene Aussagen, vor allem die der Kirche, bei denen es um die Moral oder die Normen geht, die im Zusammenhang zu dem Schwangerschaftsabbruch herangezogen werden. Bei der *medizinischen Versorgungslage* geht es um die allgemeinen Bedingungen, die den Betroffenen zur Verfügung gestellt werden, wie etwa welche Räumlichkeiten zur Verfügung stehen, welche Ärzt*innen diesen Eingriff durchführen oder es um die Aufklärung (bspw. Verhütungsmethoden, Adoption, Register zu Abtreibungen) geht. Die letzte Kategorie, *gesetzliche Rahmenbedingungen*, befasst sich mit den rechtlichen Bestimmungen bei Schwangerschaftsabbrüchen. Wie bei den Interviews, wird auch hierbei explizit betrachtet, wie sich Emotionen äußern und diese in weiterer Folge auch gekonnt eingesetzt bzw. vermittelt werden, um die Leser*innen besser zu erreichen. Die UnterCodes entstanden aus im Material vorkommenden Begriffen und wurden aufgrund von sprachlichen Besonderheiten oder zur besseren Übersicht innerhalb der Analyse herangezogen.

Im nächsten Kapitel wird noch kurz auf die ethischen Überlegungen eingegangen, bevor es zur Darstellung der Ergebnisse kommt.

6. Ethische Überlegungen

Für die ethischen Überlegungen wird das Buch „*Reflexive Grounded Theory – Eine Einführung für die Forschungspraxis*“ von Franz Breuer, Petra Muckel und Barbara Dieris (2019) herangezogen. Es handelt sich bei der Arbeit um eine qualitative Sozialforschung. Die Beforschten sind demnach nicht hinter numerischen Mess- und Mittelwerten verborgen, sondern scheinen als individuelle Personen auf. Demnach ist es von großer Wichtigkeit, die Informationen, die von den Interviewpartnerinnen gesammelt wurden, vertraulich zu behandeln und zu anonymisieren. Meine Aufgabe als Wissenschaftlerin ist es, Verantwortung zu übernehmen und während der Forschungssituation darauf zu achten, dass das ethisch-moralisch Notwendige und

Richtige getan wird sowie darauf zu achten, dass (möglichst) kein Schaden für die Forschungspartnerinnen zustande kommt. Die Befragten sollen im Vorhinein darüber in Kenntnis gesetzt werden, worum es sich bei der Forschung handelt und eine Einverständniserklärung unterzeichnen, in welcher u.a. beinhaltet ist, dass zu jedem Zeitpunkt des Interviews eine Frage nicht beantwortet werden muss oder abgebrochen werden kann. Des Weiteren wird es die Möglichkeit geben, sollte sich die Interviewpartnerin umentscheiden, dass die gewonnenen Daten gelöscht werden. Das Ziel ist es nicht, eine Retraumatisierung²² auszulösen. Die Fragen sollen demnach möglichst offen gestellt werden, sodass die Personen selbst entscheiden können, welche Informationen sie teilen möchten, denn jedes Ergebnis zählt (Breuer et al., 2019, 372ff).

7. Ergebnisse

Für eine bessere Übersicht der Ergebnisse werden die Ergebnisse der Interviews und des ORFs separat voneinander dargestellt. Bei den Interviews wird im ersten Schritt ein kurzer Überblick zu den Interviewpartnerinnen gegeben und im zweiten Schritt auf die drei Kategorien, die im Analyseprozess materialgeleitet entwickelt und theoretisch fundiert wurden (siehe Kap. 5.5.3.), mit Zitaten aus den Transkripten eingegangen. Anschließend wird beim ORF ein kurzer Überblick über die Themenschwerpunkte von 2022 bis 2024 gegeben, bevor die vier zentralen Kategorien, welche auch während der Analyse und unter Anlehnung an die Theorie (siehe Kap. 5.5.4.) entstanden sind, genauer herausgearbeitet werden.

7.1. Kurzer Überblick: biographisch narrative Interviews

Bei den Interviews zeigt sich eine weitgehend übereinstimmende narrative Struktur, da die Befragten ihre Erfahrungen entlang einer zeitlichen Abfolge darstellen. So erzählen sie anfangs von ihrer damaligen Situation, als sie herausfanden, dass sie schwanger sind. Einige der Befragten waren zu dem Zeitpunkt noch am Studieren und/oder arbeiten und hatten zum Teil einen festen Partner. Innerhalb der Interviews gab es zwei geplante Schwangerschaften, die jedoch einen Spätabort durchführen mussten, weil sich bei der Ultraschalluntersuchung herausstellte, dass das Kind mit starken Beeinträchtigungen auf die Welt gekommen wäre. Bei den restlichen zehn Interviews

²² Die Intimität und Privatsphäre sind breit diskutierte Themen und aus emotionssoziologischer Perspektive werden diese nicht als etwas rein Individuelles verstanden, sondern sind sozial eingebettet, da individuelle emotionale Erfahrungen durch die Gesellschaft mitgeprägt werden (Durnová, 2018).

kam es zu ungeplanten Schwangerschaften, weil die Verhütungsmethoden (natürliche Verhütung, Kupferspirale, Kupferkette oder Pille) nicht funktionierten. Dabei führten drei Personen einen medikamentösen Abbruch und neun einen operativen Eingriff durch. Die Interviewpartnerinnen beschreiben, wie sie die Zeit vor, während als auch nach dem Schwangerschaftsabbruch empfunden haben und wie das Umfeld darauf reagiert hat. Des Weiteren analysieren sie, wie die Thematik in der Gesellschaft und in den Medien behandelt wird und welche Verbesserungen sie sich wünschen würden. Daraus ergaben sich drei große Themenblöcke bzw. Kategorien, die im Folgenden beschrieben werden.

7.1.1. Zuschreibung und Fremdwahrnehmung im gesellschaftlichen Kontext

Innerhalb der Interviews zeigt sich, dass sich viele der Befragten nach ihrem Schwangerschaftsabbruch noch mehr mit dem Diskurs der Abtreibung in den medialen Berichterstattungen beschäftigt haben und den Eindruck schildern, dass das Thema in den Medien in den letzten Jahren präsenter geworden ist. Dabei gehen die Interviewpartnerinnen (I3; I4; I6; I8; I10) auf den medialen Diskurs zu der unterschiedlichen Versorgungslage in den Bundesländern in Österreich ein, was anhand folgenden Zitats verdeutlicht werden soll:

„[...] damals, also, damals hätte ich, nachdems mich nicht betroffen hat, war ich vielleicht auch nicht so aufmerksam, was, ja, (/) aber ich hab schon das Gefühl, dass es vielleicht auch in den letzten Jahren, dadurch, dass auch das Angebot ja in vielen Bundesländern eingeschränkt worden ist oder, dass ja eben in Vorarlberg glaub ich das Problem gibt, dass dort überhaupt niemanden mehr gibt, der Schwangerschaftsabbrüche vornimmt, dass es in den letzten Jahren vielleicht ein bissl medial präsenter war, ja.“ (I10, Pos. 64)

Die Interviewte bespricht die Problematik, dass sich der Zugang, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, in Bundesländern wie in Vorarlberg als schwierig herausstellt, weil das medizinische Personal, welches das anbietet, fehlt. Dabei werden auch Vergleiche zu anderen Ländern (bspw. USA, Iran, Polen) gezogen und deren gesetzliche Lage erörtert und die Herausforderungen diskutiert, dass durch die finanziellen Kosten, die noch zusätzlich neben dem Eingriff anfallen, wenn man in ein anderes Land fahren muss und die zeitliche Komponente, die Situation zunehmend belastend wird (I3; I6). Hierbei äußern die Befragten (I3; I4; I8) Angst, wenn sie sich in

die Lage der Personen hinein fühlen, die einen schwereren Zugang zu einem legalen Schwangerschaftsabbruch haben. So berichtet eine der Befragten, dass sie „*immer voll emotional*“ (I3, Pos. 34) wird und es für sie ein unvorstellbarer Gedanke ist, den Schwangerschaftsabbruch nicht im eigenen Land durchführen zu können und deshalb gezwungen zu sein, diesen wo anders zu vollziehen oder dabei zu sterben. Auffällig dabei ist, dass in den Interviews einerseits thematisiert wird, dass die Befragten froh darüber sind, in einem Land zu leben, in dem ein legaler Schwangerschaftsabbruch möglich ist, dennoch äußern sie andererseits, dass auch dieser Zugang seine Grenzen aufweist, wie folgend illustriert werden soll:

„Ja, also ich glaub das ist trotz allem einfach wirklich schwierig noch immer ist in Österreich //mhm// und wir können so froh sein in Österreich zu leben und nicht in den USA oder im Iran oder wo auch immer, in Ländern, in denen das nicht möglich ist oder die die Recht immer weiter einschneiden, weil es ja trotz allem in Österreich erlaubt ist eine Abtreibung vorzunehmen und dennoch ist es einfach schwierig //mhm// und auch wenns legal ist bis zu einem gewissen Grad, ist es irgendwie eine schwierige Situation //ja//, ja.“ (I4, Pos. 32)

Die Befragte (I4) äußert ihre Erleichterung, dennoch verweist sie auch darauf, dass, auch wenn die Möglichkeit besteht in Österreich einen Schwangerschaftsabbruch auf legalem Wege durchzuführen, man sich dennoch an gesetzliche Leitlinien halten muss und diese auch einschränkend sein können. Ähnliche Aussagen zeigen sich auch bei der Befragten (I8), die davon spricht, dass es auf der einen Seite kein Recht darstellt, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, jedoch gleichzeitig auf der anderen Seite man diesen dennoch durchführen darf, wenn bestimmte gesetzliche Fristen eingehalten werden. Dabei zeigt sich auch, dass eine Teilnehmerin Bezug zur Regierung nimmt, welche „*konservativer*“ (I10, Pos. 64) geworden ist und dass eine Debatte auf „*Plattformen*“ (I10, Pos. 64.) wie „*Servus TV*“ (I10, Pos. 64) seitens „*radikaler [...] Abtreibungsgegner*“ (I10, Pos. 64) zunehmen, die darüber diskutieren, dass es noch mehr Einschränkungen zur Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich geben sollte. Auch eine andere Teilnehmende streicht heraus, dass es sich aufgrund der medialen Präsenz um ein politisches Thema handelt:

„Aja voll (--) und jetzt was halt in den USA so viel in den Medien war und natürlich ist es dann immer Thema, weil es halt voll politisch ist //mhm// und

eigentlich ist es nur ein Teil von der eigenen Biographie, aber eigentlich ist es so ein Politikum //ja// genau (---).“ (I3, Pos. 84)

Auch wenn die Entscheidung des Schwangerschaftsabbruchs nur einen Teil der Biographie darstellen sollte, verweist die Befragte (I3) darauf, dass dies nicht der Fall ist, weil es sich hierbei um einen Diskurs handelt, der in den Medien viel Präsenz zeigt und thematisiert wird. Neben der medialen Präsenz wird auf die Tabuisierung von Abtreibungen in der Gesellschaft eingegangen. Demnach berichtet eine Interviewte (I8), dass besonders mit älteren Generationen über dieses Thema nicht gesprochen werden kann und wiederholt den Begriff des Kontroversen, wenn es darum geht, wie in Österreich darüber gesprochen wird. Auch hierbei findet, ähnlich zu dem Zitat mit der Gesetzeslage in Österreich (I4, Pos. 32), erneut ein Vergleich statt, dass es in Österreich „[...] noch relativ, relativ offen, im Vergleich zu anderen Ländern [...]“ (I8, Pos. 50) ist, es dennoch ein „kontroverses Thema und ein Tabu gibt“ (I8, Pos. 50). Die Befragte (I10) berichtet über Interaktionen zu Schwangerschaftsabbrüchen mit ihrem sozialen Umfeld, bei dem das Gespräch „ins Stocken“ (I10, Pos. 98) kam und sie daran bemerkte, dass es sich hierbei nicht um eine alltägliche Thematik handelt. Sie schildert das Gefühl, dass es als „kein rein medizinisches Problem“ (I10, Pos. 98) in der Gesellschaft angesehen wird, sondern darüber hinaus thematisiert wird. Die Problematik, welche die Tabuisierung mit sich bringt, sieht eine der Interviewten (I6) darin, dass dadurch wenig Aufklärung stattfindet und aufgrund dessen der Fall eintreten kann, dass eine betroffene Person zu spät realisiert, dass sie schwanger ist. Vor allem wünscht sie (I6) sich, dass das medizinische Personal seine Patient*innen mehr darauf aufmerksam macht, dass bei jeder Verhütungsmethode ein Restrisiko besteht, schwanger werden zu können. Im Allgemeinen stellt es sich als Schwierigkeit heraus, in der Gesellschaft offen über die Thematik sprechen zu können. So beschreibt die Befragte (I2) die Reaktion ihres sozialen Umfeldes, nachdem in ihrer Ortschaft, in welcher sie gewohnt hat, bekannt wurde, dass sie einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hat:

„Weil es ist dann herumgeredet worden, weißt eh, wie das ist in so kleineren Ortschaften. Auf einmal war es nicht mehr Einling, sondern waren es Gemini, waren es Zwillinge, die ich abgetrieben habe. //ja (leicht lachend)// Und es war nicht die neunte oder die zehnte Woche, in der ich abgetrieben habe, //ja// es war auf einmal die 20.“ (I2, Pos. 30)

Anhand von Beispielen veranschaulicht sie, welche Aussagen in ihrem Umfeld getätigt wurden, und sieht dieses Ereignis als vorhersehbar an, da dies typisch für kleinere Ortschaften sei. Das wenige Verständnis, welches von dem sozialen Umfeld für die Situation eingebracht wird, thematisieren einige der Befragten und in weiterer Folge ziehen sie dabei Rückschlüsse auf die Gesellschaft, wie diese mit der Thematik umgeht und äußern viel Wut. So berichtet die Interviewpartnerin (I3) von einer Diskussion mit einer Kollegin, welche die Meinung vertrat, dass die Schwangerschaftsabbrüche nicht als gratis Leistung angeboten werden sollten, weil sonst die Gefahr darin besteht, dass das viele als eine Verhütungsmethode ansehen würden. Daraufhin äußert die Interviewte (I3) ihre Reaktion und Gedanken:

„[...] und dann habe ich halt gesagt //mhm//, dass das eine urban legend ist, das erzählen sich die Leute seit hundert Jahren, aber halt niemand macht das //ja// und da habe ich mir (/) extrem emotional geworden bin //mhm// sehr (---) ja voll emotional gesprochen hab und da merk ich dann schon, dass Leute in meinen Augen Blödsinn drüber reden [...]“ (I3, Pos. 80)

Die Befragte thematisiert dieses Vorurteil, welches ihrer Ansicht nach schon lange in der Gesellschaft herrscht. Dass die meisten Leute die Umstände meistens nicht kennen oder sich nicht genauer danach erkundigen, sodass viele betroffene Personen als „verantwortungslos“ (I5, Pos. 25) betrachtet werden, erörtert die Befragte (I5). Des Weiteren bespricht sie die Problematik, dass sich die Gesellschaft „zu leicht ein Urteil“ (I5, Pos. 23) über ungewollt Schwangere macht, ohne den Gedanken zu verfolgen, dass jede Frau* in so eine Situation kommen kann. Hinzu kommt, dass die Lage der Frauen* und ihre Selbstbestimmung in der Diskussion bei der Thematik nicht gegeben ist und der Fokus mehr auf das Kind gelegt wird. Dabei äußert die Befragte ihre „Wut“ (I5, Pos. 25) und den Appell, dass viele Faktoren bei der Debatte außer Acht gelassen werden. Gleichzeitig stellt sie ihre Position klar, indem sie erläutert, dass sie sich nicht „schuldig“ (I5, Pos. 25) gefühlt hat, als sie die ganze Geschichte ihrem Umfeld erzählt hat, weil sie diese als einen Teil von sich ansieht und das auch seine Daseinsberechtigung hat. Ein anderer Punkt in der Debatte, welche die Befragte (I2) schildert, ist, dass den Frauen*, die eine Abtreibung machen, das Recht genommen wird zu trauern, da sich diese aktiv dafür entschieden haben. Das „Schlimmste“ (I2, Pos. 23) und „Verletzendste“ (I2, Pos. 23), was gegenüber den betroffenen Frauen*

noch gesagt werden kann, ist, wenn geäußert wird, dass es viele andere gibt, die einen Kinderwunsch haben, aber keines bekommen können.

Auch die körperlichen Symptome und die Folgen durch eine Schwangerschaft werden innerhalb der Gesellschaft tabuisiert. Die Befragte (I5) spricht hierbei von den Möglichkeiten, wie bspw. Adoption, die den Betroffenen aufgezeigt werden, damit ein Schwangerschaftsabbruch verhindert wird. Dabei geht sie auf die starken psychischen als auch physischen Einschränkungen und Komplikationen sowie Risiken ein. Sie macht wiederholt auf die „emotionale Belastung“ (I5, Pos. 23) aufmerksam, die für die Frauen* dabei miteinhergehen und äußert ihre Wut, wenn es um die Symptome geht: *„aber keiner redet halt darüber [...], vielleicht hab ich neun Monate wirklich ein komplettes Scheißleben [...]“* (I5, Pos. 23). Diese möglichen psychischen und physischen Herausforderungen für die Schwangere werden bei der Debatte nicht beachtet.

Die Interviewte (I8) geht der Frage nach, weshalb der Diskurs zum Schwangerschaftsabbruch in der Gesellschaft entweder tabuisiert wird oder mit vielen Vorurteilen verbunden ist und kommt zu folgendem Schluss:

„[...] ich hab mich dann schon auch öfter gefragt, wie viel das halt auch dazu beträgt, dass find ich in unserer Gesellschaft so oft halt suggeriert wird: „Das muss halt auch so sein, dass ein Schwangerschaftsabbruch ein super traumatisches Erlebnis und so ist“. [...] dass einem das einfach immer, sei es von der, ahm, von der ‚Pro Life‘-Bewegung oder so (schmunzelt) //ja// so eingeredet wird, ahm, also wenn es einfach nicht so das arge Tabu wäre, vielleicht wärs dann auch gar nicht so und könnte man dann solche belasteten Gedanken auch irgendwie, weiß ich nicht, ahm, (/) hätt man vielleicht gar nicht so stark oder könnte es irgendwie leichter (-) (Pause 1), ahm, leichter nehmen, jo.“ (I8, Pos. 22)

Die Befragte spricht davon, dass Schwangerschaftsabbrüche seitens Gegner*innen als etwas Traumatisches dargestellt werden. Dies müsste ihrer Meinung nach nicht der Fall sein, wenn ein offenerer Umgang zu Schwangerschaftsabbrüchen in der Gesellschaft gegeben wäre und so wiederum die Situation für viele ungewollt Schwangere erleichtert werden würde.

Auch die Rolle der Kirche und deren Pro Life-Bewegungen bei der Debatte wurde innerhalb der Interviews thematisiert. Die Befragte (I3) berichtet, dass sie vor der

Abtreibungsklinik mit Gegner*innen konfrontiert war und äußert dabei ihre Wut und Unbehagen, da diese „*katholischen Fundi*“ (I3, Pos. 18) Flyer verteilt haben, mit dem Inhalt, dass sie für ihre Tat in die „*Hölle*“ (I3, Pos. 18) kommen würde. Sie berichtet auch von einem Erlebnis im Religionsunterricht, bei dem es darum ging, dass ihre Lehrerin davon sprach, dass früher der Schwangerschaftsabbruch Mord genannt wurde und heute dazu Abtreibung gesagt wird, was die Befragte als „*orge gestörte Aussage*“ (I3, Pos. 68) rückblickend empfindet. Des Weiteren spricht sie von „*Angst*“ (I3, Pos. 52) vor Verurteilung, wenn es darum geht, entscheiden zu müssen, mit wem man die Informationen, einen Schwangerschaftsabbruch gemacht zu haben, teilt, vor allem dann, wenn die Person religiös ist. Eine andere spricht von ihrem „*Gewissenskonflikt*“ (I1, Pos. 100) den sie verspürte, als sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführte. Aufgrund dessen stieg sie aus der Kirche aus und lebt „*[...] seither viel freier und besser und glücklicher [...]*“ (I1, Pos. 100). Auch wie man zu Informationen kommt, sei es sich beraten zu lassen oder Kliniken zu suchen, die einen Abbruch vornehmen, berichtet eine der Interviewten (I4), dass sich dies als sehr schwierig herausstellte, da ihr bei der Online-Recherche Webseiten vorgeschlagen wurden, bei denen im ersten Moment nicht klar ersichtlich war, dass es sich hierbei um Internetseiten handelt, die sich gegen Abtreibungen aussprechen. Sie äußert dabei ihre Wut und Unverständnis, dass während der Recherche der Abtreibungskliniken, diese zu wenig transparent sichtbar gemacht werden und es sich als Schwierigkeit herausstellt, sich professionelle Hilfe suchen zu können. Die Befragte (I4) wünscht sich mehr Unterstützung und weniger „*Gegenwind*“ (I4, Pos.40) aus der Gesellschaft, von Abtreibungsgegner*innen oder Organisationen.

Neben dem gesellschaftlichen Kontext soll nun im nächsten Kapitel auf das Empfinden der Befragten zur medizinischen Versorgung eingegangen werden.

7.1.2. Erfahrungen stigmatisierender Behandlung im medizinischen Kontext

Die Befragten erzählen von ihren Erfahrungen mit dem medizinischen Personal. Dabei zeigt sich, dass einige der Interviewpersonen (I1; I2; I3; I4; I6; I7) das medizinische Personal während der Betreuung des Schwangerschaftsabbruchs als wenig emphatisch empfanden. So beschreibt die Interviewte (I7), dass es keinen persönlichen Umgang zwischen den Patientinnen und dem medizinischen Personal gibt, was sie wiederholt als „*komisch*“ (I7, Pos. 40; Pos. 45), „*seltsam*“ (I7, Pos. 45) und „*uncool*“ (I7, Pos. 45) beschreibt. Sie hatte das Gefühl, vom medizinischen

Personal während ihres Schwangerschaftsabbruchs „*allein gelassen*“ (I7, Pos. 45) worden zu sein, was sie nicht nachvollziehen kann. Dabei hatte sie den Eindruck, dass die Hebamme gestresst und genervt war sowie der Betreuung gegenüber ihrer Patientin nicht ausreichend nachging, weil sie keine Unterstützung angeboten hat und der Interviewten das Gefühl gegeben hat, dass sie das nicht als einen Teil ihrer Arbeit sieht. Weshalb es zu diesem Verhalten seitens der Hebamme kommt, soll anhand folgender Textpassage der Interviewten veranschaulicht werden:

„Also, der Ablauf ist so (-) ich glaube, wie sag ich das jetzt, also ich glaube, selbst wenn du professionell bist in diesem Beruf und das jeden Tag machst, aber du hast halt trotzdem eine, eine persönliche Wertevorstellung und Haltung und ich glaub die kannst du nicht ablegen //mhm// und ich finde teilweise merkt man das, ja.“ (I7, Pos. 34)

Dieses Gefühl empfand die Befragte bei der Hebamme, die sie betreute, dass diese gegen Schwangerschaftsabbrüche sei und ihr deshalb nicht ausreichend Betreuung zukommen ließ. Dennoch räumt die Interviewte (I7) ein, dass diese Einstellung nicht so offensichtlich gezeigt werden müsse. Aufgrund der wenigen Betreuung und Unterstützung seitens der Hebamme empfand die Befragte (I7) dies als „*unglaublich schade*“ (I7, Pos. 45) und nahm die Geburt als „*unschön*“ (I7, Pos. 45) wahr. Eine der Befragten (I6) vergleicht die fehlende Empathie mit dem Gefühl, „*eine Nummer*“ (I6, Pos. 92) zu sein und wünscht sich bei dem Gespräch vor dem Schwangerschaftsabbruch „*mehr Verständnis*“ (I6, Pos. 48) und bessere Hilfestellungen, da sie sich schon zuvor viel informiert hatte, aber ihr beim Gespräch nur „*das Einmal-eins*“ (I6, Pos. 48) erklärt wurde, was sie nicht als hilfreich empfand. Der Begriff sich als Patientin wie „*eine Nummer*“ (I4, Pos. 30) zu fühlen, beschreibt auch die Befragte (I4), indem sie von der empfundenen Sichtweise der Ärzt*innen spricht: „*[...] da ist kein Mensch dahinter mit Gefühlen, sondern einfach nur: Das ist ein Körper, den behandeln wir so, ok, mhm, Abtreibung, gut, dann Spirale rein, bla bla [...]*“ (I4, Pos. 30). Dabei schildert sie ihre Angst, die sie nach dem Abbruch empfand, da die Ärzt*innen meinten, dass sie keine Komplikationen danach haben wird, sie jedoch welche hatte und darauf keine Rücksicht genommen wurde. Demnach „*[...] waren sie halt einfach (Pause 2), ja, Ärzte und nicht //mhm// Menschen [...]*“ (I4, Pos. 30). Die fehlende Betreuung beschreibt auch die Befragte (I6), die berichtet, dass sich die Ärzt*innen nicht vorgestellt hätten und ihr gegenüber sehr kühl aufgetreten sind.

So gab es keinen Raum für Fragen und dadurch kam ein Unwohlsein auf, das mit Stress, Angst und Überforderung für die Befragte (I6) einherging. Sie beschreibt das Gefühl „*Man liegt dann auf diesen Tisch [...]*“ (I6, Pos. 18), bei dem es darum ging, wie sie die Situation empfand, kurz bevor sie die Narkose bekam und nicht mehr fähig war etwas von sich zu geben. Den Moment beschreibt sie als „*ur zach*“ (I6, Pos.18) und als ein „*schreckliches Gefühl*“ (I6, Pos. 18), da sie Panik empfand, weil sie sich vorkam, als wäre sie hilflos der Situation ausgesetzt:

„[...] (---) du kommst halt im Grunde in diesen Raum und legst dich hin und mit den Beinen und dann ist da halt so ein Mann und du weißt nicht mal wie der heißt und schon bekommst du irgendwie die Narkose reingespritzt. Also schon (/) es ging halt irgendwie ur schnell und das war halt irgendwie so (--) [schnauft] (---) ja ahm (--). Das hat halt irgendwie schon Angst gemacht beziehungsweise man hat da irgendwie (--) keinen Raum da irgendwie jetzt mehr für Fragen oder was weiß ich gehabt (Pause 6). Ja genau (--).“ (I6, Pos. 86)

Die Interviewte vergleicht die Situation mit einer vorherigen OP-Erfahrung, die sie gemacht hat, bei welcher die Ärzt*innen und Assistenzärzt*innen emphatisch ihr gegenüber waren. Diese Empathie sieht sie darin, dass die medizinische Versorgung mehr gegeben war und auf ihre Fragen eingegangen wurde. Die Betreuung war demnach bei ihrer vorherigen OP persönlicher, als sie es beim Schwangerschaftsabbruch wahrgenommen hat, wofür sie kein Verständnis hat, da es sich gerade bei Letzteren um eine „*intime Sache*“ (I6, Pos. 92) handelt und dementsprechend nicht alles so anonym und kühl ablaufen sollte. Sie erklärt sich die Anonymität des medizinischen Personals dadurch, dass diese vor Gegner*innen geschützt werden, welche auch an diesem Tag vor der Klinik standen. Auch die fehlende Betreuung ihrer Gynäkologin bekrittelt die Befragte, zu welcher sie sowohl vor als auch nach dem Eingriff nicht gehen wollte, weil diese sich gegen Abtreibungen ausspricht und sich die Betroffene deshalb nicht „*verurteilen*“ (I6, Pos. 196) lassen wollte und „*geschämt*“ (I6, Pos. 190) hat. Keinen Raum für Fragen bei Ärzt*innen zu haben, beschreibt auch die Interviewte (I10). Vor allem im „*gynäkologischen Bereich*“ (I10, Pos. 142) ist es der Befragten „*negativ aufgefallen*“ (I10, Pos. 142), dass es sich als Schwierigkeit herausstellt, einen Termin zu bekommen und, dass sich für die Untersuchung sehr wenig Zeit genommen wird. Drei Interviewpartnerinnen (I4; I7; I12) besprechen auch das Gefühl des Unwohlseins, als sie „*[...] zwischen allen anderen*

Schwangeren [...]“ (I12, Pos.62) im Krankenhaus oder in der Praxis im Wartebereich gesessen sind und darauf gewartet haben, dass sie untersucht werden. Eine der Befragten beschreibt sich als „Hochstaplerin“ (I4, Pos. 20), da sie sich einerseits als eine schwangere Person gesehen hat, aber andererseits auch nicht zu dieser Gruppe dazugehörig gefühlt hat, da sie bei der Schwangerschaft noch nicht weit fortgeschritten war und sich gegen das Fortführen entschieden hat. Alle Befragten (I4; I7, I12) äußern ihren Unmut und Wunsch, dass es hierbei räumliche Trennungen geben sollte.

Ein anderer Vergleich, der gemacht wurde, um die wenig emphatische Betreuung des medizinischen Personals zu beschreiben, war das der „*Fließbandarbeit*“ (I3, Pos. 18), da eine Patientin nach der nächsten aufgerufen sowie sich wenig Zeit genommen wurde, alles sehr schnell ablief und die Ärzt*innen sich nicht vorstellten. Ähnliche Beschreibungen finden sich bei einer anderen Befragten, welche die medizinische Betreuung vor allem in Krankenhäusern als „*Laufbandarbeit*“ (I2, Pos. 74) beschreibt, bei dem das medizinische Personal einem hohen Druck ausgesetzt ist und der Bezug zu den einzelnen Patient*innen dadurch nicht mehr gegeben ist und alles „*zack, zack, zack, zack*“ (I2, 74) gehen muss. Dabei stellt die Interviewte die Vermutung auf, dass das medizinische Personal mit der Zeit „*abgestumpft*“ (I2, Pos. 70) reagiert, weil sie Abtreibungen tagtäglich durchführen, und vergleicht dies anhand von „*ein tägliches Brot*“ (I2, Pos. 70). Auch andere Begriffe wurden für die Beschreibung des Eingriffes verwendet, wie, dass eine der Befragten sich vorkam wie bei einer „*Massenabfertigung*“ (I4, Pos. 18) und dass es für sie eine „*surreale Erfahrung*“ (I4, Pos. 18) war und zieht einen Vergleich mit dem Eingriff eines „*Darmspiegelungstermins*“ (I4, Pos. 18), bei welchem alles wie nach Vorschrift abläuft:

„[...] gehst du halt hin und sie klären dich auf und du unterschreibst das und (-) (Pause 2) dann klären sie dich über die Narkose auf und dann, äh, ja, wirst du da halt reingebracht und liegst auf dieser Liege und dann kommt der Anästhesist und du schläfst und dann nachher bist du in diesem Warteraum und, ähm, niemand fragt dich irgendwie wies dir geht, ob alles ok ist oder so [...]“ (I4, Pos. 18).

Die Befragte schildert wiederholt, dass sie dies als „*schirche Erfahrung*“ (I4, Pos. 18) erlebte und es sich bei einem medizinischen Eingriff, wenngleich welcher Art, um etwas „*sehr Emotionales*“ (I4, Pos. 18) für die betroffene Person handeln kann und hierbei aber zu wenig auf die Patientinnen eingegangen wird. Eine weitere Erfahrung, welche

die Interviewte teilt, ist, als ihr im Wartebereich im Labor vor anderen Patient*innen von einem Mitarbeiter freudig verkündet wurde, dass sie schwanger sei. Sie verbindet die Situation mit viel Wut und als „übergriffig“ (I4, Pos. 20) und vergleicht hierbei die medizinische Betreuung „[...] als würd ich mit Maschinen zutun haben [...]“ (I4, Pos. 18), wenn es darum geht, dass keine Rückfragen gestellt werden, wie es der betroffenen Person mit diesen Neuigkeiten geht und wie ihre persönlichen Umstände sind, ob sie die Schwangerschaft fortsetzen möchte oder nicht. Sie verwendet später erneut den Begriff der „Maschinenärzte [...], die waren einfach nur so gedrillt auf dieses Medizinische“ (I4, Pos. 52), um das routinierte Vorgehen in der Praxis, bei welcher sie den Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hat, zu beschreiben. Eine ähnliche Situation hatte eine der Befragten (I3), als ihr das Ultraschallbild nach dem Schwangerschaftsabbruch gezeigt wurde und sie nachfragte, ob es sich hierbei um das Kind handelt und die Krankenpflegerin entgegnete „das war das Kind“ (I3, Pos. 18), was die Befragte als eine „absurde Situation“ (I3, Pos. 18) sowie „extrem unpassend in einer Abtreibungsklinik [...] komische Aussage [...] unsensible Aussage [...] unprofessionell“ (I3, Pos. 38) beschrieb. Dabei erklärt sie, dass sie mit der Situation im Nachhinein gut umgehen kann, weil die Entscheidung abzutreiben für sie in Ordnung war, aber dass für andere Betroffene, die „[...] mit der Entscheidung nicht so im Reinen sind [...]“ (I3, Pos. 38), es eine unangenehme Erfahrung darstellen könnte. Eine ungute Erfahrung mit ihrer Gynäkologin beschreibt die Befragte (I9), welche die Aussage dieser wiedergibt und ihre Gefühle, die sie dabei verspürte:

„Ich helfe Menschen nicht, ähm, Kinder abzutreiben, ich bringe neue Leben, äh, ich bringe neue Leben auf die Welt.“ //mhm// Sowas, //mhm// so die Aussage. Und sie hat es so gesagt, (-) mit so einem Gesicht und mit so einem Ton. Like. Sie hat mich komplett verurteilt dafür, dass ich das mache. //mhm// Komplett. //mhm// Und, was kannst du dann noch sagen?? //ja// So, es war klar, ich helfe dir nicht, ich gebe dir keine Tipps, ich gebe dir keine Infos. Mir ist es egal wie du es machst, du kannst es, keine Ahnung, (---) wo du magst es machen, wie auch immer“ (I9, Pos. 14).

Sie erhoffte sich Informationen, wo sie den Schwangerschaftsabbruch durchführen kann, bekam jedoch keine und beschrieb diese Aussage der Ärztin als „unprofessionell“ (I9, Pos. 14) und äußert ihre Wut, Überforderung und Trauer, indem sie beschreibt, dass dieser Termin ihr „nichts gegeben“ (I9, Pos. 14) hat, ihr „schlechtes

Gewissen“ (I9, Pos. 14), welches sie verspürte, intensiviert hat, sie sich *„persönlich angegriffen gefühlt“* (I9, Pos. 14) hat und sie sehr *„emotional“* (I9, Pos. 14) war und weinen musste. Des Weiteren hat sie viel *„Hass“* (I9, Pos. 32) auf die Gynäkologin verspürt und kein Verständnis empfunden, da es ihrer Meinung nach genauso zum Beruf dieser zählt, auch bei ungewollten Schwangerschaften ihre Patientinnen zu beraten. Bei dem Nachkontrolltermin berichtete die Befragte, dass sie eine Gynäkologin hatte, die *„professionell“* (I9, Pos.14) agierte, indem sie *„neutral“* (I9, Pos.14) ihr gegenüber geblieben ist und die Befragte nicht das Gefühl verspürte, *„eine schlechte Entscheidung“* (I9, Pos.14) getroffen zu haben und als eine *„Sünderin“* (I9, Pos. 14) angesehen zu werden. Das Gefühl zu haben *„gejudged“* (I11, Pos. 39) zu werden oder *„das tut man nicht“* (I11, Pos. 39) findet sich auch bei der Beschreibung der Interviewten (I11), die ihre Erleichterung äußert, während ihres Krankenhausaufenthaltes seitens des medizinischen Personals dieses Gefühl nicht vermittelt bekommen zu haben. Das Thema der Professionalität seitens der Ärzt*innen ihren Patient*innen gegenüber, merkt auch die Befragte (I5) an und beschreibt dieses als Ideal, wenn Empathie sowie Aufklärung gegeben sind. Dabei vergessen oft die Ärzt*innen, dass eine Person vor ihnen sitzt, die mit der Situation *„überfordert“* (I5, Pos. 73) ist und sich erhofft, *„professionell gut begleitet“* (I5, Pos. 73) zu werden. Das Gefühl von Überforderung beschreibt die Interviewte (I12), als der Gynökologe den Abbruch durchführte und betitelt diesen als *„Angstarzt“* (I12, Pos. 80). Sein Verhalten und seine Kommunikation empfand sie als *„kalt“* (I12, Pos. 60) und *„uneinfühlsam“* (I12, Pos. 80). Dabei hatte sie das Gefühl, *„machtlos“* (I12, Pos. 62) und der *„Situation total ausgeliefert“* (I12, Pos. 62) zu sein, weil man als Patient*in *„nicht kontrollieren“* (I12, Pos. 62) kann, welche Ärzt*innen, Hebammen oder Krankenpfleger*innen im Dienst sind. Auch die Befragte (I4) schildert den Krankenhausaufenthalt nach dem Schwangerschaftsabbruch als Gefühl *„hilflos“* (I4, Pos. 54) und *„orientierungslos“* (I4, Pos. 54) zu sein, was für sie in weiterer Folge *„traumatisierend“* (I4, Pos. 54) war und sie auch längere Zeit danach mit *„Panikattacken“* (I4, Pos. 54) zu kämpfen hatte, da sie die Betreuung des medizinischen Personals als unzureichend empfand. Das Gefühl der Angst beschreibt auch die Befragte (I10), als es darum ging, dass das Erhalten des Medikaments im Krankenhaus, um einen medikamentösen Abbruch durchzuführen, sich als ein *„furchtbar schrecklicher, langwieriger Prozess“* (I10, Pos. 32) herausstellte. Demnach musste sie mehrere Stunden im Krankenhaus verbringen, weil sich *„fünfzehn Ärzte“* (I10, Pos. 32) vergewissern mussten, ob es sich hierbei um

eine Fehlgeburt handelt, damit es „[...] auf jeden Fall ja keine Abtreibung ist [...]“ (I10, Pos. 32), was sie als sehr „unangenehm“ (I10, Pos. 108) und „gestresst“ (I10, Pos. 108) empfand. Dabei hätte das medizinische Personal ihr „[...] wahnsinnig viel Angst gemacht, was alles passieren kann, wenn man dieses Medikament nimmt //mhm// und mich auch drauf hingewiesen, wie privilegiert ich bin, dass sie mir das überhaupt geben, weil das so teuer ist [...]“ (I10, Pos. 130). Des Weiteren wurde ihr vermittelt, dass bei ihr ein medikamentöser Eingriff nicht nötig wäre und es noch andere Methoden geben würde, wodurch die Befragte ein „schlechtes Gewissen“ (I10, Pos. 130) empfand. Zudem berichtet die Befragte (I10) von ihrer Gynäkologin, welche „weniger sensibel“ (I10, Pos. 102) ihr gegenüber reagiert habe, da sich die Befragte zu dem Zeitpunkt, bevor festgestellt wurde, dass es sich bei ihr um eine Fehlgeburt handelt, nicht sicher war, ob sie die Schwangerschaft fortführen möchte oder nicht. Sie beschreibt die Erfahrung als „schwierig“ (I10, Pos. 102) und das Gefühl von ihrer Gynäkologin vermittelt bekommen zu haben „[...] dass das keine große emotionale Sache [...]“ (I10, Pos. 102) für die Interviewte gewesen wäre, da sie ohnehin die Schwangerschaft nicht wirklich wollte. Die Befragte (I3) thematisiert die allgemeine Problematik, dass beim Erzählen des Schwangerschaftsabbruchs gegenüber Ärzt*innen oder im speziellen Gynäkolog*innen, es sich als „unangenehm“ (I3, Pos. 56) herausstellen kann, da man nicht als betroffene Person weiß, welche Reaktion das Gegenüber darauf zeigt. Dabei beschreibt sie eine Situation mit ihrer Gynäkologin, welche „voll babybegeistert“ (I3, Pos. 56) sei, dass die Befragte sich zum Teil „ein bisschen paranoid“ (I3, Ps. 56) fühlte, dass „ein Vorwurf“ (I3, Pos. 56) folgen könnte. Demnach wird der Wunsch der Interviewpartnerinnen geäußert, dass der Eingriff „komplett wertfrei“ (I12, Pos. 80) und ohne „Traumatisierung“ (I1, Pos. 116) seitens der Ärzt*innen durchgeführt werden sollte und es keine Rolle spielen sollte, in welcher Schwangerschaftswoche sich die Betroffene gerade befindet. Darüber hinaus sollten die Schmerzen der Patientinnen ernst genommen und sie dementsprechend gut versorgt und unterstützt werden.

Zu guter Letzt wird folgend auf das Stigma-Management der Befragten eingegangen, welches auch innerhalb der Interviews eine wichtige Rolle gespielt hat.

7.1.3. Stigma-Management

Innerhalb der Interviews zeigt sich, dass das Gefühl der Scham ein großes Thema für alle Interviewpartnerinnen darstellte. In diesem Fall berichten die Befragten, wie sie sich zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs gefühlt haben und wie sie nun der Thematik gegenüberstehen. Besonders oft wird das Gefühl besprochen, mit niemandem darüber reden zu können, weil die Befragten ein „Schamgefühl“ (I4, Pos. 18; I5, Pos. 29; I6, Pos. 18; I7, Pos. 85; I10, Pos. 100) als auch ein „Schuldgefühl“ (I5, Pos. 69; I6, Pos. 18; I9, Pos. 76) verspürten, wie anhand eines Interviewausschnittes zu sehen ist:

„[...] ich hab mich damals, ich weiß nicht mehr warum, aber auch nicht geöffnet anderen Freundinnen //mhm//, also ich habs eigentlich niemandem erzählt, ich hab mich (-) (Pause 1) (/) ich glaub ich hab mich sehr geschämt dafür und hab wirklich Angst gehabt, das irgendwem zu erzählen, ähm, also rückblickend (-) (Pause 1) würd ich das (//) also ich glaub, da hat sich meine Meinung sehr geändert, aber damals //mhm// war ich wirklich einfach, war das für mich so total schambehaftet und ich kann das niemandem erzählen und, ähm, hab irgendwie so mit mir selber halt gekämpft wochenlang [...]“ (I4, Pos. 18).

Die Interviewte (I4) spricht hierbei auch von dem Gefühl der Angst, welches sie dazumal verspürte, es niemandem erzählen zu können und gleichzeitig nimmt sie zur zeitlichen Komponente Bezug, indem sie beschreibt, dass sich ihre Sichtweise verändert hat und sie die Situation anders handhaben würde. Im Zuge dessen führt sie einen Vergleich eines „*rausgesprungenen Kniegelenks*“ (I4, Pos. 34) an, welches leichter bezüglich Krankenstandes argumentierbar ist, als es bei einem Schwangerschaftsabbruch wäre, da ersteres mehr akzeptiert wird und weniger „*schambehaftet oder persönlich*“ (I4, Pos. 34) ist. Demnach empfindet die Interviewte, wenn es in der Gesellschaft um Themen zum „*Unterleib*“ (I4, Pos. 36) bei Frauen* geht, sei es „*[...] die Periode, ein Pilz oder ein unangenehmer Ausfluss [...]*“ (I4, Pos. 36), diese schambehaftet behandelt werden. Eine ähnliche Aussage findet sich bei der Befragten (I10), dass alles, was mit den „*weiblichen Reproduktionsorganen*“ (I10, Pos. 100) zu tun hat, tabuisiert behandelt werde. Ähnliche Äußerungen finden sich auch bei der Befragten (I6), welche die Problematik bespricht, dass bspw. bei einem gebrochenen Bein leichter das Umfeld um Rat gebeten werden kann, wenn es darum geht, eine Empfehlung für eine*n Ärzt*in zu bekommen. Wird dies auf die Versorgung

vor, während als auch nach einem Schwangerschaftsabbruch umgelegt, ist dies nach der Befragten (I6) nicht der Fall. Dafür, dass es mehr Unterstützung für ungewollt Schwangere geben sollte und die Hilfestellungen niederschwelliger angesetzt werden sollten, sei es bspw. durch ausreichende medizinische Versorgung, finanzielle Hilfen oder Beratungsgespräche von Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen, spricht sich die Befragte (I3) aus. Dennoch sieht sie diese Möglichkeiten gleichzeitig als „Utopie“ (I3, Pos. 72) an, *„[...] dass man einfach ins Krankenhaus //mhm// gehen kann und sagen kann, he ich bin da, könnt ihr bitte eine Untersuchung machen und sagen wann ich das machen kann“ [...]* (I3, Pos. 72). Hierbei geht sie darauf ein, dass es von Vorteil wäre, wenn ungewollt Schwangere in Krankenhäusern ausreichend unterstützt werden könnten.

Es zeigt sich, dass auch innerhalb der Interviews die Befragten viel über ihre Entscheidung, einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt zu haben, sprechen und beziehen sich dabei auch darauf, wie sie nun der Thematik gegenüberstehen. So beschreibt einer der Befragten (I5), dass es für sie ein „Herzensthema“ (I5, Pos. 29) geworden ist und ihre Erfahrung keine individuelle ist, sondern eine, die jede Frau* treffen kann. Sie kann demnach mehr denn je zu ihrer Entscheidung stehen, abgetrieben zu haben und ihren Standpunkt vertreten, wie anhand folgenden Ausschnitts veranschaulicht werden soll:

„Es ist voll schwierig zu beschreiben, aber, ah, wenn wer so ein bissl blöd redet, oder wenn man so in Runden hockt und, ahm, ja, dann, es sind leider wirklich auch oft Männer muss man sagen, ahm, meinen, sie können sich da jetzt irgendwie ein Urteil bilden, ahm, und man dann einfach sagen kann: ‚Ja, Stop. So ist das nicht und mir ist so und so gegangen‘, so wie verwundert die Leute sind und wie klein sie dann werden [...]“ (I5, Pos. 29).

Sie beschreibt hierbei auch das Gefühl, keine Scham und kein Schuldgefühl mehr zu empfinden, sondern einen „Triumph“ (I5, Pos. 29) verspürt, ihre Meinung kommunizieren zu können. Sie verfolgt dabei nicht das Ziel, das Gegenüber vom Gegenteil zu überzeugen, sondern durch ihre Geschichte zum Nachdenken anzuregen. Des Weiteren sollten ihrer Meinung nach ungewollt Schwangere, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, nicht als „Biest“ (I5, Pos. 29) angesehen werden, sondern ihre Entscheidung akzeptiert werden. Das Gefühl sich rechtfertigen zu müssen, weshalb sich gegen das Fortführen einer Schwangerschaft entschieden

wird, thematisiert die Befragte (I12). Demnach kann die Befragte (I12) nicht nachvollziehen, weshalb ihre alleinige Entscheidung abtreiben zu wollen nicht ausreichte und sie das Gefühl hatte, sich gegenüber ihrem Umfeld rechtfertigen zu müssen: *„Es ist mein Körper, es ist mein Kind und ich darf das entscheiden [...]“* (I12, Pos. 70). Es geht hierbei um ihren Körper und deshalb sollte es nicht zur Debatte stehen, weshalb sie sich gegen die Schwangerschaft entscheidet. Bei der Entscheidungsfindung tauchte auch bei einigen der Befragten eine Ambivalenz auf, da sie einerseits durch ihr Umfeld verunsichert wurden oder andererseits selbst mit *„Werten“* (I9, Pos. 76) zu kämpfen hatten. So beschreiben etwa die Befragten (I4; I9), dass sie sich Vorwürfe machen, dass sie in so eine Situation gekommen sind, dennoch ihr derzeitiges Leben mit Kind nicht möglich gewesen wäre. Einige der Befragten nahmen auch psychotherapeutische Beratung in Anspruch, um mit dem Geschehenen und der Ambivalenz, die sie verspürten, besser umgehen zu können. Die Interviewpartnerin (I2) berichtet davon, was sie aus der Therapie mitgenommen hat: *„‘Du darfst dir nicht denken, dass es schlecht ist‘. //mhm// Man darf ambivalent sein, man darf verschiedene Gefühle dazu haben. Aber es sagt dir halt niemand. //mhm// (--) Ja, und das hat mir dann schon da rausgeholfen, muss ich sagen.“* (I2, Pos. 23). Auch die Befragte (I11) spricht davon, dass sie durch die Therapie lernte, besser zu ihrer Entscheidung stehen zu können und es nicht mehr als einen *„Fehler“* (I11, Pos. 39) ansieht. Dabei erzählt auch eine der Befragten (I7), dass sie durch Therapie erkannt hat, dass sie nicht allein die *„Schuld“* (I7, Pos. 133) und die *„Verantwortung“* (I7, Pos. 133) trägt, sondern, dass jede*r im System, sei es Ärzt*innen, Krankenschwestern oder Hebammen mit verantwortlich sind. Demnach würde es die Möglichkeit eines Schwangerschaftsabbruches nicht in dieser Form geben, wenn es *„unerlaubt, verboten und unmoralisch“* (I7, Pos. 133) wäre. Einen weiteren Zugang, um mit der Thematik umzugehen, beschreibt eine der Befragten (I7), die sich die Frage stellt, ab wann von einem Leben gesprochen wird. Sie interpretiert den Schwangerschaftsabbruch nicht als Mord, sondern als einen Zellhaufen, dem nicht die Möglichkeit gegeben wurde, weiter zu wachsen. Gleichzeitig spricht sie, dass es sich hierbei um eine ethische Diskussion handelt, ihr diese Gedankengänge und Zugang dennoch bei dem Entscheidungs- und Verarbeitungsprozess geholfen haben.

Des Weiteren sprechen sich die Interviewpartnerinnen im Allgemeinen für einen offeneren Umgang zu der Thematik aus. Sie berichten davon, dass es eine Erleichterung darstellt, nun offener darüber sprechen zu können. So berichtet die

Befragte (I8), dass sie das Erlebte nicht als etwas „*Trauriges, was passiert ist*“ (I8, Pos. 24) ansieht, sondern darüber neutral mit ihrem Umfeld spricht. Auch eine andere Befragte (I7) spricht sich für eine offene Kommunikation aus und bespricht die Problematik, die es mit sich bringt, wenn dies nicht möglich ist:

„Also, ich machs ja, ich, ich lass ja dann zu, dass das sowas Schlimmes ist, dass ich gar nicht drüber reden kann, das machts für mich so schlimm und unerträglich und das will ich auch für mich nicht. Also, für mich lässt das nur meine Schuld wachsen, wenn ich nicht drüber rede [...]“ (I7, Pos. 85).

Diesen offenen Umgang beschreiben einige der Befragten (I1; I7; I12) als eine Erleichterung. Umso freier darüber gesprochen werden kann, desto weniger Schuldgefühle empfinden die Befragten.

Nachdem in den vorherigen Kapiteln die Ergebnisse der biographisch narrativen Interviews dargestellt wurden, werden nun die Ergebnisse des ORFs vorgestellt.

7.2. Überblick und Einordnung: thematische Schwerpunkte der ZIB im Jahresvergleich

Die Themenschwerpunkte des ORFs zu Schwangerschaftsabbrüchen zeigen sich über die Jahre hinweg weitgehend konstant. Im Jahr 2022 kam es zu einem großen Ereignis in den USA, bei dem es um einen Urteilsentwurf des Supreme-Courts zu Einschränkungen des Abtreibungsrechts ging (a_14). Diese Restriktionen werden auch in den zwei darauffolgenden Jahren thematisiert, in Hinblick darauf, dass Abtreibungen nur mehr in bestimmten Bundesstaaten möglich sind und es in Folge zu einer Überlastung des Spitals kommt (a_36; a_41; a_46; a_48). Des Weiteren schaffen die Niederlande die Bedenkzeit bei Abtreibungen ab (a_16) und der UNO-Bericht legt nahe, dass ein Großteil der ungewollten Schwangerschaften aus der „[...] *Benachteiligung der Frauen, Armut, sexueller Gewalt sowie mangelndem Zugang zu Verhütungsmitteln* [...]“ (a_13) resultieren. In Bezug zu Österreich sind bei den Überschriften Titel wie „*Thema Abtreibung scheidet die Geister*“ (a_21) oder „*Weiter tiefe Gräben beim Thema Abtreibung*“ zu finden, in denen es darum geht, dass Schwangerschaftsabbrüche ein breit diskutiertes Thema sind und der Zugang zur Versorgung nicht ausreichend gegeben ist (a_15; a_19; a_22). Der Mangel bzw. die Möglichkeit, Schwangerschaftsabbrüche in Österreich durchzuführen, wird auch die zwei darauffolgenden Jahre diskutiert und im Zuge dessen wird auf die wenigen Anlaufstellen in den Bundesländern aufmerksam gemacht (a_26; a_30; a_31; a_32;

a_35; a_42; a_45; a_53; a_56; a_58). Der Wunsch, anonyme Daten in Österreich zu sammeln, um so Abbrüchen vorzubeugen bzw. bessere Alternativen aufzuzeigen, ist besonders im Jahr 2023 dominant (a_25; a_27; a_37; a_39) und zugleich wird die Fristenlösung im Jahr 2023 50 Jahre alt (a_40). Es zeigt sich, dass die Argumentationen der ÖVP zu der Thematik in den ORF-Beiträgen sich mit denen der Kirche ähneln. So spricht der Politologe Peter Filzmaier davon, dass in Österreich der Staat und die Kirche getrennt seien, dennoch die ÖVP eine christlich-soziale Ausrichtung aufweist und die Kirche einen großen Stellenwert in der Partei einnimmt (a_26). Zuletzt gab es 2024 strengere Auflagen in Polen und mehr Einschränkungen bei Abtreibungen (a_43; a_49; a_54; a_62). Einen großen Raum im Diskurs, besonders in Österreich, nehmen die kirchlichen Instanzen und die daraus resultierenden Organisationen über die drei Jahre hinweg ein (a_18; b_7; a_20; a_21; a_23; a_25; a_27; a_29; a_30; a_33; a_34; a_35; a_38; a_39; a_40; b_14; a_42; a_47; a_50; a_51).

7.2.1. Vier zentrale Kernthemen

Bei der Sichtung der ORF-Beiträge sind vier zentrale Themen in den Jahren 2022 bis 2024 besonders aufgefallen. Diese vier Themenblöcke werden auch in Verbindung zueinander in den medialen Berichterstattungen behandelt und können nicht trennscharf voneinander verstanden werden. Auf diese vier Themenblöcke soll nun nachfolgend genauer eingegangen werden. Der Großteil der Ergebnisse bezieht sich dabei auf Österreich, dennoch werden auch andere Länder miteinbezogen (siehe Kap. 5.3.4.).

7.2.1.1. Geschlecht im diskursiven Kontext

Der UNO-Bevölkerungsfond veröffentlichte 2022 einen Bericht zu der weltweiten Lage von ungewollt Schwangeren. Die UNFPA-Direktorin Natalia Kanem spricht hierbei von „*Stigma*“ (a_13), wenn es um die Dunkelziffer von Frauen geht, die einen sexuellen Übergriff erlebt haben. *„Studien zufolge erleben mehr als 20 Prozent der vertriebenen Frauen weltweit sexuelle Gewalt. Kanem warnte, dass die Zahlen wegen des mit der Gewalt verbundenen sozialen ‚Stigmas‘ vermutlich zu niedrig angesetzt sind“* (a_13).

Wenn es um die Rechte für Frauen zu Schwangerschaftsabbrüchen geht, ist zu sehen, dass die USA eines der Länder ist, welches sehr restriktiv vorgeht und stark in die Selbstbestimmung der Frauen* einschneidet. Der oberste Gerichtshof in Mexiko spricht hierbei von einem *„Akt der Gewalt und einer Diskriminierung aufgrund des*

Geschlechts“ [...]“ (a_36). Ähnlich sieht das die polnische Ministerin für Gleichstellung Katarzyna Kotula, welche über die Situation in Polen spricht, bei dem der Staatspräsident Andrzej Duda viel Mitspracherecht hat, wenn es um die Rechte von Frauen geht. Demnach soll ein Referendum über Menschenrechte stattfinden und die Ministerin äußert hierbei, „Männer würden so wieder über den Körper von Frauen entscheiden [...]“ (a_62). Kotula geht in ihren Ausführungen auf den „Populismus“ (a_62) ein, welcher immer mehr in Europa Eingang findet und das Problem mit den Einschränkungen zu Schwangerschaftsabbrüchen nicht nur Polen betrifft, sondern ein weltweites Problem darstellt, indem sie auf das Weltgeschehen eingeht:*

„[...] Und immer, wenn autoritäre Kräfte an die Macht kommen, sind die Rechte von Frauen und Minderheiten die ersten, die eingeschränkt werden. Das passiert schleichend und Schritt für Schritt. Es ist so, als würde man einen Frosch langsam kochen. Der spürt erst, dass er gekocht wird, wenn es schon zu spät ist“ (a_62).

Die Selbstbestimmung der Frauen* über ihren Körper thematisiert auch die Landesfrauenvorsitzende Selma Yildirim der SPÖ in Österreich.

„Frauen bestimmen selbst über ihren Körper, sie treffen ihre Entscheidungen und nehmen ihre Gesundheit in die Hand. Ein sicherer Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen und kostenlose Verhütungsmittel, das sollte im Jahr 2024 selbstverständlich sein. Andere Länder machen es längst vor“ (a_58).

Sie bezieht sich bei der Selbstbestimmung auf die sichere medizinische Versorgungslage sowie auf den freien Zugang und zieht dabei auch die zeitliche Komponente heran als auch den Verweis auf andere Länder, die bei der Versorgung besser als Österreich aufgestellt sind. Im Gegensatz dazu verweisen Bischöfe auf eine „Fiktion“ (a_39), wenn es darum geht, dass es bei der Thematik um die Selbstbestimmung von Frauen* geht, da diese zu einer Abtreibung gedrängt würden. Demnach würde es zu einer „Verletzung der eigenen Überzeugungen“ (a_39) kommen und Frauen* würden „nach dem gewaltsamen Verlust ihres Kindes still leiden“ (a_39), bei dem jedoch das Leid oftmals „tabuisiert“ (a_39) wird.

Allgemein ist zu erkennen, dass innerhalb der Berichterstattungen die ungewollt schwangeren Personen mit (betroffene, schwangere) Frauen oder in vereinzelt Fällen als Schwangere oder Betroffene adressiert werden.

7.2.1.2. Normative Rahmung

Der Bezug zum „Menschenrecht“ (a_47; a_50) und dass alle das „Recht auf Leben“ (a_47; a_50) haben, wird seitens der Bischöfe und Päpste sowie allen Organisationen, die der Kirche angehören, bei den Berichterstattungen oft mit *„ungeborene Kinder“* (a_47) als *„Schutzbedürftige“* (a_47) in Zusammenhang gestellt. Des Weiteren wird auch ein Vergleich angestellt, dass unter *„Schutzbedürftige“* (a_47) nicht nur ungeborene Kinder zu verstehen sind, sondern auch *„Migrant*innen, alte Menschen, Personen mit Behinderungen und Kranke“* (a_47) hineinfallen. Insbesondere zeigt sich, dass sich der Begriff des ungeborenen Kindes bei allen Berichterstattungen seitens der christlichen Glaubensgemeinschaft durchzieht. Demnach werden Schwangerschaftsabbrüche mit folgenden Meinungen geäußert, dass *„das ungeborene Kind überhaupt kein Träger von Menschenwürde sei“* (a_51) und diesem *„lediglich ein abgestufter Lebensschutz zukomme“* (a_51) und einen *„besonderen Schutz müssten dabei immer die Schwächsten der Gesellschaft bekommen“* (a_18). Sie plädieren dabei auf die *„Unantastbarkeit jedes individuellen menschlichen Lebens“* (a) und zitieren aus einer *„Vatikan-Erklärung ‚Dignitas infinita‘, nach der der Mensch in jeder Situation und Entwicklungsphase seine Daseinsberechtigung in sich selbst trage“* (a_47). Wenn diese *„Überzeugung“* (a_47) nicht mehr eingehalten wird, würden damit die Menschenrechte verletzt werden und die *„zufälligen Nützlichkeiten der jeweiligen Machthaber unterworfen“* (a_47) sein. Infolgedessen üben sie Kritik an der Europäischen Union (EU) aus, indem sie deren Entscheidungen, nämlich ein allgemeines Recht auf Abtreibungen zu gewähren, darstellen, dass es sich hierbei um eine *„ideologische Position“* (a_47) seitens der EU handelt und diese aufgrund ihrer Handlung dem Individuum *„Sexualität und Gender, Ehe und Familie und so weiter aufzwingen“* (a_47) würden. Nach der römischen Glaubensbehörde ist es nicht die Aufgabe der EU, den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen zu fördern und zu erleichtern sowie vertreten sie die Meinung, dass damit eine *„entgegengesetzte Richtung“* (a_47) eingeschlagen würde und die Rechte der Frauen* damit nicht gefördert würden.

Ähnliche Äußerungen und Zugänge finden sich auch bei der Entscheidung der Richter*innen beim Supreme Court, welche die Gesetze bei Schwangerschaftsabbrüchen weitgehend einschränken. Der Richter Samuel Alito bezieht sich in seinen Argumentationen auf die Moral und den Glauben, bei welchem es sich bei Abtreibungen um eine *„tiefgreifende moralische Frage“* (a_14) handelt und,

dass durch das Handeln der Richter*innen, nämlich der Beschluss strengerer gesetzlicher Auflagen, es einen „Gewinn für das Leben“ (a_17) darstellt sowie es auch „eine Entscheidung Gottes“ (a_17) impliziert. Auch der republikanische Senator Tom Cotton spricht davon, dass er „bete“ (a_14), dass „das ungeborene Leben“ geschützt wird (a_14). Hierbei fanden auch viele Demonstrationen von Abtreibungsgegner*innen mit Aufschriften wie „Die Zukunft ist gegen Abtreibung“ (a_17) und „Zerstückelt Roe“ (a_17) statt. Mit Roe beziehen sich die Demonstrant*innen auf ein Gesetzesurteil Roe v. Wade im Jahr 1973 in den USA, bei welchen die US-Bundesstaaten Abtreibungen nicht verbieten dürfen. Durch die strengeren Auflagen des US-Gerichts, dass die Bundesstaaten nun wieder individuell entscheiden dürfen, wie sie die gesetzliche Lage gegenüber Abtreibungen regeln, äußert sich der Vatikan mit „lobt die Entscheidung“ (a_17) und spricht hierbei die ganze Weltbevölkerung an und „fordere die ganze Welt heraus, über Fragen des Lebens nachzudenken“ (a_17). Auch hier findet sich wieder, bei der Stellungnahme, der Begriff des Schutzes im Zusammenhang mit dem Leben und dass Schwangerschaftsabbrüche im Allgemeinen kein individuelles Recht darstellen sollten.

Papst Franziskus zieht bei seinen Erläuterungen zu Abtreibungen Parallelen zum Mord und zum Krieg. So berichtet die ZIB von Statements, bei welchem er Schwangerschaftsabbrüche mit dem „Anheuern eines Auftragsmörders“ (b_7), „Massaker an Unschuldigen“ (b_14) und „Abtreibungen seien ähnlich dem Leid von Kindern im Krieg“ (b_14) vergleicht.

Bei den Berichterstattungen in Österreich wird ein Fall diskutiert, bei welchem eine Frau im Landeskrankenhaus Bregenz aufgrund von ethischen Gründen abgewiesen wurde (a_56). Der Leiter der Gynäkologie Michael Rohde spricht hierbei von einer „unglücklichen Formulierung“ (a_56) und begründet dies als „absurd“, da sie sehr wohl Abbrüche durchführen und dieses Ereignis keinen Sinn mache, da sie keine „ethische Bedenken hätten“ (a_56). Die „zutiefst ethische Dimension“ (a_27; a_34) im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen findet sich auch bei der Begründung von Bischof Benno Elbs, wenn es darum geht, dass ein Krankenhaus „nicht der richtige Ort für Abtreibungen“ (a_26) darstellt. Er spricht hier von einer „hohen Symbolkraft“ (a_27; a_34), die bei der Wahl des Ortes, bei welchem Abtreibungen durchgeführt werden, ausgehe. Demnach sei das Krankenhaus ein Ort „an dem es in erster Linie darum geht, Leben zu retten“ (a_34). Der Bischof räumt ein, dass es ihm nicht zustehe,

sich in die Angelegenheiten der Politik einzumischen, dennoch wird der Fokus auf „*die damit verbundene Tötung eines Kindes*“ in der Debatte zu wenig thematisiert. In weiterer Folge bezieht er sich auf die Aufgabe der Kirche und, dass es dieser nicht um Sanktionen geht, „[...] sondern um die Schaffung ,eines Umfeldes, in dem Menschen Ja zu ihren Kindern sagen können“ (a_33). In seinen Ausführungen fällt auf, dass er sich viel auf den Begriff des Kindes bezieht. Der Kinderbezug findet sich auch in einem Statement von der Generalsekretärin Martina Kronthaler von der Aktion Leben Österreich wieder: „*Wir müssen aber gleichzeitig wahrnehmen und anerkennen, dass es um das Leben eines Kindes geht*“ (a_30) sowie bei Demonstrationen von *Marsch fürs Leben* mit der Meinung „*Kinder seien keine Krankheit, Abtreibungen keine Lösung*“ (a_23). Sie vergleichen dabei die Schwangerschaft als eine „*Zeit der körperlichen Belastungen*“ (a_20), jedoch handelt es sich nicht um „*eine Krankheit*“ (a_20). „*Weder ist eine Schwangerschaft eine Krankheit noch die Tötung des Ungeborenen die entsprechende Therapie*“ (a_39). Es wird auch ein Bezug zum Leid im Zusammenhang mit Abtreibungen hergestellt und, dass „*die Stimme der Ungeborenen, die ja keine Stimme haben*“ (a_35) verteidigt werden müsse.

Zudem zeigt sich, dass innerhalb der Debatte seitens der österreichischen Bischöfe es als „*diskriminierend*“ (a_18) angesehen wird, wenn „*Kinder mit möglicher Behinderung*“ (a_18) abgetrieben werden. So wird von einer „*erschreckenden Praxis von Spätabtreibungen*“ (a_39) gesprochen und kritisiert, dass es sich hierbei um einen diskriminierenden „*Tatbestand*“ (a_39) handelt und es einer „*humanen, auf Inklusion bedachten Gesellschaft unwürdig*“ (a_39) sei.

Allgemein werden innerhalb der Berichterstattungen die Meinungen mit Adjektiven wie etwa „*tiefgreifend*“ (a_14) oder „*erschreckend*“ (a_39) oder mit Adverbien wie „*zutiefst*“ (a_27; a_34) geäußert. Es wird auch viel im Diskurs in Zusammenhang mit Mord oder Tod gesetzt und auf das Menschenrecht und die Menschenwürde wird stark verwiesen, dass dieses zu schützen sei sowie wird von dem (ungeborenen) Kind in diesem Zusammenhang gesprochen.

7.2.1.3. Medizinische Versorgungslage

Bei der medizinischen Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen im ORF wird dargestellt, dass jedes Jahr laut UNO-Bericht „*sieben Millionen Frauen nach unsicheren Abtreibungen ins Krankenhaus eingeliefert werden. Diese seien eine der Hauptursachen für den Tod von Müttern*“ (a_13). Demnach kam es bspw. zu Fällen in

Polen, bei denen keine Abtreibung durchgeführt wurde, obwohl es zu Komplikationen kam und Frauen* bei der Behandlung im Krankenhaus verstorben sind (a_49).

WeCount Vorsitzende Alison Norris spricht von „*Hinterzimmerabtreibungen*“ (a_36), da nicht alle betroffenen Personen die Möglichkeit und finanziellen Ressourcen haben, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen und online versuchen, an Abtreibungspillen zu gelangen. Dies war der Fall, als ein Richter in Texas die Zulassung der Abtreibungspille Mifepriston bundesweit aussetzte, damit es zu weniger Schwangerschaftsabbrüchen kommt (a_36).

In Österreich gab es einen großen Diskurs zu einem Register, das eingeführt werden soll, bei welchem Daten und Informationen von den Betroffenen gesammelt werden, um in weiterer Folge „*zielgerichtete Maßnahmen*“ (a_37) zu schaffen, so die Gesundheitsdirektorin Theresa Geley. Auch die Vorsitzende von *#fairändern* Petra Plonner spricht sich für die Datenerhebung aus, „*[...] damit Frauen, die sich einen anderen Weg für sich und ihr Kind wünschen, jene Unterstützung zukommen kann, die sie verdienen*“ (a_25). Sie spricht auch bei Abtreibungen von einem „*Übel, das unter Umständen abgewendet werden kann*“ (a_25). Des Weiteren nennt sie den Prozess der Entscheidungsfindung, ob die Schwangerschaft fortgesetzt wird oder nicht, als ein „*hartes inneres (und äußeres) Ringen*“ (a_25) und vertritt die Meinung, dass die Betroffene damit „*oft völlig allein gelassen wird – das nennt man dann Selbstbestimmung*“ (a_25). Des Weiteren sieht die Vorsitzende, dass der Partner als auch das Umfeld die Frauen* dazu drängen würden (a_25). Auch die Bischöfe sprechen sich für eine „*längst überfällige Begleitmaßnahme – etwa von statistischer Erhebung [...], anonymen Motivforschung, [...] vorgeschriebene Wartezeit*“ (a_18) aus. Diese „*Begleitforschung*“ (a_40) dient dazu, „*um Schwangerschaftsabbrüche entschlossen zu reduzieren*“ (a_40). Dabei sprechen sie von „*Krisen und Nöten*“ (a_39; a_40) und dass betroffene Frauen* mit Hilfsangeboten unterstützt werden sollten sowie ihnen „*Mut zum Kind*“ (a_39; a_40) zugesprochen wird.

Der Leiter der Gynäkologie und Geburtshilfe des Krankenhauses Bregenz und Dornbirn Michael Rhode thematisiert in der Debatte die Lage der Ärzt*innen. Die Durchführung einer Abtreibung sei freiwillig und spricht bei dem Eingriff von einer schwierigen Aufgabe: „*[...] er sei froh, dass es eine Nachbetreuung auch für die durchführenden Ärzte gebe. Es gehöre aber genauso zum Fach wie die schönen Seiten*“ (a_31). Die Organisation *Jugend für das Leben* sieht hierbei als „*erste Opfer*“

(a_33) das medizinische Personal, da dieses im Krankenhaus dafür zuständig sei „*Menschen in Not zu helfen*“ (a_33) und es nicht die Aufgabe dieser sei, „*ungeborene Kinder zu töten*“ (a_33). Dabei wird auch ein Verweis auf die Gefahr der medizinischen Präparate gemacht, die bei einer Abtreibung hinzugezogen werden und die daraus resultierenden Risiken für die Mutter, die ihrer Meinung nach „*heruntergespielt*“ (a_33) werden.

Die Gynäkologin Doris Ulreich Laussermayer im Burgenland verortet die Problematik bei der Kritik in den sozialen Medien zu den Verhütungsmitteln wie Spirale oder Pille. Ihrer Meinung nach wäre dies ein falscher Ansatz und ein großes Problem bei der Verhütung (a_53). Ähnliche Ansichten haben die NEOS-Mandatarin Birgit Obermüller und Klubobmann der Liste Fritz Markus Sint, welche sich für die „*Bedeutung der Aufklärung*“ (a_22) aussprechen und auf eine „*sinnvolle Verhütungsstrategie*“ (a_22) plädieren.

Auch im medialen Diskurs fließt die Versorgungslage in den Bundesländern ein, bei dem es darum geht, dass nicht genug Räumlichkeiten für Schwangerschaftsabbrüche geschaffen werden und es zu wenige Ärzt*innen gibt, die einen durchführen. So sprechen sich die SPÖ und die Grünen für eine „*Entkriminalisierung von Abtreibungen*“ (a_60) aus und „*das Recht auf einen sicheren, legalen, kostenfreien Schwangerschaftsabbruch*“ (a_60). Nach der SPÖ-Frauenvorsitzenden Eva-Maria Holzleitner sollten Schwangerschaftsabbrüche einen „*Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung*“ (a_60) darstellen und nicht bundesspezifisch unterschiedlich geregelt sein. Des Weiteren sprechen sie die Problematik der Abtreibungsgegner*innen vor Beratungsstellen an, welche den Betroffenen „*mit Theaterblut überschüttete Plastikembryonen überreichen, die sie beschimpfen, die sagen ‚du Kindsmörderin‘ und dergleichen*“ (a_55). Andere Ansichten haben demnach ÖVP, FPÖ, Bischöfe sowie die Organisationen *Jugend für das Leben* und *#fairändern*. Die Bischöfe sehen den Schwangerschaftsabbruch nicht als „*Teil der staatlich zu gewährleistenden Gesundheitsversorgung*“ (a_20) an, außer im Falle für die Gefahr der Gesundheit der Mutter. Die Aufgabe des Staates sollte demnach seitens der Bischöfe darstellen, „*[...] das Leben zu schützen; nicht, staatliche Infrastruktur zur Tötung bereitzustellen*“ (a_33).

Bischof Gettler spricht von einer Propaganda, die er als „*problematisch*“ (a_21) betrachtet, wenn es darum geht, dass in Tirol Schwangerschaftsabbrüche

„niederschwellig, kostenfrei und flächendeckend“ (a_21) angeboten werden sollen. Die ÖVP unterstütze die Ansichten des Bischofs und sieht nicht die Lösung darin, in „jedem Krankenhaus [...] nicht medizinisch indizierten Abbruch“ (a_20) durchzuführen. Klubobmann Jacob Wolf von der ÖVP spricht hierbei von einem „klaren und behutsamen Weg“ (a_20) zum Thema Abtreibung und Versorgung sowie, dass außerhalb des Spitals eine Privatordination geschaffen werden sollte. Es zeigt sich wiederkehrend in den Berichterstattungen, dass von ÖVP, FPÖ, Bischöfen und kirchlichen Organisationen darauf verwiesen wird, dass es sich bei einem Schwangerschaftsabbruch nicht um eine „*Gratisleistung*“ (a_30; a_31), „*keine medizinische Leistung*“ (a_33), eine „*Gesundheitsleistung*“ (a_35; a_39; a_58), ein „*Gesundheitsdienst*“ (a_35) und ein „*öffentliches Leistungsangebot*“ (a_45) handelt.

Während sich die Soziallandesrätin Eva Pawlata von der SPÖ gegen ein „*Beratungsangebot*“ (a_19) seitens der Kirche ausspricht, verweist Bischoff Glettler, dass das nicht möglich sei, da sie eine „*ergebnisoffene Beratung*“ (a_21) anbieten und einen Weg „*der inneren Heilung*“ (a_39) für die Betroffenen zur Verfügung stellen würden. Auffallend ist, dass bei der Thematik viel auf Beratungen gesetzt wird, indem oft diese von den Parteien und der Kirche mit Begrifflichkeiten bzw. Synonymen verknüpft werden wie „*Konfliktberatungen*“ (a_31), „*ergebnisoffen und ohne Druck auf die Frauen*“ (a_22), „*neutrale Beratungsstellen*“ (a_22), „*einfühlsame Beratung, die Perspektiven aufzeigt*“ (a_20) und „*effektive Hilfestellungen*“ (a_20). Demzufolge wird auf „*mehr Unterstützung für Frauen in schwierigen Situationen*“ (a_31) plädiert und „*die ganze Palette der Möglichkeiten aufzeigen*“ (a_22), wie bspw. „*[...] auch eine Adoption kann eine Möglichkeit sein [...]*“ (a_22). Bei den Unterstützungsangeboten für die betroffenen Personen wird seitens der christlichen Glaubensgemeinde von „*Konfliktschwangerschaften*“ (a_18) oder „*Schwangere in Notlage*“ (a_20) gesprochen und, dass diese um „*[...] um eine gute Entscheidung ringen*“ (a_20) würden.

7.2.1.4. Gesetzliche Rahmenbedingungen

Der ORF spricht von „*christlichenn, konservative und rechtsgerichteten Parteien*“ (a_16), die sich gegen das Abschaffen der Bedenkzeit vor Abtreibungen in den Niederlanden aussprechen, da dieser Beschluss „*im Widerspruch zum Recht auf ungeborenes Leben*“ (a_16) stehe. Auch in Frankreich kommt Kritik, nachdem dieses Abtreibungen in die Verfassung aufgenommen hat. Die Gegner*innen der Vereinigung *Alliance Vita* bezeichnen diesen Beschluss als „*Unsinn*“ (a_44) und vertreten die

Meinung, dass die Politik sich für das Verhindern von ungewollten Schwangerschaften mehr einsetzen sollte.

Zu restriktiveren Gesetzen kommt es in den USA bei der Supreme Court Entscheidung, bei dem es in den republikanisch geführten US-Bundesstaaten zu Einschränkungen bei Abtreibungen kommt. Der Richter Samuel Alito äußert sich zur Roe, dass diese *„von Anfang an ungeheuerlich falsch“* (a_14) gewesen sei und *„Die Verfassung gewährt kein Recht auf Abtreibung, und kein solches Recht wird implizit durch eine Verfassungsbestimmung geschützt“* (a_17). Auch der Vorsitzende der Republikaner im Senat, Mitch McConnell, spricht von einem *„historischen Sieg für die Verfassung“* (a_17) und, dass dieses Urteil *„mutig und richtig“* (a_17) sei.

In Deutschland spricht sich die Partei AfD dafür aus, dass Schwangerschaftsabbrüche nur *„bei kriminologischer oder medizinischer Indikation“* (a_61) erlaubt seien, dennoch es die Priorität darstellen sollte, dass eine *„Willkommenskultur für Kinder“* (a_61) geschaffen wird und Abtreibungen eine *„absolute Ausnahme“* (a_61) darstellen sollen. Durch diese Einschränkungen soll das fundamentale Menschenrecht von Kindern geschützt werden und sie argumentieren, dass betroffene Frauen* nicht ausreichend *„über schwere Abtreibungsfolgen und über Hilfsangebote aufgeklärt wurden“* (a_61). Dieses Aufzeigen von Hilfsangeboten ist auch bei den Berichten von der österreichischen Partei ÖVP zu finden, bei der sich die Familien- und Frauenministerin Susanne Raad gegen eine gesetzliche Änderung der Fristenlösung ausspricht und es als *„Aufgabe“* (a_40) der *„Politik und Gesellschaft“* (a_40) sieht, dass Möglichkeiten geschaffen werden, ungewollte Schwangerschaften *„vorzubeugen“* (a_40) und wenn es dennoch zu dieser kommt, auch andere Perspektiven den Betroffenen aufzuzeigen. Dabei zeigt sich auch, dass es für die Partei wichtig sei, dass sowohl Abtreibungsbefürworter*innen als auch Abtreibungsgegner*innen bei dem Diskurs ein Mitspracherecht haben und es nach Landeshauptmann Markus Wallner von der ÖVP, es nicht immer leicht sei *„Lebensschutz und Fristenregelung unter einen Hut zu bringen“* (a_28). Bischof Glettler spricht sich bei dem Diskurs zu Schwangerschaftsabbrüchen für eine *„sachliche Diskussion“* (a_18) bzw. eine *„Kultur des Dialogs“* (a_18) aus. Für ihn sind die Bedürfnisse und Rechte sowohl von den Frauen* als auch ihren Kindern wichtig. Dass in Ruhe über diese Thematik gesprochen werden kann, sieht er kaum, da diese *„hochsensibel“* (a_18) sei und es jedoch zur *„Enttabuisierung“* (a_18) kommen sollte. Das Urteil des Supreme Court in den USA

sieht er „weder euphorisch noch aggressiv“ (a_18), sondern aus „juristischer Natur“ (a_18) und „nicht von ethischer“ (a_18). Nach dem Bischof ist weder Europa noch auf internationaler Ebene „kein Staat rechtlich verpflichtet“ (a_18) Abtreibungen zu legalisieren und, dass das „Recht auf Leben sehr wohl grundsätzlich geschützt“ (a_18) sei. Aufgrund dessen ist der Kirche wichtig, dass die Tötung eines Ungeborenen unter Strafe bleibt und ein „Menschenrecht auf Abtreibung“ (a_39) ein „Widerspruch in sich“ (a_39) wäre. „Es kann kein Menschenrecht sein, einer anderen Person ihr Menschenrecht auf Leben vorzuenthalten [...]“ (a_39). Des Weiteren sehen sie es problematisch, dass bei einem Frauenrecht auf Abtreibung die Väter nicht herangezogen werden (a_39). Der Verein *Plattform für das Leben* betont die Wichtigkeit des klassischen Familienmodelles und sieht das Vorgehen der Politik, dass es mehr Abtreibungsmöglichkeiten gibt, als falsch an: „Wir stehen für das Leben und setzen uns ein für das Kind, die Mutter und den Vater“ (a_29). Weiters sieht die *katholische Frauenbewegung* (kfbö) es als Aufgabe der Gesellschaft, „das Dilemma im Vorhinein zu verhindern“ (a_38) und es ein „gemeinsames gesellschaftliches Anliegen über alle Parteien und ideologische Grenzen hinweg“ (a_38) sein sollte, dass sich in Österreich aufgrund von sozialen Gründen keine Frau* „gezwungen sieht“ (a_38) abtreiben zu müssen. Demnach sollen aufgrund der Motivforschung die politischen Maßnahmen zum „Lebensschutz“ (a_38) unterstützt werden.

Im Anschluss an die Präsentation der Ergebnisse werden diese im nächsten Kapitel diskutiert und eingeordnet.

8. Diskussion

Die vorliegende Analyse zeigt, dass Stigmatisierung bei ungewollt Schwangeren nicht isoliert auftritt, sondern als eine dynamische Wechselwirkung verstanden werden kann, da sie sowohl auf individueller Ebene (Interviews) als auch im öffentlichen Diskurs (ORF-Beiträge) vorkommt und sich gegenseitig beeinflusst. So deuten die Auswertungen der biographisch narrativen Interviews und der ZIB-Beiträge darauf hin, dass Schwangerschaftsabbrüche als nicht normkonform angesehen werden und die Gesellschaft von normativen Vorstellungen von Mutterschaft und Weiblichkeit geprägt ist. In weiterer Folge beeinflussen diese Normen die gesellschaftliche Wahrnehmung als auch die individuelle Erfahrung der Interviewpartnerinnen.

In den Interviews äußern sich die Befragten zur wahrgenommenen Stigmatisierung, indem sie davon berichten, wie sie diese anhand der Gesellschaft, der Medien, des Umfeldes und des medizinischen Personals wahrgenommen haben. Dabei zeigen sich bestimmte Emotionen, die sie entweder als diese benennen – insbesondere Wut, Schuld, Scham, Angst oder Trauer – oder diese umschreiben und bspw. Metaphern wie „*Maschinenärzte*“ (I4, Pos. 52) oder „*Laufbandarbeit*“ (I2, Pos.74) verwenden. Diese emotionalen Dynamiken legen nahe, dass Schwangerschaftsabbrüche sozial und normativ gerahmt sind und nicht ausschließlich als eine reine medizinische oder individuelle Entscheidung gesehen werden können.

Auch die ZIB-Beiträge veranschaulichen, in welchen diskursiven Rahmen Schwangerschaftsabbrüche thematisiert werden, indem wiederkehrende Narrative verwendet werden. Diese Narrative äußern sich bei Fragen von Moral, Verantwortung und gesellschaftlichen Normen im Kontext zum Schwangerschaftsabbruch sowie durch Verwendung von Metaphern – „*Anheuern eines Auftragsmörders*“ (b_7) oder „*Massaker an Unschuldigen*“ (b_14) oder die vermehrte Nutzung von Adjektiven – „*tiefgreifend*“ (a_14) oder „*erschreckend*“ (a_39) – um die Aussagen bzw. Meinungen zu unterstreichen. Da diese medialen Darstellungen von einer großen Masse an Leserschaft konsumiert wird, können auch bestimmte Perspektiven verstärkt werden und demgegenüber bekommen andere Meinungen weniger Präsenz.

Wie nun diese Befunde theoretisch eingeordnet werden können und welche Rolle dabei die Emotionen, die Stigmatisierung und der Diskurs spielen, wird zuerst auf die Ansätze von Katharina Scherke eingegangen, bevor Erving Goffman und Judith Butler folgen.

8.1. Emotionale Rahmung

Die vorliegenden Ergebnisse können aus einer emotionssoziologischen Perspektive interpretiert werden, weil veranschaulicht wird, dass Emotionen nicht nur als etwas Subjektives und Individuelles verstanden werden können, sondern diese durch das soziale und kulturelle Umfeld mit beeinflusst werden. Durch soziale Kontexte, normative Erwartungen und institutionelle Rahmenbedingungen, die in der Sozialisation erlernt werden, können Emotionen maßgeblich beeinflusst werden. Hierbei findet ein Zusammenspiel von individuellen Erfahrungen und gesellschaftlichen Anforderungen statt. Hinzu kommt, dass durch formelle Sanktionen wie bspw., dass Abtreibungen im Strafgesetzbuch (StGB) rechtlich reguliert werden

und durch verinnerlichte Normen – Schwangerschaftsabbrüche seien unmoralisch und verstoßen gegen Rollenbilder –, die zur Selbstkontrolle beitragen, das System aufrechterhalten wird (Scherke, 2024).

Durch „*feeling rules*“ (Hochschild, 1979, zitiert nach Scherke, 2024, S. 14) werden Emotionen gesteuert. Diese Gefühlsregeln entstehen aus den gesellschaftlichen Erwartungen heraus und geben dem Individuum vor, welche Emotionen in bestimmten Situationen gelebt werden dürfen und somit als angemessen gelten sowie zur sozialen Ordnung beitragen (Scherke, 2024). Vor diesem Hintergrund lassen sich die Emotionen, die im Untersuchungsmaterial identifiziert wurden, als einen sozialen Aushandlungsprozess verstehen. Die berichteten Erfahrungen der Interviewpartnerinnen von Emotionen wie Wut, Schuld, Scham, Angst oder Trauer können darauf hindeuten, dass die individuellen Reaktionen mit den gesellschaftlichen Anforderungen zu der Situation kollidieren. Dabei haben die Betroffenen das Gefühl, aufgrund ihrer Entscheidung abgetrieben zu haben, den Erwartungen der Gesellschaft nicht vollständig gerecht zu werden, was wiederum zu einer emotionalen Spannung bei den Interviewpartnerinnen führen kann. Diese Spannung entspringt dabei nicht nur aus der Handlung, einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt zu haben, sondern auch aus den eigenen sozialen Erwartungen, die sozialisiert wurden. Dies veranschaulicht etwa das obige angeführte Zitat (siehe Kap. 7.1.1.) der Befragten (I8), als diese beschreibt, dass sie das Gefühl hat, dass die Gesellschaft vorgibt, wie ein Schwangerschaftsabbruch gefühlt werden darf, nämlich als „*ein super traumatisches Erlebnis*“ (I8, Pos. 22), welches von etwa ‚Pro-Life‘- Bewegungen „*eingeredet wird*“ (I8, Pos. 22). Der Begriff des Einredens soll zeigen, wie die Einstellung zu der Thematik in der Gesellschaft vorgegeben ist. Demnach soll der Schwangerschaftsabbruch als ein traumatisches Erlebnis gefühlt und erlebt werden und all jenes, was davon abweicht, nicht der sozialen Ordnung entsprechen. Dieses traumatische Erlebnis beschreiben die Befragten und sprechen hierbei vor allem von dem Gefühl der Angst, der Unsicherheit, der Hilflosigkeit, der Schuld und des Schams, welches sie empfunden haben. Dabei interessiert sich die Soziologie für das Aufkommen und den Umgang mit diesen Gefühlen, zudem geht es bei der emotionssoziologischen Perspektive um die soziale Funktion von Emotionen (Scherke, 2024). So ist bei den Ergebnissen zu erkennen, dass Emotionen auch oft mit Bewertungen von anderen verknüpft sind. Demnach beschreiben die Befragten das Gefühl von Angst, Schuld und Scham, welches sie beim Austausch mit dem medizinischen Personal empfunden haben. Der

Umgang dessen mit den Betroffenen wird als kühl, unsensibel und unprofessionell beschrieben, wodurch Letztere das Gefühl der Unsicherheit und der Hilflosigkeit beschreiben, welches sie etwa als „*schirche [...] surreale Erfahrung*“ (I4, Pos. 18), „*unschön*“ (I7, Pos. 45) oder als „*furchtbar schrecklicher, langwieriger Prozess*“ (I10, Pos. 32) empfanden. Mehrere Befragte sprechen auch davon, dass sie Angst verspürten, vom medizinischen Personal „*verurteilt*“ (I6, Pos. 196) oder „*gejudged*“ (I11, Pos. 39) zu werden und deswegen zum Teil ärztliche Untersuchungen unterlassen hatten, da sie sich „*geschämt*“ (I6, Pos. 190) haben. Außerhalb des medizinischen Personals sprachen die Befragten über Angst im Zusammenhang damit, mit wem sie die Informationen teilen, dass sie einen Schwangerschaftsabbruch vollzogen haben. Auch das Gefühl der Machtlosigkeit spielt bei den Befragten eine sehr große Rolle. Diese verspürten sie während des Eingriffs: „*Man liegt dann auf diesen Tisch [...]*“ (I6, Pos. 18) und beschreiben diese Situation als „*machtlos [...] total ausgeliefert*“ (I2, Pos. 62), „*nicht kontrollieren*“ (I12, Pos. 62) sowie die Zeit nach dem Eingriff als „*hilflos [...] orientierungslos [...] traumatisierend*“ (I4, Pos. 54). In diesem Zusammenhang werden die Ärzt*innen mit „*Angstarzt*“ (I12, Pos.80) oder als „*nicht Menschen*“ (I4, Pos. 30) betitelt und der Eingriff als „*Laufbandarbeit*“ (I2, Pos. 74), „*Fließbandarbeit*“ (I3, Pos. 18) oder „*Massenabfertigung*“ (I4, Pos. 18) beschrieben. Diese Beschreibungen und Metaphern deuten darauf hin, dass der Ablauf als standardisiert und routinisiert empfunden wurde und die Betroffenen sich emotional nicht ausreichend wahrgenommen oder unterstützt gefühlt haben. Eine der Betroffenen (I4) spricht hierbei von einer „*surrealen Erfahrung*“ (I4, Pos. 18) und, dass man sich als Patientin wie „*eine Nummer*“ (I4, Pos. 30) gefühlt hat, was erkennen lässt, dass das vergangene Geschehen als ungewöhnlich, schwer einzuordnen oder emotional schwer greifbar wahrgenommen wird. Der Ausdruck, sich wie eine Nummer zu fühlen, verweist darauf, dass sich die Interviewpartnerin (I4) nicht wie ein individuelles Subjekt gefühlt hat, sondern als ein leicht austauschbares Teil eines standardisierten Ablaufs. Außerdem verbanden viele der Befragten die angeführten Emotionen mit dem Gefühl „*allein gelassen*“ (I7, Pos. 45) zu werden und nicht ausreichend genug betreut worden zu sein. So wird wiederholt der Schwangerschaftsabbruch als „*sehr emotional*“ (I4, Pos. 18) beschrieben, was demnach emotionssoziologisch als Hinweis verstanden werden kann, dass die Situation für die Befragten nicht nur individuell belastend empfunden wurde, sondern auch sozial und normativ stark aufgeladen war. Hierbei wird eine komplexe emotionale

Erfahrung beschrieben, die sowohl aus persönlicher Betroffenheit als auch aus gesellschaftlichen Erwartungen heraus entsteht. Diese Beschreibungen in Verbindung mit den Emotionen der Angst, der Unsicherheit, der Hilflosigkeit, der Schuld und des Schams deuten darauf hin, dass die Befragten die Situation als besonders unangenehm, überfordernd und schwer zu kontrollieren wahrgenommen haben.

Neben den genannten Emotionen spielt auch Wut und Trauer bei den Interviews im Zusammenhang mit den medialen Berichterstattungen, der Gesellschaft, dem sozialen Umfeld und bei der medizinischen Versorgung eine große Rolle. Diese Emotionen äußern sich dadurch, dass die Befragten kein Verständnis haben, wieso die Thematik in der Gesellschaft tabuisiert wird und so viele Vorurteile herrschen, ohne, dass genauer die Hintergründe der Betroffenen betrachtet werden und dass wichtige Aspekte beim Diskurs außer Acht gelassen werden, wie etwa, dass eine Schwangerschaft eine hohe psychische und physische Belastung für die ungewollt Schwangere mit sich bringt. Dabei äußert die Befragte (I5) ihre Wut durch Ausdrücke wie „*komplettes Scheißleben*“ (I5, Pos. 23), um zu Versinnbildlichen, dass niemand über die Schattenseiten des Schwangerseins spricht. Auch empfinden die Befragten, dass sich Interaktionen mit Abtreibungsgegner*innen als sehr schwierig herausstellen und äußern dabei ihre Wut, da bspw. bei einem Gespräch ein*e Gynäkolog*in eine neutrale Beratung geben sollte, dies jedoch nicht der Fall sei. Dieser „*Gegenwind*“ (I4, Pos. 40) spiegelt auch wider, dass wenig Verständnis seitens des Gegenübers empfunden wird und unterstreicht erneut das Gefühl der Betroffenen, sich mit der Situation allein gelassen zu fühlen. Diese emotionalen Erfahrungen treten demnach nicht isoliert, sondern innerhalb sozialer Interaktionen auf und können Konflikte aufzeigen.

Während bei den Interviews die persönlichen emotionalen Erfahrungen benannt oder umschrieben werden, sind diese innerhalb der ZIB-Beiträge anders gerahmt und zu interpretieren. Bei den medialen Berichterstattungen geht es darum, wie Emotionen über die Medien an die Leserschaft vermittelt werden, da sich diese auf die Wahrnehmungen und die emotionalen Bewertungen zu einer Thematik auswirken können (Scherke, 2024). Demnach werden Emotionen innerhalb der ZIB-Beiträge normativ, moralisch und stark aufgeladen vermittelt. So werden bei Aussagen Angst und Bedrohung vermittelt, wenn es darum geht, dass Schwangerschaftsabbrüche als ein Akt von Gewalt beschrieben werden, da es sich um die Tötung eines Kindes

handelt und dies mit Tod und Krieg seitens der Bischöfe gleichgesetzt wird (siehe Kap. 7.2.1.2.). Hinzukommt, dass aus moralischer Perspektive, die Selbstbestimmung der Frau* bei der Thematik als Fiktion dargestellt wird und ein Schwangerschaftsabbruch etwas darstellt, was gegen den Willen Gottes geht (siehe Kap. 7.2.1.1; 7.2.1.2). Zudem wird von der katholischen Glaubengemeinschaft, Abtreibungsgegner*innen und Politiker*innen Fürsorge und Beschützergefühle vermittelt, indem Kinder als schutzbedürftig betitelt werden und den Frauen* eine umfassende Beratung sowie Unterstützung zukommen müsse, damit sie sich für ein Fortführen der Schwangerschaft entscheiden (siehe Kap. 7.2.1.2.; Kap. 7.2.1.3.; Kap. 7.2.1.4.). Besonders emotional aufgeladen ist hierbei die Debatte, dass Schwangerschaftsabbrüche nicht in Krankenhäusern durchgeführt werden sollen, da dies ein Ort sei, bei welchem Leben gerettet und nicht getötet wird, was den Eindruck vermittelt, dass Abtreibungen moralisch unzulässig sind und ungeborenen Kindern Schutz und Verantwortung zukommen sollte (siehe Kap. 7.2.1.2.). Des Weiteren wird vermittelt, dass ein Krankenhaus einen Ort darstellt, welcher mit Sicherheit, Schutz und moralischer Legitimität verbunden wird. Die katholische Glaubengemeinschaft spricht sich vor allem positiv gegenüber Politiker*innen aus, wenn diese gesetzliche Einschränkungen festlegen, und setzt diese Entscheidungen mit Mut, Verantwortung und moralischer Rechtfertigung gleich (siehe Kap. 7.2.1.4.). Des Weiteren appellieren sie auch an das Gewissen der Gesellschaft, Verantwortung zu übernehmen und sich kritisch mit der Thematik auseinander zu setzen (siehe Kap. 7.2.1.4.)

Die Ergebnisse der ZIB-Beiträge zeigen, dass aus emotionssoziologischer Perspektive Emotionen nicht individuell erlebt werden, sondern vielmehr als gesellschaftlich wirksame Instrumente zum Einsatz kommen. Demnach strukturieren sie die Wahrnehmung zu der Thematik und vermitteln normative Erwartungen. Sie tragen auch dazu bei, dass bestimmte Deutungsmuster, wie etwa, dass Abtreibungen als ethisch problematisch angesehen werden sollten und Kinder vollkommener Schutz zustehen sollte, an die Leserschaft vermittelt werden. Hinzu kommt, dass innerhalb der ZIB-Beiträge Emotionen gezielt genutzt werden, indem auf die Angst, das moralische Gewissen und die Verantwortung zu der Thematik seitens der Leserschaft appelliert wird.

Während in den Interviews die Befragten ihre Emotionen wie Wut, Schuld, Scham, Angst und Trauer im Zusammenhang zum Schwangerschaftsabbruch thematisieren,

wird in den ZIB-Beiträgen die Thematik normativ und moralisch aufgeladen und die Angst, Moral und Verantwortung in den Fokus gerückt. Emotionen können demnach nicht nur von den einzelnen Individuen empfunden werden, sondern werden auch gesellschaftlich vermittelt. Durch diese emotional aufgeladenen Darstellungen können Stigmatisierungen begünstigt werden, welche im nächsten Schritt mithilfe von Erving Goffman analysiert werden.

8.2. Stigmatisierung nach Goffman

Wie kann nun Stigmatisierung nach Erving Goffman im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen erklärt werden? Erving Goffman (1967) spricht von einem Stigma, wenn eine Person ein Merkmal aufweist, welches von den gesellschaftlichen Normen abweicht und aufgrund dessen dieses als sozial abwertend angesehen wird. Das Interesse des Soziologen liegt darin, zu betrachten, wie die betroffene Person mit ihrer Stigmatisierung in Interaktionen mit den „*Normalen*“ (Goffman, 1967, S. 13) umgeht. Er spricht hierbei von der „*Ich-Identität*“ (Goffman, 1967, S. 132ff), wenn die betroffene Person die Wahrnehmung auf die eigene Person und auf das soziale Umfeld richtet und dadurch in weiterer Folge Identitätsnormen und Identitätszuweisungen erfährt. Hierbei kann eine Spannung zwischen dem „*Ich-Ideal und Ich*“ (Goffman, 1967, zitiert nach Engelhardt 2010, S. 131) entstehen, wenn die stigmatisierte Person den vorgegebenen normativen Erwartungen und Idealen der Gesellschaft nicht entspricht. Demnach wird das Durchführen eines Schwangerschaftsabbruchs, wie aus den Ergebnissen hervorgeht, als etwas moralisch Problematisches und gesellschaftlich Negatives konstruiert, wodurch es für die Befragten als Stigma wahrgenommen werden kann und sie in weiterer Folge überlegen, mit wem sie die Informationen teilen. Diese „*geheime Andersartigkeit*“ (Goffman, 1967, S. 104) kann für die betroffene Person mit „*Angst*“ (Goffman, 1967, S. 11) verbunden sein, wie es auch die Befragte (I3) beschreibt (siehe. Kap. 7.1.1.), wenn sie entscheiden muss, mit wem sie ihre Geschichte teilt oder diese Informationen zurückhält und „*passing*“ (Goffman, 1963, S. 73) betreibt und bei Letzterem die Gefahr besteht, aufgedeckt und verurteilt zu werden.

Bei der Kategorie *Zuschreibung und Fremdwahrnehmung im gesellschaftlichen Kontext* wird bei den Erzählungen der Interviewpartnerinnen deutlich, dass das Thema Schwangerschaftsabbruch in der Gesellschaft allgemein tabuisiert behandelt wird und in Bezug auf Österreich, die Regierung als „*konservativer*“ (I10, Pos. 64)

wahrgenommen wird. Auch Interaktionen im sozialen Umfeld erweisen sich als schwierig, da Gespräche „*ins Stocken*“ (I10, Pos. 98) geraten, Gerüchte (I2) verbreitet werden oder Vorurteile geäußert werden, dass Frauen*, die abgetrieben haben, als „*verantwortungslos*“ (I5, Pos. 25) wahrgenommen werden, bei welchem Letzteren zu den „*individuellen Charakterfehler*“ (Goffman, 1967, S. 12f) nach Goffman (1967) gezählt werden kann. Demnach kann das Wissen darüber, dass das Gegenüber einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hat, die soziale Situation beeinflussen und Vorurteile wie Verantwortungslosigkeit den ungewollt Schwangeren unterstellt und moralisch verurteilt werden, was nach Goffman (1967) sowohl von „*Fremden*“ (Goffman, 1967, S. 71) oder „*bloßen Bekanntschaften*“ (Goffman, 1967, S. 71) sowie von „*engen Vertrauten*“ (Goffman, 1967, S. 72) der Fall sein kann, da „*[...] Vertrautheit Verachtung nicht reduzieren muß*“ (Goffman, 1967, S. 69).

Wenn über den medialen Diskurs zu Schwangerschaftsabbrüchen in Österreich gesprochen wird, nehmen die Befragten diesen als sehr „*kontrovers*“ (I8, Pos. 50) wahr, da einerseits darauf hingewiesen wird, dass es mehr gesetzliche Freiheiten im Vergleich zu anderen Ländern gibt, dennoch auch Einschränkungen hierbei herrschen. So wird etwa auf die gesetzlichen Leitlinien und unterschiedliche Versorgungslage zwischen Stadt und Land hingewiesen, welche sich im ländlichen Bereich als Herausforderung herausstellt (I4) sowie auf Plattformen von Abtreibungsgegner*innen (I10) oder „*katholische Fundi*“ (I3, Pos. 18) eingegangen, welche vor der Abtreibungsklinik warten und Flyer an die Betroffenen verteilen, dass diese für ihre Tat in die „*Hölle*“ (I3, Ps. 18) kommen. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass Abtreibungen als problematisch und unmoralisch von der Gesellschaft bewertet werden und den Diskurs maßgeblich beeinflussen sowie stigmatisierende Erfahrungen für die Betroffenen bzw. die „*Diskreditierten*“ (Goffman, 1967, S. 56), das Stigma ist offensichtlich, darstellen können.

Neben den gesellschaftlichen und medialen Zuschreibungen zeigt sich Stigmatisierung auch in der zweiten Kategorie, die sich mit *Erfahrungen stigmatisierender Behandlung im medizinischen Kontext* beschäftigt. Anders als bei der Gesellschaft oder dem sozialen Umfeld, bei denen es nicht von unmittelbarer Notwendigkeit ist, dass diese Bescheid wissen, hat das medizinische Personal Kenntnis darüber, dass es sich hier um einen Schwangerschaftsabbruch handelt, da sie diesen durchführen. Goffman (1967) beschreibt diese Situation als „*Visibilität*“

(Goffman, 1967, S. 64) eines potenziell stigmatisierten Merkmals, wodurch das Stigma im medizinischen Kontext nicht mehr verborgen werden kann und für das medizinische Personal direkt wahrnehmbar ist. Dadurch können Interaktionen zwischen Ärzt*innen und Patient*innen beeinflusst werden und mit möglichen Bewertungen einhergehen. Durch den unpersönlichen und distanzierten Umgang des medizinischen Personals gegenüber den Betroffenen, haben sich diese wie „eine Nummer“ (I6, Pos. 92) und nicht wie eine individuelle Patientin behandelt gefühlt, was auf eine soziale Distanzierung innerhalb der Interaktionen hinweist. Diese Distanzierung wird durch moralische Bewertungen in Aussagen vertieft, wie anhand der Befragten (I9), welche die Aussage ihrer Gynäkologin wiedergibt, zu sehen ist: „*Ich helfe Menschen nicht, ähm, Kinder abzutreiben, ich bringe neue Leben, äh, ich bringe neue Leben auf die Welt*.“ Eine Ähnliche Situation beschreibt die Befragte (I3), als die Krankenpflegerin auf ihre Frage zum Ultraschallbild, ob es sich hierbei um das Kind handelt, diese mit Betonung auf „*das war das Kind*“ (I3, Pos. 18) geantwortet hat. Diese Aussagen können als eine normative Positionierung verstanden werden, da das Gefühl bei den Betroffenen verstärkt wird, aufgrund ihrer Entscheidungen, negativ bewertet zu werden. Des Weiteren empfinden die Befragten den Wartebereich als problematisch, da sie gemeinsam mit den anderen Schwangeren warten mussten und sich als „*Hochstaplerin*“ (I4, Pos. 20) fühlten, was diese als Unwohlsein beschreiben. Goffman (1967) spricht hierbei von dem Gefühl der „*Scham*“ (Goffman, 1967, S. 135), wenn die „*Normalen*“ (Goffman, 1967, S. 13), hierbei die Schwangeren, die nicht abtreiben, als Maßstab gelten, weil das den „*Normen*“ (Goffman, 1967, S. 156) der Gesellschaft entspricht, während Frauen*, die abtreiben, als „*Andere*“ (Goffman, 1967, S. 157) angesehen werden, weil diese von der Norm „*abweichen*“ (Goffman, 1967, S. 156). Hierbei können nach Goffman (1967) die Schwangeren als „*in-group*“ (Goffman, 1967, S. 140) und die Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, als „*out-group*“ (Goffman, 1967, S. 143) verstanden werden. Eine andere Situation, die als unangenehm beschrieben wird, berichtet die Befragte (I4) als ihr vom Mitarbeiter laut und freudig verkündet wurde, dass sie schwanger sei, was sie als „*übergriffig*“ (I4, Pos. 20) empfand, weil nicht bei jeder schwangeren Person davon ausgegangen werden kann, dass es sich hierbei um eine positive Nachricht handelt. Aus der Perspektive von Goffman (1967) zeigen sich hier die normativen Erwartungen von Mutterschaft, welche als ein positives Ereignis gesehen wird und all jene, die sich gegen eine Schwangerschaft entscheiden, von dieser Norm abweichen.

Die Interviews zeigen zudem deutlich, dass die Befragten Strategien entwickelt haben, um mit dem potenziellen Stigma umzugehen, was bei der Kategorie *Stigma-Management* zu erkennen ist. Dabei spielten das Gefühl von Scham und Schuld sowie die Angst negativ für die Tat bewertet zu werden, eine große Rolle. Demnach kam es zu einer „*Geheimhaltung*“ (Goffman, 1967, S. 96) von Informationen und kann im Sinne Goffmans (1967) als ein „*Stigma-Management*“ (Goffman, 1967, S. 68) verstanden werden, weil die Betroffenen versuchen, das stigmatisierte Merkmal zu verbergen, um sich vor negativen sozialen Reaktionen zu schützen. Gleichzeitig thematisieren die Interviewpartnerinnen die Problematik, dass es sich bei Themen rund um den weiblichen Körper um ein gesellschaftliches Tabu handelt. Dazu zählen der Schwangerschaftsabbruch, als auch die Menstruation oder gynäkologische Erkrankungen (I4). Im Gegensatz dazu sind körperliche Verletzungen wie ein „*rausgesprungenes Kniegelenk*“ (I4, Pos. 34) oder ein gebrochenes Bein (I6) gesellschaftlich akzeptierter und in weiterer Folge kann offener darüber gesprochen werden sowie leichter medizinische Empfehlungen im Umfeld eingeholt werden.

Was auch bei den Interviews zu erkennen ist, ist, dass die Befragten im Laufe der Zeit Strategien entwickelt haben, um mit dem potenziellen Stigma umzugehen. Auch wenn der Schwangerschaftsabbruch für manche noch als etwas „*Trauriges, was passiert ist*“ (I8, Pos. 24) beschrieben wird, gelingt es ihnen zunehmend offener und neutraler darüber zu reden, denn durch das Verschweigen wird es etwas „*Schlimmes*“ (I7, Pos. 85), was wiederum die „*Schuld wachsen*“ (I7, Pos. 85) lassen würde. So beschreibt einer der Befragten (I5), dass die Thematik ein „*Herzensthema*“ (I5, Pos. 29) für sie geworden ist und sie inzwischen offener damit umgehen kann und keine Scham oder Schuld mehr empfindet, sondern ein Gefühl des „*Triumphs*“ (I5, Pos. 29). Die offenere Kommunikation führt zu einer Verschiebung der Gefühle von Scham und Schuld zu Erleichterung, was als Strategie des *Stigma-Managements* nach Goffman (1967) verstanden werden kann, weil die Betroffenen das potenziell stigmatisierte Merkmal neu deuten und bewusst ansprechen. Nach Goffman (1967) wird von den Interviewpartnerinnen hierbei kein Versuch unternommen, die vorherrschende gesellschaftliche Norm, dass Schwangerschaftsabbrüche als Abweichung angesehen werden, gerecht zu werden. Vielmehr sehen die Betroffenen ihre Erfahrung, als etwas, das grundsätzlich jede Frau* treffen kann und somit als ein Teil der gesellschaftlichen Normalität verstanden werden sollte.

Die Erfahrungen der Befragten zeigt, dass Stigmatisierung nicht nur in sozialen Interaktionen vorkommt, sondern in gesellschaftlichen Normen und Diskursen vorherrscht, die definieren, wie Schwangerschaftsabbrüche angesehen werden. Dies soll zuletzt aus der Perspektive von Judith Butler mithilfe der ZIB-Beiträge analysiert werden.

8.3. Diskurs nach Butler

Wie kann nun der Diskurs in den ZIB-Beiträgen zu Schwangerschaftsabbrüchen nach Judith Butler aufgefasst werden? Nach Judith Butler (1993) trägt die Sprache zur Konstruktion der sozialen Wirklichkeit bei und in weiterer Folge stellen Diskurse Systeme des Denkens und Sprechens dar, die unsere Wahrnehmung prägen. Die Sprache wird durch Ideologien, Geschichte und Macht geprägt, was wiederum dazu führt, dass in Diskursen Begriffe Bedeutungen zukommen und das Denken des Individuums steuern (Villa, 2003). Demnach sind Subjekte nicht als naturgegeben zu verstehen und es kommt beim Diskurs beim Geschlecht zu gesellschaftlichen Zuschreibungen (Butler, 1990). Bei der Kategorie *Geschlecht im diskursiven Kontext* lassen sich Schwangerschaftsabbrüche nach Judith Butler (1990) zu dem gesellschaftlichen Diskurs über Geschlecht, Macht und Selbstbestimmung zuordnen. So ist innerhalb der ZIB-Beiträge zu sehen, dass die Entscheidung abzutreiben nicht ausschließlich von den betroffenen Frauen* getroffen werden kann, sondern dass politische, religiöse als auch gesellschaftliche Akteur*innen darauf Einfluss nehmen. So wird einerseits von der polnischen Ministerin für Gleichstellung Katarzyna Kotula darauf hingewiesen, dass durch restriktive Gesetze und moralische Positionierungen männlich dominierte Institutionen über den Körper von Frauen mitentscheiden und diese einschränken, und andererseits von Bischöfen die Selbstbestimmung der Frauen* als eine „*Fiktion*“ (a_39) beschrieben, da diese zu einer Abtreibung gedrängt würden und diese ihre „*eigenen Überzeugungen*“ (a_39) verletzen würden, wenn sie „*ihr Kind*“ (a_39) abtreiben würden. Aus der poststrukturalistischen Perspektive nach Butler (1990) geht es hierbei nicht um eine individuelle Entscheidung der Frauen*, sondern um Macht- und Geschlechterverhältnisse. Durch gesellschaftliche Normen, nämlich dass Frauen* die reproduktive Funktion zugeschrieben wird, werden Körperlichkeit, Mutterschaft und Weiblichkeit reproduziert und demnach die Entscheidung gegen die Mutterrolle als nicht regelkonform eingestuft (Butler, 1993). Hierbei kommt es zur „*performativity*“ (Butler, 1993, S. 2), die zur „*materiality of bodies*“

(Butler, 1993, S. 30) führt, verstanden werden, da der biologische Körper durch Normen hervorgebracht wird.

Diese gesellschaftlichen Normen werden besonders bei den Aussagen der Bischöfe, der Priester und der Lebensschutzorganisationen in der Kategorie *Normative Rahmung* deutlich. Sie verweisen vermehrt auf die Schutzbedürftigkeit der „*ungeborenen Kinder*“ (a_47) und setzen diese mit anderen schutzbedürftigen Gruppen wie „*Migrant*innen, alte Menschen, Personen mit Behinderung und Kranke*“ (a_47) gleich, ohne Frauen* hierbei anzuführen. Die Perspektive der Frauen* wird bei den Argumentationen kaum thematisiert, sondern es wird stattdessen der Fokus auf die „*tiefgreifende moralische Frage*“ (a_14) und die „*zutiefst ethische Dimension*“ (a_27; a_34) im Zusammenhang zur Abtreibung gesetzt. Dabei wird davon gesprochen, dass das Krankenhaus kein richtiger Ort für Abtreibungen sei, da von diesem eine „*hohe Symbolkraft*“ (a_27; a_34) ausgehe, bei welchem Leben gerettet und nicht getötet werden sowie Kinder keine „*Krankheit*“ (a_23) sind und auch bei Behinderungen nicht abgetrieben werden sollten, da es sich hierbei um „*Diskriminierung*“ (a_18) handle. Nach Butler (2003) wird hierbei bestimmt, welches Leben als schützenswert und wertvoll erachtet wird, nämlich die des ungeborenen Kindes. Schwangerschaftsabbrüche werden demnach nicht als „*Lösung*“ (a_23) oder „*Therapie*“ (a_39) gesehen, sondern werden mit „*Tötung des Ungeborenen*“ (a_39) gleichgesetzt und deshalb als moralisch problematisch gesehen. Nach Butler (2003) bestimmen die eingeführten Normen, welche Lebensformen gesellschaftlich anerkannt sind und welche nicht.

Vor allem bei der Kategorie *medizinische Versorgungslage* zeigt sich, wie stark die Thematik von unterschiedlichen diskursiven Positionen geprägt wird. So herrschen unterschiedliche Meinungen von Politiker*innen und Lebensschutzorganisationen darüber, ob ein Schwangerschaftsabbruch Teil der öffentlichen Gesundheitsversorgung sein sollte. Während sich SPÖ und Grüne für eine „*Entkriminalisierung von Abtreibungen*“ (a_60) aussprechen, sehen ÖVP, FPÖ, Bischöfe und Lebensschutzorganisationen Schwangerschaftsabbrüche als „*keine medizinische Leistung*“ (a_33) und plädieren auf „*ergebnisoffene Beratungen*“ (a_21) sowie auf ein Register von Daten und Informationen der Betroffenen, um „*zielgerichtete Maßnahmen*“ (a_37) zu entwickeln, dass Schwangerschaftsabbrüche verhindert werden. Der Staat sollte demnach nicht verpflichtet sein, eine „*Infrastruktur zur Tötung bereitzustellen*“ (a_33). Diese Ausdrücke zeigen, wie der Diskurs über

Abtreibungen durch moralische Bewertungen geprägt wird. Des Weiteren wird das medizinische Personal als „*erstes Opfer*“ (a_33) bei der Debatte gesehen, da es nicht die Aufgabe dessen sein sollte „*ungeborene Kinder zu töten*“ (a_33). Wie auch bei der *normativen Rahmung* zu sehen ist, wird die Perspektive und die Schutzbedürftigkeit den Frauen* abgesprochen und andere Gruppen, wie hier das medizinische Personal, rücken bei dem Diskurs in den Fokus. Nach Butler (2003) entscheiden hierbei gesellschaftliche Machtverhältnisse darüber, welche medizinische Leistungen legitimiert werden und welche nicht. Gleichzeitig werden auch ungewollt Schwangere mit Begriffen wie „*Konfliktschwangerschaften*“ (a_18), „*Schwangere in Notlage*“ (a_20) oder welche, die „*um eine gute Entscheidung ringen*“ (a_20) beschrieben, was einen Schwangerschaftsabbruch als eine Krisensituation darstellt und wiederum die gesellschaftliche Wahrnehmung dieser Entscheidung mitprägen kann.

Diese gesellschaftlichen Normen und Wertvorstellungen zeigen sich auch bei der Kategorie *gesetzliche Rahmenbedingungen* von Schwangerschaftsabbrüchen. In den Ergebnissen der ZIB-Beiträge wird das Abtreibungsrecht als „*Widerspruch zum Recht auf ungeborenes Leben*“ (a_16) gesehen. Demnach sollte eine „*Willkommenskultur für Kinder*“ (a_61) gefördert werden und Abtreibungen nur bei kriminologischer und medizinischer Notwendigkeit durchgeführt werden. Dabei sollte die „*Politik und Gesellschaft*“ (a_40) Frauen* unterstützen, ihre Schwangerschaft fortzusetzen. Des Weiteren wird die normative Vorstellung von Familie, „*das Kind, die Mutter und der Vater*“ (a_29) dargestellt, welche als ein selbstverständlicher Bestandteil von weiblichen Lebensrealitäten erscheint und alternative Lebens- und Familienformen werden dabei nicht berücksichtigt. Nach Butler (1993) herrschen beim Diskurs über das Geschlecht bestimmte gesellschaftliche Vorstellungen zu den Rollenerwartungen von Frauen* vor, wie Familie, Mutterschaft und reproduktive Selbstbestimmung zu sein haben. Hinzu kommt, dass solche Debatten nach Butler (1993) nicht neutral sind, sondern durch Machtverhältnisse geprägt werden, die wiederum darüber bestimmen, welche Familienmodelle und Lebensweisen in der Gesellschaft als legitim gelten.

Wie bei jeder qualitativen Untersuchung, gibt es bestimmte Limitationen, die im nächsten Abschnitt reflektiert werden sollen.

8.4. Limitationen der Arbeit

Eine Limitation der Arbeit liegt aufgrund der begrenzten Anzahl der durchgeführten Interviews vor, weil nicht alle Frauen*, die einen Abbruch in Österreich durchgeführt haben, berücksichtigt werden können und somit wird keine statistische Repräsentativität erreicht. Des Weiteren haben acht von zwölf Personen in Wien den Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen, wodurch es zu einer Unterrepräsentativität anderer Bundesländer kommt und die Versorgungslage bzw. der Zugang in ländlichen Regionen nicht ausreichend veranschaulicht werden kann. Zudem weist ein Großteil der Befragten einen hohen Bildungsabschluss auf, was insofern die Ergebnisse beeinflussen kann, weil der Bildungsgrad oft mit unterschiedlichen Zugängen, wie bspw. finanziellen Ressourcen, Informationen und Unterstützungsmöglichkeiten einhergehen kann. *„Eine Schwierigkeit im Zusammenhang mit Interviews liegt im Umstand, dass die Verbalisierung von Gefühlen (insbesondere von ambivalenten oder komplexen Gefühlen) nicht nur eine Reflexion des eigenen Erlebens, sondern auch ein entsprechendes sprachliches Ausdrucksvermögen voraussetzt, was nicht bei allen Befragten gegeben sein muss“* (Scherke, 2024, S. 74). So gibt die Auswahl an Interviews vielmehr auf die individuellen Erfahrungen und Wahrnehmungen der Befragten Einblick sowie auf *„[...] die aktuelle Sichtweise auf frühere Gefühle und möglicherweise entsprechende aktuelle Gefühlslagen“* (Scherke, 2024, S. 73). Hinzu kommt, dass an der Studie nur Personen teilgenommen haben, die bereit waren, ihre Erfahrungen mit dem Forschungsteam zu teilen. Demnach können Perspektiven von Personen, die nicht darüber sprechen möchten oder keinen Zugang zu der Studie hatten, unterrepräsentiert sein. Zudem wurden nur Berichterstattungen der ZIB herangezogen, wodurch andere öffentliche Diskurse von diversen Medienformaten unberücksichtigt bleiben. Bei qualitativen Analysen ist die Interpretation der forschenden Person auch zu beachten, welche trotz systematischen Vorgehens bei der Auswertung, bei der Analyse der Ergebnisse nicht vollständig ausgeklammert werden kann. Abschließend konzentriert sich die Studie auf die Perspektive der betroffenen Frauen* sowie auf die Darstellung der Thematik in den ZIB-Beiträgen mit dem Fokus auf die Stigmatisierung, da andere relevante Akteur*innen, wie politische Entscheidungsträger*innen oder das medizinische Personal bei dem Forschungsprojekt *„CLIDE“* (Durnová et al., 2024) berücksichtigt wurden. Auch wurden die Partner, die auch ein Thema bei den Interviews darstellten, der betroffenen Person bewusst nicht einbezogen, um den Rahmen dieser Arbeit nicht

zu sprengen. Diese bewusste Selektion ermöglicht die detaillierte Darstellung der Stigmatisierung innerhalb der Interviews und in den ZIB-Beiträgen.

9. Conclusio

Vor dem Hintergrund der dargestellten Ergebnisse und Diskussion, kann die Forschungsfrage: *Wie entsteht Stigmatisierung bei ungewollt Schwangeren in der österreichischen Schwangerschaftsabbruchsdebatte*, wie folgt beantwortet werden: Im Zentrum der Analyse stand darzustellen, wie das Phänomen Stigmatisierung innerhalb des medialen Diskurses und den persönlichen Erfahrungsberichten der Betroffenen konstruiert wird. Mit dem theoretischen Hintergrund von Emotionen, Stigmatisierung und wie Diskurse über Individuen Macht ausüben können, konnte mit der Interpretativen Emotionsanalyse gezeigt werden, dass Stigmatisierung als ein Prozess verstanden werden kann, der sowohl bei Interaktionen hervorgebracht werden kann als auch durch Diskurse und gesellschaftliche Erwartungen (was darf in bestimmten Situationen gefühlt werden) strukturiert wird.

So zeigen die Ergebnisse, dass Stigmatisierung bei der Debatte nicht direkt über offene Zuschreibungen erfolgt, sondern durch diskursive Rahmungen, wie das Zurückgreifen auf Normvorstellungen und das Heranziehen durch emotional aufgeladene Begriffe, vermittelt wird. Demnach wird innerhalb der ZIB-Beiträge wiederholt dargestellt, dass Schwangerschaftsabbrüche eine Frage der Moral darstellen und es sich hierbei um eine emotional belastende Entscheidung handelt. Vor allem Bischöfe und Lebensschutzorganisationen wie #fairändern, kfbö und Jugend für das Leben sprechen bei Schwangerschaftsabbrüchen von einer „*tiefgreifenden moralischen Frage*“ (a_14) und von einer „*zutiefst ethische Dimension*“ (a_27; a_34) sowie über die Tabuisierung, dass die Betroffenen „*nach dem gewaltsamen Verlust ihres Kindes still leiden*“ (a_39). Der Begriff der Kinder wird dabei häufig verwendet und diese als „*schutzbedürftig*“ (a_47) eingestuft sowie, dass es sich bei diesen um keine „*Krankheit*“ (a_20) handle und Abtreibungen nicht die „*Lösung*“ (a_23) darstellen. Des Weiteren wird viel mit Metaphern gearbeitet, indem Parallelen zum Krieg (a_7; b_14) bei der Abtreibungsdebatte hinzugezogen werden und des Weiteren vorgegeben wird, dass es in Krankenhäusern „*in erster Linie darum geht, Leben zu retten*“ (a_34) und Schwangerschaftsabbrüche dort nicht durchgeführt werden sollten. Auch die Parteien ÖVP und FPÖ plädieren dabei auf „*zielgerichtete Maßnahmen*“ (a_37), indem auf ein Register plädiert wird, sodass Schwangerschaftsabbrüche

verhindert werden und es sich hierbei um „*keine medizinische Leistung*“ (a_33) handle. Bei der Debatte kommt auch ein Leiter der Gynäkologie und Geburtshilfe zu Wort, welcher davon spricht, dass Schwangerschaftsabbrüche genauso zum Fach von Ärzt*innen dazugehören, auch wenn es sich hierbei nicht um „*die schönen Seiten*“ (a_31) des Berufs handelt. All diese Ausdrücke produzieren normative Erwartungshaltungen, wie Schwangerschaftsabbrüche gesehen werden sollten, nämlich als etwas, dass nicht der Norm entspricht und diese diskursive Rahmung wiederum vorgibt, welche Reaktionen bei der Debatte als angemessen gelten.

Diese diskursiven Muster sind auch bei den Interviews zu finden, wenn die Betroffenen über ihre individuellen Erfahrungen und ihr Empfinden innerhalb bestimmter Situationen berichten. Dabei beschreiben sie gesellschaftliche Erwartungshaltungen zu der Thematik, indem sie über die Tabuisierung seitens der Gesellschaft berichten sowie Interaktionserfahrungen mit ihrem sozialen Umfeld und mit dem medizinischen Personal beschreiben, bei welchem sie vor allem die Emotionen Angst, Schuld und Scham verspürten, für ihre Handlung „*verurteilt*“ (I6, Pos. 196) zu werden. Dabei beschreiben die Befragten, wie sie mit den Zuschreibungen umgehen und wie sie sich selbst darin positionieren. Das bedeutet, wie nun in der Öffentlichkeit über Schwangerschaftsabbrüche gesprochen wird, wirkt sich auch wiederum auf die emotionale Erfahrung der Betroffenen aus und strukturiert gleichzeitig, wie sie ihre Situation wahrnehmen, darstellen und empfinden. Demnach wird von der Gesellschaft vorgegeben, dass ein „[...] *Schwangerschaftsabbruch ein super traumatisches Erlebnis*“ (I8, Pos. 22) sein muss und bestimmte Emotionen wie bspw. Schuld seitens der Betroffenen als legitim gelten, während etwa Erleichterung, darüber offen zu sprechen, um sich weniger schuldig zu fühlen²³, als nicht normkonform angesehen wird. Mithilfe der Diskursanalyse kann veranschaulicht werden, wie es zu diesen diskursiven Abgrenzungen kommt, indem analysiert wird, wie im Diskurs dieses ‚Anderssein‘ hergestellt wird. Vor diesem Hintergrund erweist sich die theoretische Perspektive von Erving Goffman und Judith Butler als besonders wertvoll, da es veranschaulicht, dass soziale Identitäten im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen einerseits in Interaktionen hervorgebracht werden und andererseits durch übergreifende diskursive Ordnung vorstrukturiert werden. Während die Interviewpartnerinnen davon berichten, wie sie mit den Zuschreibungen umgehen,

²³ siehe Zitat der Interviewten (I7, Pos. 85) im Kap. 7.1.3.

wird anhand der ZIB-Beiträge dargestellt, wie es überhaupt zu diesen normativen Deutungsrahmen kommt. Durch diese beiden theoretischen Ansätze kann gezeigt werden, wie durch Mikrodynamiken sozialer Darstellungen makrostrukturell Macht- und Normordnungen hergestellt werden. Dabei entsteht Stigmatisierung aus dem Zusammenspiel beider Ebenen, nämlich wird diese in Interaktionen hervorgebracht und gleichzeitig durch diskursive Vorgaben strukturiert, die festlegen und legitimieren, wie darüber gesprochen, gefühlt und gehandelt werden darf. Dabei nehmen die Emotionen eine vermittelnde Rolle ein, indem sie in Interaktionen durch diskursiv geprägte Normen hervorgehen und zwischen individuellen Erfahrungen und gesellschaftlicher Ordnung verbindend wirken.

Durch die vorliegende Arbeit können noch weitere Ansatzpunkte erforscht werden. Aufgrund der geringen Anzahl an biographisch-narrativen Interviews, könnte noch eine breitere Teilnehmer*innenanzahl herangezogen werden und der Fokus auf die unterschiedliche soziale Lage, Altersgruppen oder kulturelle Hintergründe gelegt werden. Neben den ZIB-Beiträgen könnten noch andere Plattformen, wie bspw. Instagram, zeigen, wie über die Thematik gesprochen wird und welche Emotionen dazu von den Nutzer*innen vermittelt werden. Auch andere Nachrichtenforen oder etwa politische Debatten in Österreich zu der Thematik können weitere Aufschlüsse darüber bringen, wie sich der Diskurs zu Schwangerschaftsabbrüchen gestaltet oder sogar über den Zeitverlauf verändert und somit das Verständnis von Stigmatisierung noch umfassender darstellen. Des Weiteren könnten noch weitere Emotionen spezifischer untersucht und analysiert werden, indem betrachtet wird, wie diese zur Stigmatisierung beitragen sowie der Frage nachgegangen werden, welche Konsequenzen folgen, wenn die erwartenden Emotionen, wie bspw. Schuld, nicht erlebt werden.

Zusammenfassend kann Stigmatisierung als ein dynamischer Prozess verstanden werden, welcher aus unterschiedlichen Perspektiven untersucht werden kann. Gleichzeitig kann die Untersuchung von Stigmatisierung dabei helfen, Mechanismen zu entdecken, die diese fördern und dabei helfen, Verbesserungen für die Betroffenen zu begünstigen.

10. Literaturverzeichnis

10.1. Wissenschaftliche Literatur

Abels, H. (2020). *Soziale Interaktion*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Abortion Data. (2026). *Daten & Fakten. Statistiken zu Abtreibungen weltweit 2026: ein Überblick*. Abgerufen am 04. April 2026 von <https://www.abortiondata.org/de/abtreibung-weltweit/#356ff335-d81b-4afd-99d7-cd9e2cc9ccf7-link>

Abortion in Austria. (2025). *Methoden und Kosten*. Abgerufen am 11. Oktober 2025 von <https://abortion-in-austria.at/de/methoden-und-kosten/#Tabletten>

Alba-Juez, L., & Mackenzie, J. L. (2019). Emotion processes in discourse. In J. L. Mackenzie & L. Alba-Juez (Ed.), *Emotion in discourse*. The Netherlands: John Benjamins Publishing Company.

Alba-Juez, L., & Thompson, G. (2014). The many faces and phases of evaluation. In G. Thompson & L. Alba-Juez (Ed.), *Evaluation in context*. The Netherlands: John Benjamins Publishing Company.

Alexander, J., Smith, P. (2001). The Strong Program in Cultural Theory: Elements of a Structural Hermeneutics. In J. H. Turner (Ed.), *Handbook of Sociological Theory* (p. 135-150). New York: Springer US. https://doi.org/10.1007/0-387-36274-6_7

Aktionskomitee Schwangerschaftsabbruch. (2025). *FINANZIELLE UNTERSTÜTZUNGSLEISTUNGEN*. Abgerufen am 11. Oktober 2025 von <https://www.schwangerschaftsabbruch-tirol.at/finanzhilfen.php>

Amnesty International Österreich. (o.J.). *Das Menschenrecht auf Schwangerschaftsabbruch*. Abgerufen am 04. April 2026 von <https://www.amnesty.at/themen/frauenrechte/das-menschenrecht-auf-schwangerschaftsabbruch/>

Bannwart, Julia. 2018. Die Ambivalenz der „Abtreibung“ Eine Analyse der Kontroverse um den „Schwangerschaftsabbruch“ anhand des Konzeptes zu abweichendem Verhalten von Howard S. Becker. *Sozialpolitik.ch*, 2, S. 1–12. <http://dx.doi.org/10.18753/2297-8224-108>

Becker, H. S. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. London: Free Press.

Becker, H. S. (2014). *Aussenseiter. Zur Soziologie abweichenden Verhaltens*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Bednarek, M. (2008). *Emotion talk across corpora*. Basingstoke, Hants: Palgrave Macmillan.

Bisler, W. (2024). Stigma. In T. Benkel, A.D. Bührmann, D. Klimke, R. Lautmann, U. Stäheli, C. Weischer & H. Wienold (Hrsg.): *Lexikon zur Soziologie* (7. Aufl.). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Boltanski, L. (2007). *Soziologie der Abtreibung: zur Lage des fötalen Lebens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Bublitz, H. (2002). *Judith Butler zur Einführung*. Hamburg: Junius.

Busch, U., & Hahn, D. (2015). *Abtreibung: Diskurse und Tendenzen*. Bielefeld: Transcript.

Butler, J. (1990). *Gender Trouble. Feminism and the subversion of identity*. New York: Routledge.

Butler, J. (1993). *Bodies that matter*. New York: Roudedge.

Butler, J. (2003). *Kritik der ethischen Gewalt. Adorno-Vorlesungen 2002*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Butler, J. (2005). *Gefährdetes Leben. Politisches Essay*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Breuer, F., Muckel, P., & Dieris, B. (2019). *Reflexive Grounded Theory: eine Einführung für die Forschungspraxis* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer VS.

de Beauvoir, S. (1973). *The Second Sex*. New York: Vintage.

de Beauvoir, S. (1949). *Das andere Geschlecht: Sitte und Sexus der Frau*. Reinbek: Rowohlt.

de Beauvoir, S. (2024). *Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau* (27. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Durnová, A. (2018). *The Politics of Intimacy: Rethinking the End-of-life Controversy*. University of Michigan Press. <https://doi.org/10.3998/mpub.9909783>

Durnová, A. (2022). Making interpretive policy analysis critical and societally relevant: emotions, ethnography and language. *Policy & Politics*, 50 (1), p. 43–58. <https://doi.org/10.1332/030557321X16129850569011>

Durnová, A. P., & Weible, C. M. (2020). Tempest in a teapot? Toward new collaborations between mainstream policy process studies and interpretive policy studies. *Policy Sciences*, 53 (3), p. 571–588. <https://doi.org/10.1007/s11077-020-09387-y>

Durnová, A., Schmid, J., & Herzog, S. (2023). Reproductive Justice Politics: Self-Determination and the Governance of Emotions in Liberal Democracies. *International Conference on Public Policy (ICPP)*. Toronto, Kanada.

Durnová, A. (2024). *Crafting liberal democracy through self-determination*. Abgerufen am 10. April 2026 von <https://www.fwf.ac.at/en/research-radar/10.55776/V761>

Durnová, A., Schmid, J., & Herzog, S. (2024). (Un)Eingeschränkte Selbstbestimmung? Gesellschaftliche Reproduktionskurse als Regulation von Körper, Wissen und Emotionen. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*. (49), S. 417–437. <https://doi.org/10.1007/s11614-024-00579-x>

Engelhardt, M. (2010). Erving Goffman: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In B. Jörissen & J. Zirfas (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Identitätsforschung* (S.123-140). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Flick, U. (2020). *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge* (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Fonds Soziales Wien. (2025). *Finanzielle Unterstützung bei Schwangerschaftsabbruch, Fachzentrum Soziale Leistungen - MA 40 - Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht*. Abgerufen am 10. Oktober 2025 von https://www.wien.gv.at/sozialinfo/content/en/10/InstitutionDetail.do?it_1=2100594

Foucault, M. (1973). *Archäologie des Wissens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Foucault, M. (1988). *Archäologie des Wissens*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Frankpitt, S. (2025). The American abortion debate. The war of morality Republicans and Democrats talked into being. *Journal of Language and Politics*, 9, p.1569-2159. <https://doi.org/10.1075/jlp.23189.fra>

Girtler, R. (2022). Stigma. In K. Lenz, & R. Hettlage (Hrsg.), *Goffman-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung* (S. 223-228). Stuttgart: J.B. Metzler.

Goffman, E. (1956). *The Presentation of Self in Everyday Life*. Edinburgh: University of Edinburgh Social Sciences Research Centre.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Touchstone.

Goffman, E. (1967). *Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Goffman, E. (1986). *Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hahn, D., Torenz, R., Thonke, I., Eckardt, S., Schneider, M., Wyrobisch-Krüger, A., Busch, U., Helfferich C., Knittel, T., Böhm, M., Brzank, P., Knaevelsrud, C., Krumm, S., & Schuhmacher, S. (2025). Zugangsbarrieren zur Schwangerschaftsabbruchversorgung: Eine Analyse aus der Perspektive ungewollt Schwangerer – Erkenntnisse aus der Studie „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)“. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, (68), S. 28-37. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03987-2>

- Hallich, O. (2010). Das Argument der Existenzverhinderung in der Abtreibungsdebatte. *Zeitschrift für philosophische Forschung*, 64 (2), S. 216–238. <https://doi.org/10.3196/004433010791655624>
- Hannem, S. (2012). Theorizing stigma and the politics of resistance: Symbolic and structural stigma in everyday life. In H. Stacey & C. Bruckert (Ed.), *Stigma revisited: Implications of the mark* (p. 10-28). Canada: University of Ottawa Press.
- Hausbichler, B. (2024). *Schwangerschaftsabbrüche: Eine Freiheit, die die meisten wollen*. Abgerufen am 27. April 2024 von <https://www.derstandard.at/story/3000000216686/schwangerschaftsabbrueche-eine-freiheit-die-die-meisten-wollen>
- Hermanns, H. (1995). Narratives Interview. In U. Flick, E. von Kardorff, H. Keupp, L. von Rosenstiel, & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung: Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen* (2. Aufl), (S. 182-185). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Hettlage, R. (2022). Stigma. In: K. Lenz & R. Hettlage (Hrsg.): *Goffman-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung* (S. 13-17). Stuttgart: J.B. Metzler.
- Hochschild, A. R. (1979). Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology*, 85 (3), p. 551–575. <https://www.jstor.org/stable/2778583>
- Hochschild, A. R. (1983). *The Managed Heart. The Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press.
- Hunt, P. (1966). *Stigma: The experience of disability*. London, Dublin, Melbourne.
- Jäger, S., & Zimmermann, J. (2019). *Lexikon. Kritische Diskursanalyse. Eine Werkzeugkiste* (2. Aufl.). Münster: Edition des Duisburger Instituts für Sprach- und Sozialforschung im UNRAST-Verlag.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Hazel, M., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: W.H. Freeman.
- Keller, R. (2011). *Wissenssoziologische Diskursanalyse. Grundlegung eines Forschungsprogramms* (3. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Kumar, A., Hessini, L., & Mitchell, E. M. H. (2009). Conceptualising Abortion Stigma. *Culture, Health & Sexuality*, 11 (6), p. 625–639. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1080/13691050902842741>
- Lakoff, G., & Johnson, M. (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laube, S. (2022). Darstellung. In K. Lenz & R. Hettlage (Hrsg.), *Goffman-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung* (S.189-194). Stuttgart: J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-05871-3_41
- Lenz, K., & Hettlage, R. (2022). *Goffman-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung*. Stuttgart: J.B. Metzler.
- Mainqueneau, D. (1998). *Analyser les textes de communication*. Paris: Dunod.
- Mainqueneau, D. (2014). *Discours et analyse du discours: Introduction*. Paris: Armand Colin.
- Marling, R., Soosar, S., Durnová, A., & Schäfer, S.H. (2025). Methodological guide for working with emotions. *CIDAPE Climate, Inequality, and Democratic Action: The Force of Political Emotions*. Abgerufen am 05. April 2026 von https://cidape.eu/fileadmin/user_upload/p_cidape/CIDAPE_Deliverable_D1.4.pdf
- Merton, R., Kendall, P. (1993). Das fokussierte Interview. In C. Hopf & E. Weingarten (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (S. 171-204). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Müller, T. (2020). Stigma, the moral career of a concept: Some notes on emotions, agency, teflon stigma, and marginalizing stigma. *Symbolic Interaction*, 43 (1), p. 3–20. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1002/symb.473>
- Öffentliches Gesundheitsportal Österreichs. (2024). *Schwangerschaftsabbruch - gesetzliche Regelungen*. Abgerufen am 11. Oktober 2025 von <https://www.gesundheit.gv.at/leben/eltern/schwangerschaft/info/schwangerschaftsabbruch-gesetzliche-regelungen.html>
- ORF. (2024). *Die Geschichte des Österreichischen Rundfunks*. Abgerufen am 24. Mai 2024 von <https://der.orf.at/unternehmen/chronik/index.html>

- Österreichische Gesellschaft für Familienplanung. (2025). *Schwangerschaftsabbruch*. Abgerufen am 11. Oktober 2025 von <https://oegf.at/schwangerschaftsabbruch/#burgenland>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*, (19), p. 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Piwoni, E. (2020). Mass-mediated discourse on emotion, and the feeling rules it conveys: The case of the Sarrazin debate. *Current Sociology*, 68 (3), p. 390–407. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1177/0011392117751574>
- Pro Choice Austria. (o.J.). *Forderungen*. Abgerufen am 04. April 2026 von <https://www.prochoiceaustria.at/>
- Pugh, A. J. (2013). What good are interviews for thinking about culture? Demystifying interpretive analysis. *American Journal of Cultural Sociology*, 1 (1), p. 42–68. <https://doi.org/10.1057/ajcs.2012.4>
- Purcell, C., Hilton, S., & McDaid, L. (2014). The stigmatisation of abortion: a qualitative analysis of print media in Great Britain in 2010. *Culture, Health & Sexuality*, 16 (9), p. 1141–1155. <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2014.937463>
- Railsback, C. C. (1982). PRO-Life, PRO-Choice: Different Conceptions of Value. *Women's Studies in Communication* 5(1), p. 16–28. <https://doi.org/10.1080/07491409.1982.110896382015>
- Scherke, Katharina. 2024. *Emotionssoziologie*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Scholl, I., Zill, J.M., Harter, M., Dirmaier, J. (2014). An integrative model of patient-centeredness– a systematic review and concept analysis. *PLOS One*, 9 (9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107828>
- Scott, R. A. (1969). *The making of blind men: A study of adult socialization*. New York: Russell Sage Foundation.
- Sarrazin, T. (2010). *Deutschland schafft sich ab: wie wir unser Land aufs Spiel setzen*. München: Deutsche Verlags-Anstalt.
- Schwartz-Sea, P., & Yanow, D. (2006). *Interpretation and Method. Empirical Research Methods and the Interpretive Turn*. New York: M.E. Sharpe.
- Schwartz-Shea, P., & Yanow, D. (2013). *Interpretive research design: Concepts and processes*. Abingdon, Oxon: Routledge.
- Stevenson, R. (2019). *My body, my choice: the fight for abortion rights*. Victoria, British Columbia: Orca Book Publishers.
- Ladrière, P. (1982). La libéralisation de l'avortement. In: Ladrière, P., *Revue française de sociologie*, 23 (3). p. 351–548. https://www.persee.fr/issue/rfsoc_0035-2969_1982_num_23_3
- Valdez, D., & Goodson, P. (2022). Neutral or Framed? A Sentiment Analysis of 2019 Abortion Laws. *Sexuality Research and Social Policy*, (19), p. 936–945. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00690-2>
- Vester, H. G. (1991). *Emotion, Gesellschaft und Kultur. Grundzüge einer soziologischen Theorie der Emotionen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Villa, P. I. (2003). *Judith Butler*. Frankfurt am Main: Campus.
- Waldschmidt, A. (2022). Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. In K. Lenz & R. Hettlage (Hrsg.), *Goffman-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung* (S. 299–307). Stuttgart: J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-05871-3_41
- Waldschmidt, A., & Karim, S. (2022). Stigma. In K. Lenz & R. Hettlage (Hrsg.), *Goffman-Handbuch: Leben – Werk – Wirkung* (S. 223–228). Stuttgart: J.B. Metzler. https://doi.org/10.1007/978-3-476-05871-3_41
- Watzka, C. (2012). *Stigma. Zur Karriere eines soziologischen Begriffs*. Virus. Beiträge zur Sozialgeschichte der Medizin, Band 11, Wien: Verlagshaus der Ärzte. <https://doi.org/10.1553/virus11s027>

Wetherell, M. (2012). *Affect and emotion: A new social science understanding*. London: Sage Publications.

Winker, G., & Degele, N. (2009). *Intersektionalität: Zur Analyse sozialer Ungleichheiten*. Bielefeld: transcript.

Wittig, M. (1984). The Trojan Horse. In: *Feminist Issues*, 4, p. 45-49. <https://doi-org.uaccess.univie.ac.at/10.1007/BF02685548>

World Health Organization (WHO). (2025). *Abortion*. Abgerufen am 04. April 2026 von <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Zill, J., & Lindig, A. (2024). Dimensionen von Personenzentrierung in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch – ausgewählte Ergebnisse der CarePreg Studie. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, (68), S. 19-27. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03990-7>

10.2. Analysematerial: ORF/ZIB

(a/b_Zahl)	ORF/ZIB	Datum	Titel	URL
a_13	ORF	30.03.2022	UNO-Bericht: Hälfte aller Schwangerschaften ungewollt	https://orf.at/stories/3256640/
a_14	ORF	03.05.2022	Supreme-Court-Leak lässt Wogen hochgehen	https://orf.at/stories/3263515/
a_15	ORF	10.06.2022	Abtreibungen: Ambulatorium gefordert	https://tirol.orf.at/stories/3160157/
a_16	ORF	21.06.2022	Niederlande schaffen Bedenkzeit bei Abtreibungen ab	https://orf.at/stories/3272317/
a_17	ORF	24.06.2022	Biden will Höchstgerichtsurteil bekämpfen	https://orf.at/stories/3272922/
a_18	ORF	28.06.2022	Abtreibung: Kirche „will keine Strafbarkeit“	https://tirol.orf.at/stories/3162630/
b_7	ZIB	05.07.2022	„Abtreibung wie „Auftragsmord“: Papst Franziskus spricht sich klar gegen Schwangerschaftsabbrüche aus. Er sorgt mit einem neuen	https://www.instagram.com/p/CfoNpATlpFN/

			Interview für Aufsehen“	
a_19	ORF	13.11.2022	Pawlata: Leichter Zugang zu Abtreibung	https://tirol.orf.at/stories/3181949/
a_20	ORF	15.11.2022	Thema Abtreibung scheidet die Geister	https://tirol.orf.at/stories/3182322/
a_21	ORF	18.11.2022	Weiter tiefe Gräben beim Thema Abtreibung	https://tirol.orf.at/stories/3182779/
a_22	ORF	15.12.2022	Angebot für Abtreibungen soll kommen	https://tirol.orf.at/stories/3186521/
a_23	ORF	11.03.2023	Ibk: Mehrere Demos zum Thema Abtreibung	https://tirol.orf.at/stories/3198314/
a_24	ORF	24.07.2023	Einigung der Regierung bei Abtreibungen	https://tirol.orf.at/stories/3217149/
a_25	ORF	05.09.2023 (Update: 6.9.23)	Land will Daten über Abtreibungen sammeln	https://tirol.orf.at/stories/3222891/
a_26	ORF	20.09.2023	Abtreibungspraxis nun doch nicht im Krankenhaus Bregenz	https://vorarlberg.orf.at/stories/3224948/
a_27	ORF	22.09.2023	Abtreibungsdebatte: Wiesflecker kritisiert Bischof Elbs	https://vorarlberg.orf.at/stories/3225329/
a_28	ORF	26.09.2023	Wallner für Abtreibungen in Privatpraxis	https://vorarlberg.orf.at/stories/3225774/
a_29	ORF	26.09.2023	Petition für Abtreibungen gestartet	https://vorarlberg.orf.at/stories/3225759/
a_30	ORF	27.09.2023	Kritik an Versorgungslücken	https://orf.at/stories/3332659/
a_31	ORF	25.10.2023	Abtreibungen künftig im Krankenhaus Bregenz	https://vorarlberg.orf.at/stories/3229811/

a_32	ORF	25.10.2023	Abtreibung im Krankenhaus: „Meilenstein für Frauenrechte“	https://vorarlberg.orf.at/stories/3229902/
a_33	ORF	26.10.2023	„Jugend für das Leben“ fordert Wallners Rücktritt	https://religion.orf.at/stories/3221871/
a_34	ORF	26.10.2023	Abtreibungen in Vorarlberg: Bischof warnt vor Symbolkraft	https://religion.orf.at/stories/3221870/
a_35	ORF	30.10.2023	Mahnwache gegen Abtreibungen am Krankenhaus	https://vorarlberg.orf.at/stories/3230482/
a_36	ORF	04.11.2023	Zahl der Abtreibungen in den USA steigt	https://orf.at/stories/3337637/
a_37	ORF	27.11.2023	Land verteidigt Register zu Abtreibungen	https://tirol.orf.at/stories/3234226/
a_38	ORF	28.11.2023	Kfbö: Soziale Zwänge zur Abtreibung beseitigen	https://religion.orf.at/stories/322358/
a_39	ORF	29.11.2023	Fristenregelung: Bischöfe fordern Begleitforschung und Hilfen	https://religion.orf.at/stories/322361/
a_40	ORF	29.11.2023	50 Jahre weibliche Selbstbestimmung	https://orf.at/stories/3341185/
a_41	ORF	09.12.2023	Causa Kate Cox: Gericht in Texas verbietet Abtreibung	https://orf.at/stories/3342262/
b_14	ZIB	26.12.2023	„Massaker an Unschuldigen“: Am Christtag hat Papst Franziskus eine dauerhafte Lösung des Nahost-Konflikts am Verhandlungstisch gefordert. Dabei griff er auch zu einem strittigen Vergleich:	https://www.instagram.com/p/C1T9F_Ptvza/

			Abtreibungen seien ähnlich dem Leid von Kindern im Krieg.“	
a_42	ORF	22.01.2024	Seit November 30 Abtreibungen im LKH Bregenz	https://vorarlberg.orf.at/stories/3241536/
a_43	ORF	24.01.2024	Tusk will Abtreibungsverbot kippen	https://orf.at/stories/3346682/
a_44	ORF	04.03.2024	Abtreibung kommt in Verfassung	https://orf.at/stories/3350465/
a_45	ORF	07.03.2024	Raum für Schwangerschaftsabbrüche gesucht	https://tirol.orf.at/stories/3247781/
a_46	ORF	08.04.2024	Trumps Drahtseilakt beim Thema Abtreibung	https://orf.at/stories/3353872/
a_47	ORF	09.04.2024	EU-Bischöfe gegen allgemeines Recht auf Abtreibung	https://religion.orf.at/stories/3224493/
a_48	ORF	09.04.2024	Arizona: Abtreibungsverbot aus 1864 für gültig erklärt	https://orf.at/stories/3354010/
a_49	ORF	11.04.2024	Polen: Debatte über liberaleres Abtreibungsrecht	https://orf.at/stories/3354121/
a_50	ORF	11.04.2024	Abtreibung soll in EU-Grundrechtecharta verankert werden	https://orf.at/stories/3354177/
a_51	ORF	15.04.2024	Deutsche Bischöfe besorgt wegen Abtreibungsrecht	https://religion.orf.at/stories/3224593/
a_52	ORF	13.06.2024	Rauch will Abtreibung aus Strafgesetzbuch streichen	https://vorarlberg.orf.at/stories/3261021/
a_53	ORF	25.06.2024	Kritik: Abtreibung im Burgenland weiterhin unmöglich	https://burgenland.orf.at/stories/3262458/

a_54	ORF	12.07.2024	Polen: Unterhaus lehnt Lockerung von Abtreibungsrecht ab	https://orf.at/stories/3363351/
a_55	ORF	27.07.2024	Schwangerschaftsabbruch: Grüne für Schutzzonen um Kliniken	https://orf.at/stories/3364879/
a_56	ORF	29.07.2024	Krankenhaus Bregenz lehnte Abtreibung ab	https://vorarlberg.orf.at/stories/3266998/?fbclid=IwY2xjawEUrZNleHRuA2FlbQlxMQABHYrtt9Sh0qiUtPX1JaVnCJ82Zzl_6dK7gMtMA-B-5fIQTO01-Dqy1AKFYw_aem_wZ0QeNbhd0MxNCIVEKOq7w&sfnsn=wa
a_57	ORF	30.07.2024	Spital Bregenz fordert Bannmeile	https://vorarlberg.orf.at/stories/3267081/
a_58	ORF	06.09.2024	Schwieriger Weg zu Abtreibung in Tirol	https://tirol.orf.at/stories/3271979/
a_59	ORF	17.09.2024	Bericht: Erster Todesfall wegen Abtreibungsgesetz in USA	https://orf.at/stories/3370116/
a_60	ORF	27.09.2024	SPÖ und Grüne für Entkriminalisierung von Abtreibungen	https://orf.at/stories/3371068/
a_61	ORF	29.11.2024	AfD-Wahlprogramm: Gegen Abtreibungen, für EU-Austritt	https://orf.at/stories/3377454/
a_62	ORF	23.12.2024	Abtreibungsgesetz: Polnische Regierung gelähmt	https://orf.at/stories/3379541/

11. Anhang

11.1. Leitfaden – biographisch narratives Interview

Einstiegsphase	
Vorstellen	Zu Beginn würde ich dich bitten dich kurz vorzustellen und ein bisschen über dich zu erzählen, was du so machst, wer du bist, vielleicht auch wie es dir gerade geht, wenn du möchtest.
Haupterzählungsphase	
Erfahrung Schwangerschaftsabbruch	- Nun geht es ja in unserem Projekt um das Thema Schwangerschaftsabbruch. Ich würde dich nun bitten mir von deinem Schwangerschaftsabbruch und allen Erfahrungen, die du in dieser Zeit gemacht hast zu erzählen. Du kannst gerne an dem Punkt anfangen, wo für dich das Thema Schwangerschaftsabbruch beginnt. Hole gerne so weit aus, wie dir möglich und erwähne bitte alles, was dir einfällt. - Ich würde dich bitten mir alles zu deinem Schwangerschaftsabbruch zu erzählen. Du kannst von ganz vorne anfangen, was für dich den Anfangspunkt der Erfahrung. Dabei kannst du gerne ausholen und alles erwähnen, was dir einfällt, wie es dir in dem ganzen Prozess ergangen ist.
Nachfragen Emotionen	- Wie hast du dich dabei gefühlt? Wie war es für dich den Entschluss zum Schwangerschaftsabbruch zu fassen? - Wie haben andere auf den Entschluss/deine Gefühle reagiert? - Wie ging es dir danach?
Nachfragen Wissen	- Wann bist du das erste Mal mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch in Berührung gekommen? Inwiefern hast du dich im Vorfeld mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch beschäftigt? - Wie bist du an Informationen gekommen? War es leicht an Informationen zu kommen? Wenn ja, warum? Wenn nein, was bräuchte es hier, um leichter an Informationen zu kommen? - Wie war die Versorgung/der Prozess/die Erfahrung mit Ärzt:innen und Personal?
Nachfragen Körper	- Wie hast du dich körperlich nach dem Schwangerschaftsabbruch gefühlt? Wie hast du dich währenddessen gefühlt? Wurde auf Beschwerden/Probleme/Schmerzen/Anmerkungen/Fragen von dir eingegangen? - Hat sich dein Verhältnis zu dir selbst und deinem Körper durch den Prozess/die Entscheidung verändert? Wenn ja, inwiefern? - Konntest du mit deinem Umfeld über das Thema sprechen? - Inwiefern wurdest du unterstützt von Staat/Familie/Medizin/generelles Umfeld?
Abschlussphase	
Aussicht/Veränderungen	Welche Umstände hätten deine Erfahrung verbessert? Was sollte geändert werden, um die Erfahrungen anderer zu verbessern? Was fehlt aktuell?
Ergänzungen	Vielen Dank fürs Teilen deiner Erfahrung. Gibt es von Ihrer Seite noch irgendwelche Ergänzungen, die du gerne machen würdest? Haben ich irgendwelche Dinge noch nicht angesprochen, die aber vielleicht wichtig wären noch zu thematisieren?