

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

Abtreibung

Katja Krolzik-Matthei
ABTREIBUNGEN IN
DER DEBATTE IN
DEUTSCHLAND UND EUROPA

Dirk von Behren
KURZE GESCHICHTE
DES PARAGRAFEN 218
STRAFGESETZBUCH

Laura Klein · Friederike Wapler
REPRODUKTIVE GESUNDHEIT
UND RECHTE

*Kirsten Achteik · Liane Bednarz ·
Sarah Diehl*
ABTREIBUNG
UND SELBSTBESTIMMUNG:
DREI POSITIONEN

Peter Dabrock
VERANTWORTUNGSETHIK
IM UMGANG MIT FRÜHESTEM
MENSCHLICHEN LEBEN

Daniel Hornuff
LEBENSCHUTZDEBATTE
IM ZEITALTER DER
DIGITALISIERUNG

APuZ

ZEITSCHRIFT DER BUNDESZENTRALE
FÜR POLITISCHE BILDUNG

Beilage zur Wochenzeitung Das **Parlament**

Abtreibung

APuZ 20/2019

KATJA KROLZIK-MATTHEI

ABTREIBUNGEN IN DER DEBATTE IN DEUTSCHLAND UND EUROPA

Das Beenden unbeabsichtigter Schwangerschaften begleitet die Menschheitsgeschichte. In der Praxis der Abtreibung ist der Konflikt zwischen zwei Positionen bereits angelegt. Weltweit, auch innerhalb Europas, wird dieser Konflikt unterschiedlich diskutiert und reguliert.

Seite 04–11

DIRK VON BEHREN

KURZE GESCHICHTE DES PARAGRAFEN 218 STRAFGESETZBUCH

Das Abtreibungsverbot war seit seiner Aufnahme in das Strafgesetzbuch 1871 Gegenstand oft erbitterter gesellschaftlicher und politischer Diskussionen. Die fortbestehende Brisanz zeigt sich aktuell in der Diskussion um das sogenannte Werbeverbot in §219a.

Seite 12–19

LAURA KLEIN · FRIEDERIKE WAPLER

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE

In Deutschland wird die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch häufig auf eine Konfliktlage zwischen Schwangerer und Embryo reduziert. Im internationalen Recht ist bereits ein umfassendes Verständnis von reproduktiver Gesundheit und Rechte vorzufinden.

Seite 20–26

KIRSTEN ACHELNIK · LIANE BEDNARZ ·

SARAH DIEHL

ABTREIBUNG UND SELBSTBESTIMMUNG: DREI POSITIONEN

Kirsten Achteplik problematisiert pränatale Tests, die nach „Normabweichungen“ suchen. Liane Bednarz plädiert für einen seriösen Lebensschutz. Und Sarah Diehl fordert, Abtreibung ins Ermessen derjenigen zu stellen, deren Körper und Leben betroffen sind.

Seite 27–33

PETER DABROCK

VERANTWORTUNGSETHIK IM UMGANG MIT FRÜHESTEM MENSCHLICHEN LEBEN

Konflikte und Menschen in ihrer Not ernsthaft und respektvoll wahrzunehmen, ohne deshalb das Bestreben aufzugeben, menschliches Leben anzuerkennen, zu achten und zu schützen: Das sind Schritte einer Verantwortungsethik im Umgang mit frühestem menschlichen Leben.

Seite 34–40

DANIEL HORNUFF

LEBENSCHUTZDEBATTE IM ZEITALTER DER DIGITALISIERUNG

Digitalisierung in Form der Sozialen Netzwerk- und Kommunikationskultur übt erheblichen Einfluss auf die Frage aus, wie Ungeborene subjektiviert werden. In der Diskussion um Abtreibung sollte diese Entwicklung berücksichtigt werden.

Seite 41–46

EDITORIAL

„Wir haben abgetrieben!“, titelte das Magazin „Stern“ am 6. Juni 1971. Abgebildet waren die Porträts von 28 Frauen, unter ihnen die Schauspielerinnen Romy Schneider und Senta Berger. Im Heft bekannten sich 374 Frauen dazu, ihre Schwangerschaft abgebrochen zu haben. Die Frauenrechtlerin Alice Schwarzer hatte diese Aktion nach dem französischen Vorbild „Manifeste des 343“ initiiert. Denn zu dieser Zeit galt in der Bundesrepublik Deutschland ein allgemeines Abtreibungsverbot, das auf Grundlage eines Urteils von 1927 lediglich Ausnahmen aus einer medizinischen Indikation heraus (Gefährdung des Lebens der Schwangeren) zuließ. „Weg mit dem §218!“, forderte die Neue Frauenbewegung.

„Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ So lautet Absatz 1 Satz 1 §218, der unter den „Straftaten gegen das Leben“ bis heute im Strafgesetzbuch (StGB) steht. Eingeführt im Kaiserreich, wurde das Abtreibungsstrafrecht im Laufe der Zeit liberalisiert. Während in der DDR Abtreibung ab 1972 in den ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft freigegeben war und danach eine weite Indikationenregelung griff, wurde in der Bundesrepublik 1976 ein reines Indikationenmodell eingeführt. Seit 1996 gilt im wiedervereinigten Deutschland eine Kombination aus einem Fristenmodell bis zur zwölften Schwangerschaftswoche nach Beratung und einer erweiterten medizinischen und kriminologischen Indikationenlösung (§218a). Zuletzt einigte sich die Regierungskoalition auf eine Reform des §219a StGB, der ein sogenanntes Werbeverbot statuiert.

Debatten um Abtreibung berühren Kernbereiche des menschlichen Lebens und der menschlichen Würde. In der Abtreibung ist der Konflikt zwischen der unbeabsichtigt und ungewollt Schwangeren und dem werdenden Kind bereits angelegt. Anders als in früheren Zeiten wird der Diskurs um Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland kaum noch als bevölkerungspolitischer geführt. Es geht vielmehr um Grund- und Menschenrechte, Weltanschauung/Religion, Ethik, Medizin, Gesundheit und Inklusion. In einer solchen Gemengelage gibt es keine einfachen Lösungen.

Anne Seibring

ABTREIBUNGEN IN DER DEBATTE IN DEUTSCHLAND UND EUROPA

Katja Krolzik-Matthei

Konflikte um Abtreibung sind keine deutsche Eigentümlichkeit und schon gar nicht eine der Moderne. Vielmehr ist der Konflikt in dieser universalen wie menscheitsgeschichtlichen Praxis angelegt.⁰¹ Im Wesentlichen treffen zwei Positionen aufeinander:⁰² Die eine stellt den Embryo beziehungsweise den Fötus, die andere die schwangere Person in den Mittelpunkt. Diejenige Position, die den Embryo/Fötus ins Zentrum ihrer Betrachtung und Argumentation stellt, ist in der Regel gegen Abtreibung, fordert strenge Restriktionen bis hin zum vollständigen Verbot. Vertreter_innen dieser Position finden sich eher im konservativen oder rechten politischen Lager und sind häufig religiös (christlich)⁰³ geprägt. Vertreter_innen der Position, die die schwangere Person in den Mittelpunkt rückt, sprechen sich in der Regel für ein Recht auf Abtreibung aus und finden sich eher im liberalen und linken politischen Lager und sind häufig feministisch motiviert.⁰⁴

Seit 1996 hat sich in der Debatte in Deutschland noch eine weitere Gruppe herausgebildet: Vertreter_innen jener Position, die den vielfach beschworenen „mühsam errungenen Kompromiss“ um die Ausgestaltung der §§218ff. Strafgesetzbuch (StGB) nicht erneut infrage stellen woll(t)en, unabhängig davon, ob dieser Kompromiss ihre ehemals (oder auch immer noch) vertretenen politischen Positionen widerspiegelt oder nicht. Der Kompromiss und der damit zumindest weitgehend erreichte Rechtsfrieden führten in Deutschland tatsächlich dazu, dass nach jahrelangen erbitterten Auseinandersetzungen um die Maximalforderungen eine relative Ruhe einkehrte.⁰⁵ Mit dieser ist es vorbei.

Weltweit, auch innerhalb Europas und sogar der EU, geben Staaten sehr unterschiedliche Antworten auf die bestehenden Konfliktlinien. Dies reicht von einem völligen Verbot (etwa in Nicaragua) bis zur außerstrafrechtlichen Regelung (etwa in Kanada). Viele europäische Länder haben ähnlich wie Deutschland einen Schwangerschaftsabbruch

unter bestimmten Voraussetzungen legalisiert beziehungsweise straffrei gestellt, andere mit starken Restriktionen belegt.⁰⁶ Kein Staat innerhalb Europas hat bisher Abtreibung vollständig entkriminalisiert.

In diesem Beitrag wird zunächst die Begriffswahl geklärt, anschließend folgt ein Überblick über die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen und über Einstellungen zu Abtreibung in der Bevölkerung in Deutschland und Europa. Im Fokus stehen die Debatten in Deutschland, ein Blick wird auf die europäischen Beispiele Polen und Irland geworfen.

UNTERSCHIEDLICHE BEGRIFFE – UNTERSCHIEDLICHE HALTUNGEN

Das durch äußere Einwirkung herbeigeführte vorzeitige Beenden einer Schwangerschaft kann in der deutschen Sprache mit verschiedenen Begriffen bezeichnet werden. Medizinisch werden beispielsweise die Begriffe „Abruptio“ oder „Interruptio“ verwendet. Der Begriff „induzierter Abort“ gehört ebenfalls in den Bereich der medizinischen Fachsprache. Umgangssprachlich ebenso wie innerhalb politischer Debatten über diesen Vorgang werden vor allem die Begriffe „Schwangerschaftsabbruch“ und „Abtreibung“ verwendet. In der DDR kursierte noch eine weitere Bezeichnung im Diskurs. Dort wurde von einer „Schwangerschaftsunterbrechung“ gesprochen.⁰⁷

Der Begriff „Schwangerschaftsabbruch“ taucht erstmalig Ende der 1960er Jahre⁰⁸ auf und scheint politischer Rhetorik geschuldet zu sein. „Abtreibung“, in der jüngeren deutschen Geschichte und der Gegenwart eher als politischer Kampfbegriff wahrgenommen, war über Jahrhunderte der gängige Begriff für den Vorgang des willentlichen Abbruchs einer (ungewollten) Schwangerschaft. Erst ab Mitte des 20. Jahrhunderts wurde der Begriff „Abtreibung“ nicht mehr in seiner eigentlichen Neutralität, sondern tendenzi-

ös verwendet. So wurde beispielsweise sowohl in Gesetzestexten als auch in Zeitungsartikeln in der DDR unterschieden zwischen der legitimen „Unterbrechung“ einer Schwangerschaft und einer illegalen „Abtreibung“, die von „Kurfuschern“ vorgenommen wurde. Die westdeutsche Frauenbewegung beharrte darauf, den Begriff affirmativ zu verwenden und von Abtreibung zu sprechen und zu schreiben, wenn es um den Abbruch einer Schwangerschaft ging, und etablierte Abtreibung geradezu als feministischen Kampfbegriff. Gegenwärtig hat der Begriff dadurch eine widersprüchliche Konnotation: Einerseits wird er in konservativen bis hin zu fundamental-religiösen Zusammenhängen eindeutig ablehnend und auch abwertend gebraucht („Abtreibung ist Mord“). Andererseits spielte und spielt er wieder eine wichtige Rolle in emanzipatorisch-feministischen Zusammenhängen („Abtreibung ist ein Menschenrecht“). In anderen Sprachen, wie im Englischen, Französischen oder Spanischen, scheint es diese begriffliche Unterscheidung entlang der weltanschaulichen Position und auch die Unterscheidung zwischen politischem/öffentlichem Sprechen und Umgangssprache nicht zu geben. *Abortion*, *avortement* oder *aborto* werden sowohl in politischen Kämpfen als auch in der Fachliteratur benutzt. Im Folgenden werden die Begriffe „Schwangerschaftsabbruch“ und „Abtreibung“ synonym verwendet.

01 Vgl. Luc Boltanski, *Soziologie der Abtreibung. Zur Lage des fötalen Lebens*, Frankfurt/M. 2007, S. 38–46.

02 Vgl. Jürgen Gerhards/Friedhelm Neidhardt/Dieter Rucht, *Zwischen Palaver und Diskurs. Strukturen öffentlicher Meinungsbildung am Beispiel der deutschen Diskussion zur Abtreibung*, Opladen 1998.

03 Für Einblicke beispielsweise in jüdische und muslimische Perspektiven vgl. Nationaler Ethikrat, *Der Umgang mit vorgeburtlichem Leben in anderen Kulturen*, Tagungsdokumentation, Berlin 2003.

04 Eine chronologische Zusammenfassung um den Kampf von Frauen für das Recht auf körperliche Selbstbestimmung findet sich bei Katja Krolzik-Matthei, §218. *Feministische Perspektiven auf die Abtreibungsdebatte in Deutschland*, Münster 2015.

05 Vgl. Ulrike Busch, *Vom individuellen und gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema Abtreibung*, in: dies./Daphne Hahn (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen*, Bielefeld 2014, S. 13–40. Siehe dazu auch den Beitrag von Dirk von Behren in dieser Ausgabe (*Anm. d. Red.*).

06 Siehe etwa *Zwischen legal und verboten: Abtreibungen in Europa*, 3. 6. 2016, www.bpb.de/228817.

07 Vgl. Kirsten Thietz (Hrsg.), *Ende der Selbstverständlichkeit? Die Abschaffung des §218 in der DDR*. Dokumente, Berlin 1992.

08 „Schwangerschaftsabbruch“, in: DWDS – Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache, hrsg. von der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften, www.dwds.de/wb/Schwangerschaftsabbruch.

HÄUFIGKEIT VON SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN

Die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche wird in Deutschland seit 1996 gemäß §§ 15 ff. Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) durch das Statistische Bundesamt erfasst. Praxen und andere Einrichtungen, in denen Abbrüche vorgenommen werden, sind verpflichtet, die Eingriffe nach gesetzlich vorgegebenen Merkmalen zu erheben und diese Erhebung vierteljährlich dem Bundesamt zu melden. Aus dieser Statistik wird ersichtlich, dass die Zahl der Abbrüche pro Jahr in Deutschland seit 1996 von etwa 130 000 auf um die 100 000 zurückgegangen ist. Über 96 Prozent aller Abbrüche werden innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen und nach der Beratungsregelung (§ 218a Abs. 1 StGB) vorgenommen.⁰⁹

Im europäischen Vergleich hat Deutschland damit (offiziell) die meisten Abbrüche (ausgenommen Russland). Die absoluten Zahlen sind jedoch wenig aussagekräftig, fehlt ihnen doch die Relation zur Gesamtbevölkerungszahl und zu der Zahl der Menschen, die überhaupt in die Situation kommen können, einen Abbruch vornehmen zu lassen. Hierfür ist die sogenannte Abbruchziffer heranzuziehen. Sie gibt an, wie viele von 1000 Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren innerhalb eines Jahres einen Abbruch hatten. In Deutschland beträgt die Abbruchziffer recht konstant um die 4,4. Insbesondere in einigen der ehemaligen Sowjetstaaten liegt die Abbruchziffer vergleichsweise hoch (*Tabelle*).

Am Beispiel Polen, das besonders restriktive Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch hat, zeigen sich allerdings die Schwierigkeiten, die Zahl der Abtreibungen realistisch abzubilden: Sowohl die absolute Zahl als auch die Abbruchziffer sind in den offiziellen Statistiken sehr niedrig. Dafür wird die Zahl der illegalisierten Abtreibungen auf bis zu 150 000 geschätzt.¹⁰ Unbeabsichtigt

09 Vgl. Statistisches Bundesamt, *Schwangerschaftsabbrüche*, Fachserie 12, Reihe 3 (2018), Wiesbaden 2019, Anhang A 1.1. und Tabelle 7.

10 Vgl. Markus Nowak/Anne-Katrin Mellmann, *Abtreibungen in El Salvador und Polen. Stigmatisiert und weggesperrt*, 15. 1. 2019, www.deutschlandfunkkultur.de/abtreibungen-in-el-salvador-und-polen-stigmatisiert-und-979.de.html?dram:article_id=438357; Agata Chelstowka, *Stigmatisation and Commercialisation of Abortion Services in Poland: Turning Sin Into Gold*, in: *Reproductive Health Matters*, 7. 5. 2011, [https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(11\)37548-9](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(11)37548-9).

Tabelle: Schwangerschaftsabbruchziffern in europäischen Ländern 2017

Georgien	23,0
Bulgarien	12,7
Estland	11,0
Armenien	10,5
Aserbajdschan	10,5
Vereinigtes Königreich*	10,4
Island	10,3
Ungarn	10,2
Rumänien	10,1
Dänemark**	9,3
Belarus	9,0
Ukraine	7,5
Lettland	7,3
Spanien	7,0
Tschechien	6,5
Finnland	6,3
Slowenien	6,3
Italien*	5,0
Slowakei	5,6
Litauen	5,4
Serbien	5,3
Portugal	5,2
Deutschland	4,5
Schweiz	4,0
Montenegro	3,5
Kroatien	2,1
Albanien	1,1
Polen	0,1

Quelle: Eurostat, Schwangerschaftsabbruchziffern, 1.4.2019, http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_fabortind&lang=de. Die Ziffer gibt an, wie viele von 1000 Frauen im Alter von 15 bis 45 Jahren innerhalb eines Jahres einen Abbruch hatten. Für einige Länder liegen bei Eurostat keine statistischen Daten vor.

* 2016 ** 2014

Schwangere in Polen, die ihre Schwangerschaft beenden wollen, reisen häufig ins benachbarte Ausland oder organisieren mithilfe der sogenannten Abtreibungspille den Abbruch selbst.¹¹ Verbote und Restriktionen von Schwangerschaftsabbrüchen tragen somit kaum zur Senkung der Abbruchzahlen bei, sondern verschieben die Praxis lediglich in einen gesellschaftlichen Graubereich hinein. Dadurch werden die trotzdem vorgenommenen Abbrüche unsicherer, und damit steigt das Risiko einer Bedrohung von Leib und Leben der schwangeren Personen. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem rechtlichen Status von Abtreibung und unsicheren Abbrüchen hat 2017 eine gemeinsame Untersuchung der Weltgesundheitsorganisation und des Guttmacher Instituts belegt.¹²

EINSTELLUNGEN DER BEVÖLKERUNG ZU SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHEN

In der Allgemeinen Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften (ALLBUS) werden regelmäßig Einstellungen gegenüber dem Schwangerschaftsabbruch abgefragt. Die Befragten können zu der Aussage „ob es [i]hrer Meinung nach einer Frau gesetzlich möglich sein sollte oder nicht, einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen“¹³ Zustimmung oder Ablehnung äußern, wobei zwischen acht verschiedenen Gründen beziehungsweise Begründungen für den Abbruch differenziert wird. Bei der Betrachtung der Ergebnisse seit 1992 bis 2012 fällt auf, dass die Gesundheitsgefährdung der Schwangeren und des Fötus beziehungsweise des werdenden Kindes als legitime Gründe für eine Abtreibung gelten (Zustimmung konstant bei um die 90/über 90 Prozent), deren Akzeptanz zudem im historischen Vergleich kaum Veränderungen unterliegt. Gleiches gilt für den Abbruch einer Schwangerschaft nach einer Vergewaltigung (ebenfalls über 90 Prozent Zustimmung).

¹¹ Siehe dazu den Beitrag von Sarah Diehl in dieser Ausgabe (Anm. d. Red.).

¹² Vgl. Bela Ganatra et al., Global, Regional and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian Hierarchical Model, Amsterdam 2017.

¹³ GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Allgemeine Bevölkerungsumfrage der Sozialwissenschaften ALLBUScompact 1992, 1996, 2000, 2006 und 2012, Köln 2014.

Die Anerkennung der Willensentscheidung der Schwangeren als Legitimationsgrund („wenn die Frau es so will, unabhängig davon, welchen Grund sie dafür hat“) fällt hingegen kontrovers aus. Im historischen Vergleich hat die Zustimmung durch alle Befragten im Zeitraum von 1992 bis 2006 um zehn Prozent abgenommen. 2006 akzeptierten diesen Grund noch zwei Drittel der ostdeutschen und nur wenig mehr als ein Drittel der westdeutschen Befragten. Das kann darauf hindeuten, dass die Einstellung einer Bevölkerung zur Abtreibung auch von den jeweiligen gesetzlichen Regelungen abhängt. In Ostdeutschland galt von 1972 bis zur endgültigen Neuregelung 1996, dass ungewollte Schwangere innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen die Schwangerschaft auf ihren Wunsch hin und ohne Angabe von Gründen abbrechen lassen konnten. An historischen Vergleichsuntersuchungen mit ostdeutschen Jugendlichen bestätigt sich diese Vermutung. Denn während sich 1990 noch etwa die Hälfte der Befragten für die Regelungsoption einer Fristenlösung aussprach, taten dies 2013 nur noch 16 Prozent.¹⁴

Die Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch variieren stark zwischen einzelnen europäischen Ländern, wie eine Untersuchung durch das Meinungsforschungsinstitut Ipsos Public Affairs zeigt.¹⁵ Während in Polen und Italien eher restriktive Ansichten überwiegen, spricht sich in Schweden, Frankreich und Großbritannien die Mehrheit der Befragten für die uneingeschränkte Möglichkeit zum Abbruch aus.¹⁶ Die Ergebnisse für Deutschland drücken Ambivalenz aus – etwa die Hälfte der Befragten stimmt dem zu.¹⁷ Neben der jeweils aktuellen nationalen Gesetzeslage beeinflussen auch deren historische Entwicklung und die religiöse und weltanschauliche Prägung der Bevölkerung offenbar die Einstellungen zum Schwangerschaftsabbruch.

14 Vgl. Kurt Starke/Konrad Weller, PARTNER 3 – Sexualität und Partnerschaft der Ostdeutschen unter besonderer Berücksichtigung von AIDS. Forschungsbericht und Tabellenband, Leipzig 1991; Konrad Weller, Jugendsexualität 2013. PARTNER 4 – Sexualität und Partnerschaft ostdeutscher Jugendlicher im historischen Vergleich. Tabellenband 2013 – 1990 – 1980, Merseburg 2013.

15 Vgl. Robert Grimm/Liane Stavenhagen, Einstellungen und Meinungen zum Schwangerschaftsabbruch in Europa. Eine vergleichende Studie, Hamburg u. a. 2016.

16 Vgl. ebd., S. 4.

17 Vgl. ebd., S. 3.

AKTUELLE DEBATTEN UM SCHWANGERSCHAFTSABBRÜCHE

Sowohl die Rechtslage als auch die gesellschaftspolitische Debatte um Abtreibung sind in Europa höchst unterschiedlich. Vor allem dort, wo liberale Regelungen implementiert wurden, werden diese von Befürworter_innen einer restriktiven Gesetzgebung in den Parlamenten und auf der Straße häufig wieder infrage gestellt. Die sogenannte Lebensschutz-Bewegung mobilisiert nicht nur in Deutschland, sondern gesamteuropäisch Abtreibungsgegner_innen, etwa durch Kampagnen wie „One of Us“ 2014.¹⁸ Gleichzeitig gibt es liberale gesellschaftliche Kräfte – oft, aber nicht nur feministisch motiviert –, die solche oder ähnliche Bestrebungen nicht unwidersprochen lassen. Zunächst wird im Folgenden auf die Debatte in Deutschland eingegangen, anschließend ein Blick auf Polen und Irland geworfen – zwei Länder, in denen die katholische Kirche eine starke gesellschaftliche und politische Verankerung hat.

Deutschland

Wie bereits erwähnt, ist es mit der Ruhe in der Debatte um Abtreibung in Deutschland vorbei. Und dass es sich nur um eine „relative“ Ruhe handelte, lässt sich am besten an der Entwicklung der „Lebensschutz“-Bewegung ablesen.¹⁹ Gewissermaßen relativ unbe(ob)achtet hat sich spätestens seit den 2000er Jahren eine durch zahlreiche Organisationen und Personen getragene, professionell arbeitende und inhaltlich auch für verschiedene Themen anschlussfähige Struktur in Deutschland herausgebildet. Als „Gegenbewegung“ gegründet,²⁰ existiert die Bewegung organisatorisch in Deutschland seit den 1970er Jahren, als sich erste Gruppen unter dem Namen „Ja zum Leben“ zusammenschlossen.²¹ Die Bezeichnung „Gegenbewegung“ ist deshalb zutreffend, weil sich „Ja zum Leben“ und alle weiteren Gruppierungen und Vereine dezidiert in Opposition zur

18 Vgl. Anja Hennig, Moralpolitik und Religion, in: Busch/Hahn (Anm. 5), S. 83–102.

19 Vgl. Eike Sanders/Ulli Jentsch/Felix Hansen, „Deutschland treibt sich ab“ – Organisierter „Lebensschutz“. Christlicher Fundamentalismus. Antifeminismus, Münster 2014; Eike Sanders/Kirsten Achtelik/Ulli Jentsch, Kulturkampf und Gewissen. Medizinethische Strategien der „Lebensschutz“-Bewegung, Berlin 2018.

20 Vgl. Sanders/Jentsch/Hansen (Anm. 19), S. 43.

21 Vgl. ebd., S. 44.

feministischen Bewegung gegen §218 StGB positionierten und ausdrücklich für ein Verbot von Abtreibung eintraten. Weltanschaulicher Hintergrund der „Lebensschutz“-Bewegung ist in erster Linie eine christliche Auffassung, die jede Schwangerschaft als gottgewollt betrachtet, den Embryo vom Zeitpunkt der Empfängnis an als Menschen (Person) ansieht und damit keine Notwendigkeit, aber auch kein Recht für Schwangere anerkennt, sich gegen das Austragen dieser Schwangerschaft zu entscheiden.²² Abtreibung gilt für den organisierten „Lebensschutz“ als Mord oder Tötung und stellt damit einen Verstoß gegen göttliche Gebote und auch gegen weltliches Recht dar. Ziele der „Lebensschutz“-Bewegung sind das vollständige Verbot von Abtreibung oder zumindest die Beschränkung von Ressourcen für Beratungsstellen oder Mediziner_innen, die Abtreibungen vornehmen.²³

Die „Lebensschutz“-Bewegung agiert mit einem breiten Spektrum an Aktionsformen und Angeboten. Diese reichen von Beratungsangeboten zur direkten Beeinflussung von ungewollt Schwangeren und Bildungsangeboten für Jugendliche (beispielsweise durch den Verein KALEB e.V.) über politische Lobbyarbeit mittels eines gut strukturierten und finanziell gut ausgestatteten Netzwerks an Vereinen und Initiativen (wie etwa Aktion Lebensrecht für Alle e.V.; Bundesverband Lebensrecht; Christdemokraten für das Leben) bis hin zu zum Teil mehrwöchigen, Schwangere und Fachkräfte einschüchternde Kundgebungen im öffentlichen Raum in unmittelbarer Nähe von Beratungsstellen und Kliniken.²⁴ Bundesweite Aufmerksamkeit erzielt die Bewegung mit dem jährlich in Berlin und anderen Städten stattfindenden „Marsch für das Leben“. Starke Präsenz zeigt die „Lebensschutz“-Bewegung im Internet, wo Initiativen oder einzelne Akteur_innen Listen von Kliniken, Beratungsstellen und einzelnen Personen führen, die als „Abtreiber“ deklariert werden. Zudem werden über diese Internetseiten Falschinformationen zu

Methoden und Folgen von Schwangerschaftsabbrüchen verbreitet und die als „Abtreiber“ bezeichneten Personen auch unter Bemühung von Holocaust-Vergleichen diffamiert.

Für Aktivist_innen der „Lebensschutz“-Bewegung bot zudem §219a StGB eine willkommene Möglichkeit, um Ärzt_innen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, unter Druck zu setzen. Das in diesem Paragraphen statuierte sogenannte Werbeverbot war bis vor Kurzem so ausgestaltet, dass bereits die bloße Information, dass in dieser Praxis oder jenem Krankenhaus Abbrüche möglich sind, als strafbar galt. Der bekannte Abtreibungsgegner Klaus Günter Annen erstattete nach eigener Auskunft auf seiner Internetseite abtreiber.com seit 2005 regelmäßig Anzeigen gegen Ärzt_innen und Einrichtungen, die seiner Ansicht nach gegen den §219a StGB verstoßen hatten. In der Regel wurden die Verfahren eingestellt, die Anzeigen nicht zur Anklage gebracht.²⁵ Auch die Gießener Ärztin Kristina Hänel erhielt nach eigener Aussage seit über zehn Jahren regelmäßig Anzeigen dieser Art. Erst 2017, als der Abtreibungsgegner Yannic Hendricks²⁶ Hänel anzeigte, wurde diese, auch weil Hänel im Unterschied zu anderen angezeigten Ärzt_innen die Information nicht von ihrer Homepage nehmen wollte, zur Anklage gebracht. Der Fall wurde am 24. November 2017 vor dem Amtsgericht Gießen verhandelt und die Ärztin zu einer Geldstrafe von 6000 Euro verurteilt.

Der Fall markiert eine Zäsur, sowohl in der deutschen Rechtspraxis zur Abtreibungsgesetzgebung als auch in der parteipolitischen Auseinandersetzung und der aktivistischen Praxis von Feminist_innen. Binnen kürzester Zeit erhielt der Fall Kristina Hänel weitreichende mediale Aufmerksamkeit, und es entstanden zahlreiche feministische Bündnisse und Initiativen; Ärzt_innen bekannten medienwirksam „Wir machen Schwangerschaftsabbrüche“,²⁷ und zivilgesellschaftliche Akteur_innen forderten, §219a zu

22 Diesbezüglich werden innerhalb der „Lebensschutz“-Bewegung durchaus Abstufungen akzeptiert, etwa bei Schwangerschaft nach Vergewaltigung oder bei Lebensgefahr der Schwangeren.

23 Vgl. Sanders/Achtelik/Jentsch (Anm. 19), S. 110 ff.

24 Vgl. Jan Petter, Radikale Abtreibungsgegner belagern in Frankfurt für 40 Tage eine Beratungsstelle für Schwangere, 25.3.2019, www.bento.de/politik/pro-familia-frankfurt-abtreibungsgegner-legen-beratungsstelle-40-tage-lang-lahm-a-73279788-a0e9-4088-8667-f2d794bb7ed0.

25 Vgl. Sanders/Achtelik/Jentsch (Anm. 19), S. 99.

26 Hendricks versucht, die öffentliche Nennung seines Namens zu unterbinden. Sowohl das Landgericht Düsseldorf als auch das Landgericht Hamburg haben entsprechende Klagen zurückgewiesen. Vgl. www.buzzfeed.com/de/julianeloeffler/buzzfeed-news-yannic-hendricks-gericht-219a; www.mopo.de/hamburg/streit-um-219a-urteil-in-hamburg-aktivistin-darf-abtreibungsgegner-beim-namen-nennen-32431390.

27 Vgl. Dinah Riese, „Wir machen Schwangerschaftsabbrüche“. Kollegen-Solidarität mit Kristina Hänel, 18.11.2017, www.taz.de/15465347/.

streichen.²⁸ Die Forderung nach Abschaffung beziehungsweise Einschränkung des Werbeverbots fand nach und nach bei fast allen Bundestagesfraktionen Anklang, ausgenommen CDU/CSU und AfD.²⁹

In den Plenarbeiträgen der einzelnen Abgeordneten im Deutschen Bundestag oder in den Stellungnahmen der Sachverständigen vor dem Rechtsausschuss wurden, obwohl es im Grunde um die Frage nach der Ausübung des aktiven und passiven Informationsrechts ging, erneut die grundsätzlichen Linien der Abtreibungsdebatte deutlich. Von den Vertreter_innen der jeweiligen Position zum §219a StGB galt dieser entweder als Garant für den Schutz des ungeborenen Lebens im „Gesamtpaket“ der Abtreibungsgesetzgebung oder als ein Ausdruck der Einschränkung des Selbstbestimmungsrechts von Frauen. Nicht nur die inhaltliche Auseinandersetzung knüpfte an die bekannten Positionen zur Abtreibung an, sondern auch die Form der Lösung setzte in einer gewissen Kontinuität den deutschen Weg der Abtreibungsgesetzgebung fort: Auch das Ergebnis der Verhandlung zwischen den Koalitionsparteien SPD und CDU/CSU wurde wie die Kompromisse in den 1990er Jahren als hart errungen dargestellt, die vorausgegangenen Verhandlungen als zäh. Ein vorläufiger Schlusspunkt ist mit der Änderung des §219a nun erreicht.

Beendet ist die Debatte aber damit nicht. Sowohl Kristina Hänel als auch die FDP-Fraktion gemeinsam mit Bündnis 90/Die Grünen und Die

Linke haben angekündigt, dass sie eine Beurteilung des Gesetzes durch das Bundesverfassungsgericht anstreben.³⁰ Emanzipatorisch-feministische Akteur_innen betrachten ihre Forderung nach einem Mehr an Selbstbestimmung für Frauen mit dem geänderten Gesetz als nicht erfüllt. Sie warnen unter anderem davor, dass auch unter den verbesserten Umständen immer weniger Ärzt_innen aus Unsicherheit oder Angst vor Anfeindungen Abbrüche vornehmen könnten.³¹

Mediziner_innen nehmen in dem Prozess einer Abtreibung neben den Berater_innen der anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen eine zentrale Stellung ein. Sie sind in jedem Fall Ansprechpersonen für die ungewollt Schwangeren, mindestens bei der Feststellung der Schwangerschaft. Damit ungewollt Schwangere den im gesetzlichen Rahmen möglichen Abbruch auch erhalten, braucht es genügend Mediziner_innen, die diese Leistung anbieten. Versorgungslücken sind aber bereits vorhanden – nicht nur in Deutschland.³² Bei der Frage, ob der_die einzelne Mediziner_in Schwangerschaftsabbrüche im eigenen Leistungsspektrum aufnimmt oder nicht, spielen neben dem stigmatisierenden Klima zwei weitere Aspekte eine Rolle: erstens die Möglichkeit der Ablehnung aus Gewissensgründen und zweitens die im Medizinstudium erworbenen theoretischen und praktischen Kenntnisse.

Die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland eröffnet Ärzt_innen die Möglichkeit, aus persönlichen weltanschaulichen oder religiösen Motiven Patient_innen den Eingriff zu versagen, der de facto als gerechtfertigt behandelt wird.³³ Dieser indivi-

28 Vgl. Verbändebündnis, Für einen freien Zugang zu Informationen über Schwangerschaftsabbrüche – §219a StGB aufheben!, Offener Brief, Berlin, 23.4.2018; Deutscher Frauenrat, §219a abschaffen – für Selbstbestimmung und freie Arzt- oder Ärztinnenwahl, 24.6.2018, www.frauenrat.de/%c2%a7219a-abschaffen-fuer-selbstbestimmung-und-freie-arzt-oder-aertzinnenwahl; Paritätischer Wohlfahrtsverband, Zur Berufungsverhandlung im Fall Kristina Hänel: AWO und Paritätischer fordern die Abschaffung von §219a StGB und den Schutz des Informationsrechts der Frau!, 11.10.2018, www.der-paritaetische.de/presse/zur-berufungsverhandlung-im-fall-kristina-haenel-awo-und-paritaetischer-fordern-die-abschaffung-von.

29 Vgl. Bundestags-Drucksache (BT-Drs.) 19/93, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Aufhebung des Werbeverbots für Schwangerschaftsabbrüche, 22.11.2017 (Fraktion Die LINKE); BT-Drs. 19/630, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Aufhebung von §219a StGB, 2.2.2018 (Fraktion Bündnis '90/Die Grünen); BT-Drs. 19/1046, Entwurf eines Gesetzes zur Aufhebung des §219a des Strafgesetzbuches, 2.3.2018 (SPD-Fraktion); BT-Drs. 19/820, Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Strafgesetzbuches – Einschränkung des Verbots der Werbung für Schwangerschaftsabbrüche, 20.2.2018 (FDP-Fraktion).

30 Vgl. Deutsches Ärzteblatt, FDP, Linke und Grüne bereiten Klage gegen reformierten Paragraphen 219a vor, 1.3.2019, www.aerzteblatt.de/nachrichten/sw/Schwangerschaftsabbruch?nid=101388.

31 Valide Studien für diese Einschätzung fehlen. Sie wird allerdings bestätigt durch einen Bericht der ARD-Sendung „Kontraste“ vom 23.8.2018: „(...) nach einer für Kontraste erstellten Berechnung des Statistischen Bundesamtes seit 2003 um 40 Prozent gesunken: von 2000 auf 1200 Stellen.“ www.rbb-online.de/kontraste/archiv/kontraste-vom-23-08-2018/immer-weniger-aerzte-bieten-schwangerschaftsabbrueche-an.html.

32 Vgl. Paola Tamma, Auch wenn die Abtreibung legal ist, wird der Zugang nicht gewährt, 24.5.2018, www.europeandatajournalism.eu/ger/Nachrichten/Daten-Nachrichten/Auch-wenn-die-Abtreibung-legal-ist-wird-der-Zugang-nicht-gewaehrt.

33 Vgl. Wolfgang Uwe Eckart, Schwangerschaftsabbruch. Ein moralphilosophischer und rechtlicher Kompromiss, in: Deutsches Ärzteblatt 42/2018, www.aerzteblatt.de/archiv/201945/Schwangerschaftsabbruch-Ein-moralphilosophischer-und-rechtlicher-Kompromiss.

duelle Entscheidungsspielraum für Mediziner_innen ergibt sich aus dem ethischen Konflikt um die Frage des Beginns menschlichen Lebens und der (moralischen) Rechtfertigbarkeit der Beendigung eines potenziellen Lebens.³⁴

Ein weiterer Grund, der für die zunehmenden Versorgungslücken, insbesondere in Deutschland, angeführt wird, ist die Tatsache, dass aktuelle, fachgerechte Methoden zum Abbrechen einer Schwangerschaft in Deutschland nicht regulärer Bestandteil des Medizinstudiums sind, auch nicht im Rahmen der fachärztlichen Ausbildung in der Gynäkologie.³⁵ In den Gegenstandskatalogen für das Erste und Zweite Staatsexamen des Instituts für medizinische und pharmazeutische Prüfungsfragen wird zwar randständig der Schwangerschaftsabbruch benannt,³⁶ doch geben sowohl praktizierende Ärzt_innen³⁷ wie auch Medizinstudierende an, dass sie in der Realität kaum bis gar nicht damit in Berührung gekommen sind – weder theoretisch noch praktisch.³⁸

Ärzt_innen, auch Fachärzt_innen für Gynäkologie, sind in Deutschland mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht optimal für den Eingriff ausgebildet und haben zudem die Möglichkeit, diesen aus Gewissensgründen abzulehnen. In einem gesellschaftlichen Klima, in dem Abtreibung tabuisiert und Personen, die damit in Verbindung stehen, stigmatisiert oder offen bedroht und unter Druck gesetzt werden, entscheiden sich offenbar auch immer mehr Mediziner_innen dafür, keine Schwangerschaftsabbrüche anzubieten.

Angestoßen durch den Fall Kristina Hänel und weitere Verhandlungen gegen Ärzt_innen und Aktivist_innen werden in den Medien neben der Frage zum Zugang zu der ärztlichen Leistung auch wieder die grundsätzlichen Fragen um die

Regulierung der Abtreibung diskutiert.³⁹ Nicht zuletzt spielt das Thema eine Rolle bei der Debatte darum, ob nicht invasive Pränataltests zur Kassenleistung werden sollen.⁴⁰

Polen und Irland

In Irland und Polen hat die katholische Kirche starken Einfluss sowohl auf die außerrechtliche Bewertung moralischer Fragen als auch auf Politik und Gesetzgebung. In Polen galt über mehrere Jahrzehnte sozialistischer Regierung hinweg, von 1956 bis 1993, eine permissive Rechtslage. Unter dem ab 1990 regierenden Staatspräsidenten Lech Wałęsa und der wieder erstarkten katholischen Kirche wurde die Möglichkeit der Abtreibung in Polen massiv eingeschränkt.⁴¹ Gegenwärtig ist sie nur zulässig, wenn die Schwangerschaft durch eine Sexualstraftat entstanden ist oder eine Schädigung des Fötus festgestellt wird. Diese innerhalb Europas besonders enge Auslegung versuchen konservative Akteur_innen immer wieder, nochmals zu verschärfen. Zuletzt scheiterten diese Bestrebungen – nicht zuletzt am Protest der Akteur_innen für die Rechte von Frauen. 2016 und 2018 wurden vom ultrakonservativen Bündnis „Stoppt Abtreibung“ Gesetzesvorschläge an das polnische Parlament herangetragen, die die ohnehin stark eingeschränkten Möglichkeiten für einen Abbruch noch weiter reduzieren sollten. Der Streik Zehntausender für das Recht auf Abtreibung 2016 ging als *Czarny Protest*, Schwarzer Protest, in die Geschichte ein. Als Ausdruck ihres Widerstands trugen die Demonstrierenden Schwarz und schwarze Schirme mit sich.⁴² Auch 2018 gingen Zehntausende – wieder in Schwarz – auf die Straße, um gegen die Verschärfung des Abtreibungsrechts zu demonstrieren. Durch den Druck der Bevölkerung und Warnungen aus der EU konnte die Verschärfung 2016 abgewendet werden. Die Entscheidung über eine neuerliche

34 Kritisch dazu Christian Fiala, Die Verweigerung einer medizinischen Behandlung ist keine Frage des Gewissens, in: Busch/Hahn (Anm. 5), S. 311–322.

35 Helga Seyler, Schwangerschaftsabbrüche im Erleben von Ärztinnen und Ärzten – Eine persönliche Sicht, in: Busch/Hahn (Anm. 5), S. 299–310.

36 Vgl. Medical Students for Choice, Was lernen Medizinstudierende zum Thema Schwangerschaftsabbruch?, <https://msfberlin.com/ueber-uns>.

37 Vgl. Seyler (Anm. 35).

38 Vgl. Alicia Baier/Anna-Lisa Behnke/Philip Schäfer, Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus: Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch, 18. 1. 2019, <https://www.gwi-boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch>.

39 So postulierten etwa 24 prominente Frauen auf dem Cover der Wochenzeitung „Der Freitag“ vom 14. Februar 2019 „Mein Bauch gehört mir“ und „[D]as wahre Problem ist der §218 – Abtreibung muss endlich legal werden“.

40 Siehe dazu auch die Beiträge von Kirsten Achtelik und Peter Dabrock in dieser Ausgabe (Anm. d. Red.).

41 Vgl. Julia Hussein et al., Abortion in Poland: Politics, Progression and Regression, in: *Reproductive Health Matters* 26/2018, S. 11–14.

42 Vgl. Zofia Nierodzinska, „Mein Körper, meine Wahl“. Zehntausende protestierten am Montag in Polen gegen das Abtreibungsverbot – und der Protest zeigt Wirkung, 7. 10. 2016, <https://missy-magazine.de/blog/2016/10/07/mein-koerper-meine-wahl>.

Einschränkung, insbesondere mit Blick auf die Versorgung mit der „Pille danach“, steht noch aus.⁴³

In Irland, wo die katholische Kirche und deren Verankerung in der Bevölkerung ebenfalls sehr stark ist, galt bis 2018 ein noch restriktiveres Gesetz als in Polen. 1983 wurde das Recht auf Leben des Ungeborenen in der irischen Verfassung verankert (im 8th Amendment). Daraus wurde bis 2014 ein grundsätzliches Abtreibungsverbot abgeleitet. Verstöße konnten mit bis zu 14 Jahren Haft bestraft werden.⁴⁴ 2014 wurde der Abbruch bei Gesundheits- und Lebensgefahr der Schwangeren zugelassen. Das änderte allerdings wenig daran, dass diejenigen, die dazu in der Lage waren, weiterhin ins Ausland gingen, um den Abbruch vornehmen zu lassen.⁴⁵ Diese Praxis wurde von der irischen Regierung und der Rechtsprechung geduldet, allerdings war es verboten, innerhalb Irlands auf diese Möglichkeiten hinzuweisen.⁴⁶ Der andere, illegalisierte und klandestine Weg bestand darin, im Internet Misoprostol oder Mifepristone zu beschaffen und den medikamentösen Abbruch selbst vorzunehmen. Zahlreiche, medial und über irische Grenzen hinweg bekanntgewordene Fälle, in denen ungewollt oder auch gewollt Schwangere aufgrund der restriktiven Gesetzgebung Schaden an Gesundheit und Leben erlitten, ebenso wie jahrzehntelanger außerparlamentarischer und parteipolitischer Aktivismus machten 2018 das Referendum über die Änderung des 8. Verfassungszusatzes möglich.⁴⁷ Hinzu kam der beschädigte Ruf der katholischen Kirche durch Missbrauchsfälle und ihren Umgang damit. In der Abstimmung über die Streichung des betreffenden Artikels der irischen Verfassung stimmte eine Mehrheit der

Wahlberechtigten für die Änderung und machte damit den Weg frei für eine Lockerung des Abtreibungsrechts. Das irische Parlament verabschiedete im Dezember 2018 ein Gesetz, das neben einem Abbruch aufgrund von Gesundheits- oder Lebensgefährdung der Schwangeren oder des Fötus auch eine Fristenlösung vorsieht: Eine Schwangerschaft kann nun innerhalb der ersten zwölf Wochen ohne Angaben von Gründen straffrei abgebrochen werden. Damit hat sich das katholisch geprägte Irland innerhalb Europas eine der liberalsten Regelungen zur Abtreibung gegeben.⁴⁸

SCHLUSS

Eine ewig gültige, alle Positionen befriedende Regelung zu Schwangerschaftsabbrüchen wird es, so zeigen die hier verhandelten Beispiele, nicht geben. In die Zukunft weisen die Debatten um reproduktive Gesundheit und Rechte, wie sie im Völkerrecht geführt werden.⁴⁹ Neben ihren Potenzialen aufgrund der Thematisierung von Sexuaufklärung und Zugang zu Verhütungsmitteln birgt diese Perspektive andere Schwierigkeiten, die aus der Dominanz westlicher Industrienationen in den internationalen Debatten resultieren.⁵⁰

43 Vgl. Massenproteste gegen geplantes Abtreibungsgesetz, 23.3.2018, www.zeit.de/politik/ausland/2018-03/polen-abtreibungsgesetz-protest-warschau; Nowak/Mellmann (Anm. 10).

44 Vgl. Fiona De Londras/Máiréad Enright, *Repealing the 8th. Reforming Irish Abortion Law*, Bristol 2018.

45 Vgl. ebd., S. 8.

46 Vgl. ebd.

47 Vgl. ebd., S. 13.

48 Vgl. Irish Government, *Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act*, Dublin 2018.

49 Siehe hierzu den Beitrag von Laura Klein und Friederike Wapler in dieser Ausgabe (Anm. d. Red.).

50 Vgl. Christa Wichterich, *Sexuelle und reproduktive Rechte*, Berlin 2015 www.boell.de/sites/default/files/sexuelle-und-reproduktive-rechte.pdf.

KATJA KROLZIK-MATTHEI

ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Forschungsprofessur Sexuelle Bildung und Sexualwissenschaft der Hochschule Merseburg. katja.krolzik-matthei@hs-merseburg.de

KURZE GESCHICHTE DES PARAGRAFEN 218 STRAFGESETZBUCH

Dirk von Behren

Das in §218 Strafgesetzbuch (StGB) normierte Abtreibungsverbot war und ist seit seiner Aufnahme in das Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches von 1871 Gegenstand oft erbitterter gesellschaftlicher und politischer Diskussionen. Die fortbestehende Brisanz der Abtreibungsproblematik erklärt sich daraus, dass es bei den Auseinandersetzungen um die Liberalisierung des Abtreibungsrechts auch immer um die alte Frage ging und geht, ob den Rechten des (ungeborenen) Kindes oder den Rechten der Frau der Vorzug einzuräumen sei. Auch bevölkerungspolitische Interessen des Staates spielten eine gewichtige Rolle. In diesem Beitrag skizziere ich die Entwicklung des seit 1871 in den §§218ff. normierten Abtreibungsstrafrechts bis hin zu den aktuellen Auseinandersetzungen um das sogenannte Werbeverbot in §219a.⁰¹

EINFÜHRUNG DER ABTREIBUNGSPARAGRAFEN IM KAISERREICH

Die Aufnahme der §§218 bis 220 in das StGB des Deutschen Reiches von 1871 war das Ergebnis der seit Beginn des 19. Jahrhunderts geführten Diskussion zu diesem Themenkomplex. Aufgrund neuer wissenschaftlich-rationaler Rechtstheorien im Zeichen der Aufklärung erschienen die alten Gesetze mit ihren zum Teil drakonischen Strafmaßen nicht mehr tragbar und zeitgemäß. Im Fall der Abtreibungsgesetzgebung kam hinzu, dass die alten gemeinrechtlichen, vom Kirchenrecht beeinflussten Bestimmungen von physiologischen Voraussetzungen ausgingen, die mit neuen naturwissenschaftlichen Erkenntnissen unvereinbar waren. So beurteilte die katholische Kirche bis ins 19. Jahrhundert die Abtreibung bis zum 40. (beim männlichen Feten) beziehungsweise 80. (beim weiblichen Feten) Tag infolge der auf Aris-

totales zurückgehenden Lehre der „sukzessiven Beseelung“ als minderschwer.⁰² Wurde der Fötus demzufolge zunächst nur als ein Teil der mütterlichen Eingeweide angesehen, markierte der Zeitpunkt der „Beseelung“ spätestens am 80. Tag die eigentliche Menschwerdung, womit der Grundstein für die prinzipielle Behandlung der Abtreibung als Tötungsdelikt gelegt und zudem ein generelles Abtreibungsverbot statuiert war.⁰³

Die sich im 18. Jahrhundert durchsetzende medizinische Erkenntnis, dass bereits mit der Vereinigung von Ei und Samenzelle eine Vorstufe zum Menschsein erreicht ist, musste die bis dahin praktizierten Strafbarkeitsunterschiede (beispielsweise im bayerischen Kriminalkodex von 1751, Strafflosigkeit in der ersten Schwangerschaftshälfte) überflüssig machen. Fortan wurde das ungeborene Leben als Vorstufe oder Fiktion eines Menschen gewertet, zu dessen Schutz der Staat nicht verpflichtet, aber berechtigt sei, um sich „in ihm einen zukünftigen Bürger zu erhalten“.⁰⁴ Aus dieser schon deutlichen bevölkerungspolitischen Motivation, die bis in die 1960er Jahre hinein dominierte, folgte einerseits eine Privilegierung des Schwangerschaftsabbruchs in Form einer Minderbestrafung gegenüber der Tötung eines Menschen, andererseits die ausnahmslose Strafbarkeit der Abtreibung bereits seit der Empfängnis.

Der Umstand, dass die Partikulargesetze des 19. Jahrhunderts viele Gemeinsamkeiten aufwiesen, bildete bei der Reichsgründung eine günstige Voraussetzung, ein einheitliches deutsches Strafgesetzbuch zu schaffen. Die systematische Zuordnung der Abtreibung zu den Tötungsdelikten wurde daher auch im Reichsstrafgesetzbuch von 1871 beibehalten, obwohl es sich nach einhelliger Auffassung der Rechtslehre aufgrund des Sonderstatus des ungeborenen Lebens nicht um ein Tötungsdelikt handelte.⁰⁵

Mit der Bildung einer Allianz staatlicher und medizinischer Instanzen auf dem Gebiet der Bevölkerungspolitik, dem Beginn der Debatte über Indikationen (also besonderen medizinischen, sozialen oder sonstigen Umständen, unter denen Abtreibungen straflos sein sollten) und der Verfolgung der privaten Abtreibung durch sogenannte Kurpfuscher ging zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Formierung der Frauenbewegung einher. Der Konflikt zwischen Staat, Medizin und Frauen, der im Abtreibungsverbot seit jeher angelegt war, trat nun erstmals in der „Gebärstreikdebatte“ von 1913 offen zutage⁰⁶ und sollte auch die spätere Reformdiskussion zur Zeit der Weimarer Republik und zu Beginn der 1970er Jahre bestimmen.

Der Kriegsbeginn verhinderte zwar eine Reform der entsprechenden Paragraphen, verstärkte aber aufgrund der hohen Menschenverluste und des Bedarfs an Soldaten und Arbeitern die politische Brisanz der Geburtenentwicklung. Der nicht mehr zur Verabschiedung gekommene Entwurf eines Gesetzes gegen Unfruchtbarmachung und Schwangerschaftsunterbrechung vom Juli 1918⁰⁷ sollte auf lange Sicht die einzige ernsthafte Chance bleiben, die überfällige Einführung einer medizinischen Indikation, also einer Abtreibungsstraflosigkeit bei Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren, gesetzlich zu regeln.

Gleichwohl wurden die Grundlagen für die moderne Bevölkerungspolitik einschließlich der zugehörigen Fragen der Geburtenregelung und Schwangerschaftsunterbrechung im Kaiserreich gelegt, wobei sich die Gespaltenheit der Gesellschaft mit der konservativen politischen Führungselite, Ärzten und Kirchen gegenüber der Frauenbewegung sowie Vertretern des linken

Spektrums dort bereits andeutete. Geprägt wurde dort auch ein Reichenprivileg und der Begriff des „Klassenparagraphen“ 218,⁰⁸ da bis in die 1970er Jahre nahezu ausschließlich unterprivilegierte Schwangere auf Selbsthilfe oder Kurpfuscher angewiesen waren und die damit verbundenen gesundheitlichen und strafrechtlichen Risiken auf sich nehmen mussten.

REFORMBESTREBUNGEN IN DER WEIMARER REPUBLIK

Bedingt durch die wirtschaftliche Nachkriegskrise mit Lebensmittelknappheit und Wohnungsnot fanden sich die konservativen Kräfte – mit Ausnahme der katholischen Kirche – nun mit der Verbreitung von Verhütungsmitteln ab. Dafür rückte die Abtreibung in den Mittelpunkt der bevölkerungspolitischen Debatte. Die Befürworter des Abtreibungsverbots trafen jetzt auf eine breite Gegenbewegung gegen den „Gebärzwang“, die sich aufgrund der gewandelten politischen und gesellschaftlichen Verhältnisse konstituieren konnte. Eine im Vergleich zum Kaiserreich wesentlich breitere und engagierte Diskussion zu Fragen der Beibehaltung oder Änderung des Abtreibungsstrafrechts war die Folge.⁰⁹ So entwickelte sich bis 1931 eine außerparlamentarische Massenbewegung gegen den §218, deren Zustandekommen durch die sich nach 1918 entwickelnde Sexualreformbewegung und die im Bund für Mutterschutz und Sexualreform (BfMS) verkörperte radikale Frauenbewegung gefördert wurde. Diese Kräfte bauten ein Netz von Sexualberatungsstellen auf, in denen Hilfe suchende Frauen über Empfängnisverhütung und das strenge Abtreibungsstrafrecht aufgeklärt und vereinzelt auch an hilfswillige Ärzte vermittelt wurden.¹⁰ Allerdings stand die Vielfalt der in der Bewegung zusammengefassten unterschiedlichen Gruppierungen, die sich mit verschiedenen Interessen und Argumentationsansätzen für eine Abschaffung des §218 einsetzten, einer dauerhaften Allianz entgegen. Die politische Führungsrolle der KPD in dieser Bewe-

01 Vgl. ausführlich zur historischen Entwicklung Dirk von Behren, *Die Geschichte des §218 StGB*, Gießen 2019² (i. E.).

02 Vgl. Günter Jerouschek, *Lebensschutz und Lebensbeginn. Die Geschichte des Abtreibungsverbots*, Tübingen 2002, S. 66f.

03 Die durch diese Lehre begründete Rechtstradition kommt prinzipiell in den späteren Fristenlösungsmodellen noch zum Ausdruck.

04 Paul Johann Anselm Feuerbach, *Lehrbuch des gemeinen in Deutschland gültigen peinlichen Rechts*, Gießen 1820, S. 350.

05 Mit dieser Rechtstradition wurde erst – unter erheblichen Argumentationsschwierigkeiten – durch das erste Fristenregelungsurteil des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 1975 gebrochen.

06 Vgl. Anna A. Bergmann, *Die rationalisierten Triebe. Rassenhygiene, Eugenik und Geburtenkontrolle im Deutschen Kaiserreich*, Berlin 1988, S. 144ff.

07 Vgl. *Verhandlungen des Reichstages, Stenografischer Bericht*, Drucksache Nr. 1717, S. 2504–2509.

08 Eduard R v. Liszt, *Die kriminelle Fruchtabtreibung*, Bd. 1, Zürich 1910, S. 110.

09 Vgl. nur Ursula Saatz, §218. *Das Recht der Frauen ist unteilbar*, Münster 1991, S. 40.

10 Ausführliche Darstellung bei Kristine von Soden, *Die Sexualberatungsstellen der Weimarer Republik, 1919–1933*, Berlin 1988, S. 58ff.

gung hatte zudem zur Folge, dass die ebenfalls reformwillige und im Reichstag ungleich stärker vertretene SPD die Massenbewegung aus ideologischen Gründen nicht unterstützte, wobei sich die Fraktion allerdings auch intern uneinig war.

Die uneinheitlichen politischen Verhältnisse der Weimarer Republik gestatteten am Ende mit der Gesetzesnovelle vom 18. Mai 1926¹¹ nur einen – auch von den Liberalen und einem Teil der bürgerlichen Parteien unterstützten – Minimalkonsens, der eine uneingeschränkte Beibehaltung des Abtreibungsverbots und lediglich eine Strafmilderung und eine Herabstufung vom Verbrechen zum Vergehen vorsah. Selbst das seit Langem überfällige Minimalziel der gesetzlichen Einführung einer medizinischen Indikation wurde nicht erreicht. Die Untätigkeit beziehungsweise Unfähigkeit des Gesetzgebers glich das Reichsgericht teilweise aus, indem es in einem Urteil vom 11. März 1927¹² die Zulässigkeit einer der Ärzteschaft vorbehaltenen Abtreibung aus medizinischen Gründen unter Heranziehung des Güterabwägungsprinzips höchstrichterlich bestätigte. Dieses Urteil sollte noch bis zur Gesetzesreform Mitte der 1970er Jahre als legislativer Ersatz dienen und war insofern ein richtungsweisender Vorläufer dieser Entwicklung.

EXTREME ENTWICKLUNG IM NATIONALSOZIALISMUS

Mit der Zerschlagung der von ihnen als „liberal“ und „individualistisch“ abgelehnten Sexualreformbewegung unmittelbar nach der Machtübernahme war schnell klar, dass die Nationalsozialisten die Reformierung des Abtreibungsstrafrechts nur unter gänzlich anderen Vorzeichen zulassen würden. Das ungeborene Leben trat als bislang unbestrittenes Schutzgut des Abtreibungsstrafrechts hinter nun übergeordnete Ziele der Rassen- und Bevölkerungspolitik zurück. Zum Rechtsgut des § 218 wurde nun ausschließlich die „Lebenskraft des Volkes“ erklärt, was mit der Einführung der Todesstrafe für diejenigen, die fortgesetzt gewerbliche Abtreibung betrieben, in der Verordnung zum Schutz von Ehe, Familie und Mutterschaft von 1943,¹³ aber

auch in der geplanten Herausnahme der Abtreibung aus den Tötungsdelikten und Einordnung in einen neuen Abschnitt „Angriffe auf Rasse und Erbgut“ in den Entwürfen für ein neues nationalsozialistisches Strafgesetzbuch von 1936 zum Ausdruck kam.¹⁴ Auch die bezeichnenden Einschränkungen des Abtreibungsverbot, die mit der erstmaligen gesetzlichen Regelung einer medizinischen und eugenischen (beziehungsweise rassistischen) Indikation im Änderungs-gesetz zum Erbgesundheitsgesetz von 1935 erfolgten,¹⁵ betrafen ausschließlich „unwertes Leben“ im Sinne der NS-Doktrin. Sie dienten der Umsetzung einer zweigleisigen Bevölkerungspolitik der „Auslese“ und „Ausmerze“ und waren nur eine Scheinliberalisierung. Bei der Umsetzung der NS-Rassen- und Bevölkerungspolitik wurde den Ärzten die wichtige Rolle des „Erbarztes“ eingeräumt, und sie erwiesen sich in den ihnen hierfür zugewiesenen Funktionen innerhalb der Erbgesundheitsgerichte und Gutachterstellen als willige Erfüllungsgehilfen.¹⁶ Gleiches gilt für die gleichgeschaltete Rechtsprechung, die sich bei der Bewertung der Abtreibungsstrafbarkeit ausschließlich an den Zielen der Rassen- und Bevölkerungspolitik orientierte.

REFORMIERUNG IN DER BUNDESREPUBLIK

In der unmittelbaren Nachkriegszeit bis 1949 war der § 218 weder Gegenstand politischer Reformbestrebungen, noch bestand ein öffentliches Interesse an dieser Thematik. Denn unter den von wirtschaftlicher und sozialer Not gekennzeichneten Lebensbedingungen hatten elementare Bedürfnisse wie Wohnraum, Kleidung und Nahrung größere Bedeutung für die Bevölkerung als eine Diskussion um die Reformierung des Abtreibungsstrafrechts.

Allerdings hatte sich in der Ärzteschaft unter diesen besonderen Verhältnissen ein grundlegender und nachhaltiger Einstellungswandel in der Abtreibungsfrage eingestellt. Hatten diese seit 1900 mehrheitlich lediglich eine enge medizinische Indikationsstellung bei akuter Leib- oder

¹¹ Reichsgesetzblatt (RGBl.) I 1926, S. 239.

¹² Rechtsprechung des Reichsgerichts in Strafsachen 61, S. 242 ff.

¹³ RGBl. I 1943, S. 140 f.

¹⁴ Franz Gürtner (Hrsg.), Das kommende deutsche Strafrecht, Besonderer Teil, Berlin 1936², S. 113.

¹⁵ RGBl. I 1935, S. 773.

¹⁶ Vgl. Till Bastian, Furchtbare Ärzte. Medizinische Verbrechen im Dritten Reich, München 1995, S. 45.

Lebensgefahr für die Schwangere befürwortet, waren die Ärzte nunmehr bereit, sich mit den Problemen der Frauen, ihrem Not und ihrem Elend ernsthaft auseinanderzusetzen.¹⁷ Mit ihrer fortan großzügigen Handhabung einer „sozial-medizinischen“ Indikation und einer liberalen Abtreibungspraxis sollte die Ärzteschaft eine Vorreiterrolle für die erst eingangs der 1970er Jahre wieder aufgenommene breite Reformdiskussion übernehmen, wenngleich sie eine völlige Abtreibungsfreigabe im Interesse des Schutzes des ungeborenen Lebens auch weiterhin ablehnte.

Mit der rapiden Verbesserung der Lebensverhältnisse seit 1949 ging die Zahl der zumeist sozial begründeten Schwangerschaftsabbrüche zurück.¹⁸ Zudem behielten die Ärzte ihre in der Nachkriegszeit ausgebildete liberale Abtreibungspraxis selbst im reformfeindlichen politischen Klima der 1950er und 1960er Jahre bei, das von konservativen sexual- und familienpolitischen Vorstellungen gekennzeichnet war. Die damalige Familienpolitik schrieb das Leitbild der Hausfrau und Mutter fort und verknüpfte mit den Abtreibungsbestimmungen erneut bevölkerungspolitische Ziele, galt es doch, angesichts des beginnenden „Kalten Krieges“ die Mehrkinderfamilie als „Kraftquelle des Staates“ zu erhalten und vor Gefährdungen in Form einer Liberalisierung des Abtreibungsstrafrechts zu schützen.¹⁹ Vor diesem Hintergrund beschränkte sich die Reform im dritten Strafrechtsänderungsgesetz von 1953 vornehmlich auf eine verfassungskonforme Anpassung des §218 in Form der Aufhebung der 1943 eingeführten Todesstrafe.²⁰

Auch im Rahmen der Beratungen der Entwürfe eines neuen Strafgesetzbuchs Anfang der 1960er Jahre bestand nur Einigkeit über die Notwendigkeit der seit Langem überfälligen Regelung einer medizinischen Indikation, um den bestehenden pragmatischen Rechtszustand – Fortgeltung des allgemeinen Abtreibungsverbots bei Zulässigkeit medizinisch begründeter Schwangerschaftsabbrüche aufgrund der Reichsgerichtsentscheidung von 1927 – endlich gesetz-

lich festzuschreiben. Die vorgelegten Entwürfe von 1960 und 1962 beschränkten sich auf Randkorrekturen in Form von Strafmilderungen und der Aufnahme einer medizinischen Indikation, während eine ebenfalls diskutierte kriminologische Indikation für Vergewaltigungsaborte aufgrund der hohen Missbrauchsgefahr, die man ihr aufgrund der in der Nachkriegszeit gemachten Erfahrungen zuschrieb, abgelehnt wurde.²¹ Wenngleich es in der 4. Legislaturperiode (1961–1965) nicht mehr zu einer parlamentarischen Beratung und Verabschiedung des Entwurfes von 1962 kam, hatte zumindest die vorangegangene Diskussion vor allem der kriminologischen Indikation vorübergehend auch das Interesse der Medien und der Öffentlichkeit gefunden.

In der Folgezeit war eine Reform des §218 zunächst kein Thema mehr. Lediglich anlässlich der Einführung der Einheitsfreiheitsstrafe wurde durch die Reform vom 25. Juni 1969²² mit der Herabstufung des Schwangerschaftsabbruchs zum Vergehen der Rechtszustand von 1926 im Wesentlichen wiederhergestellt. Gleichwohl wurde das allgemeine Abtreibungsverbot beibehalten, wenngleich das gesamte politische Spektrum nun einhellig bekundete, auf lange Sicht seien weitere Reformen, insbesondere die gesetzliche Regelung von Indikationen, erforderlich.

Durch den Wandel der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eingangs der 1970er Jahre wurde der Reformdruck auf die an der Gesetzgebung beteiligten politischen Parteien erhöht. Im Zuge der sogenannten sexuellen Revolution ab Ende der 1960er Jahre, der Infragestellung des traditionellen Familienleitbildes durch die damals propagierte „freie Liebe“ und durch den weitverbreiteten Gebrauch der „Pille“ geriet auch der Schwangerschaftsabbruch als „nachsteuernde“ Maßnahme der Geburtenregelung wieder in die öffentliche Diskussion. Die Studentenbewegung führte zugleich zur Bildung der „neuen Frauenbewegung“,²³ die sich eine Veränderung des Gesellschaftssystems zur Verwirklichung ihrer emanzipatorischen Vorstellungen zum Ziel gesetzt hatte. Mit der Einforderung des Selbst-

17 Vgl. Michael Gante, §218 in der Diskussion. Meinungs- und Willensbildung 1945 bis 1976, Düsseldorf 1991, S. 34ff.

18 Vgl. ebd., S. 66 mit weiteren Nachweisen.

19 Christian de Nuys-Henkemann, „Wenn die rote Sonne abends im Meer versinkt ...“ Die Sexualmoral der fünfziger Jahre, in: Anja Bagel-Bohlan/Michael Salewski (Hrsg.), Sexualmoral und Zeitgeist im 19. und 20. Jahrhundert, Opladen 1990, S. 107 ff.

20 Bundesgesetzblatt (BGBl.) I 1953, S. 735 ff.

21 E 1960 (Bundsrats-Drucksache Nr. 270/60); E 1962 (Bundestags-Drucksache (BT-Drs.) IV/650).

22 BGBl. I 1969, S. 645 f.

23 Vgl. Christin Freise, Die Abtreibungsproblematik im Spannungsfeld zwischen Moral, Recht und Politik. Schriften zur politischen Ethik, Bd. 2, Saarbrücken 1993, S. 27.

bestimmungsrechts der Frauen stand für sie der Kampf gegen den als eine Hauptstütze frauenspezifischer Unterdrückung angeprangerten §218 von Beginn an in einem gesamtgesellschaftlichen Zusammenhang. Zudem kam angesichts des zunehmenden „Abtreibungstourismus“ deutscher Frauen in das benachbarte Ausland die Realitätsferne der Abtreibungsbestimmungen verstärkt zum Ausdruck. In diesem Zusammenhang wurde, wie schon in früheren Zeiten, ein Reichenprivileg konstatiert und kritisiert, dass unterprivilegierte Frauen, die sich eine Auslandsabtreibung nicht leisten konnten, unter Eingehung erheblicher gesundheitlicher Risiken zur Selbsthilfe greifen müssten.²⁴

Den Durchbruch in das Zentrum des öffentlichen Interesses bewirkte eine bundesweite Selbstbeziehungskampagne, die mit einer von Alice Schwarzer initiierten und an ein Vorbild aus Frankreich angelehnten Veröffentlichung im Magazin „Stern“ am 6. Juni 1971 begann. Unter einer gemeinsamen Erklärung „Wir haben abgetrieben“ bekannten sich dort 374 Frauen, darunter viele Prominente. In den Folgemonaten wurden die Selbstbezeichnungen systematisch koordiniert fortgeführt, und in vielen Städten traten Gegner des Abtreibungsverbots in einer „Aktion 218“ zu Massendemonstrationen zusammen.²⁵

Die Position der neuen Frauenbewegung, die eine völlige Abtreibungsfreigabe forderte und diese ausschließlich emanzipatorisch mit dem Selbstbestimmungsrecht der Frau begründete, war ähnlich radikal wie diejenige der Massenbewegung zur Zeit der Weimarer Republik. Der Schutz des ungeborenen Lebens, den alle dominierenden politischen und gesellschaftlichen Kräfte als Rechtsgut des §218 anerkannten, blieb dabei unberücksichtigt und wurde, wie die damals gebräuchliche Parole „Mein Bauch gehört mir“²⁶ verdeutlicht, als nachrangig eingestuft. Das konsequente Festhalten an diesen Extrempositionen führte ähnlich wie schon zur Weimarer Zeit dazu, dass die außerparlamentarische Protestbewegung ihre Forderungen nur sehr eingeschränkt auf die parlamentarischen Reformkräfte übertragen konnte.

Diese sahen sich jedoch gehalten, ihre anlässlich der Reform von 1969 angekündigten Bemühungen zu beschleunigen.

Die Rechtslehre hatte diesbezüglich bereits 1970 Stellung bezogen und mit der Vorlage eines von 16 liberalen Strafrechtslehrern erarbeiteten „Alternativ-Entwurfs“ für eine Reform des Abtreibungsrechts einen wichtigen Impuls für die spätere Gesetzgebung gesetzt.²⁷ Es ist bezeichnend für die besondere Problematik der Materie, dass sich auch dieser kleine qualifizierte Personenkreis nicht auf eine einheitliche Regelung einigen konnte und zwei Vorschläge erarbeitete, wobei der Mehrheitsvorschlag eine Dreimonatsfristenregelung und der Minderheitsvorschlag eine weite Indikationenregelung zum Gegenstand hatte.

Richtungsweisend für den späteren Koalitionsentwurf sollten auch die Beschlüsse des 76. Deutschen Ärztetages von 1973 werden, auf dem die Ärzteschaft ihre bereits seit der Nachkriegszeit praktizierte weite sozial-medizinische Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch festschrieb.²⁸ Die Ärzte hatten sich mehrheitlich gegen eine Fristenlösung ausgesprochen, traten jedoch für eine weite medizinische Indikationsstellung ein, die auf Grundlage des ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs der Weltgesundheitsorganisation soziale, psychische und sonstige Aspekte unter einer medizinischen Oberindikation zusammenfasste. Die Ärzte, die diese Voraussetzungen im Einzelfall zu prüfen hatten, behielten sich so weiterhin ihre standesrechtlich bedeutsame Kontrollfunktion vor, die ihnen bei einer reinen Fristenlösung versagt geblieben wäre und sie gewissermaßen zu reinen Erfüllungshelfern der betroffenen Frauen degradiert hätte.

Zu einer weiteren Polarisierung und Anfachung der öffentlichen Reformdiskussion trug die katholische Kirche bei, die in der Papst-Enzyklika „Humanae vitae“ von 1968²⁹ und späteren, gleichlautenden Erklärungen der deutschen Bischöfe ihre frühere Position zur Abtreibung bekräftigt hatte. Danach hatte der Staat das ungeborene Leben unter allen Umständen zu

24 Siehe grundlegend Pro Familia Bremen (Hrsg.), *Wir wollen nicht mehr nach Holland fahren. Nach der Reform des §218 – Betroffene Frauen ziehen Bilanz*, Hamburg 1978.

25 Vgl. Marion Meier, *Wie hat sich das Verhältnis der Frauen zur Abtreibungsfrage geändert?* in: Pro Familia Magazin 1/1986, S. 6f.

26 Vgl. ebd., S. 7.

27 Der Entwurf ist abgedruckt bei Friedrich-Christian Schroeder, *Abtreibung. Reform des §218 (Dokumentation)*, Berlin–New York 1972, S. 46ff.

28 Vgl. Der 76. Deutsche Ärztetag: In den Grundsätzen der Fortentwicklung überzeugend einig, in: *Deutsches Ärzteblatt* 1973, S. 2965.

29 Abgedruckt bei Schroeder (Anm. 27), S. 78.

schützen, lediglich eine enge medizinische Indikation erschien vertretbar. Deutlich liberalere Züge hatte die Position der nicht durch Dogmen oder päpstliche Weisungen gebundenen evangelischen Kirche. Diese vertrat ein Modell, das eine medizinische Indikation unter Berücksichtigung der Lebensumstände der Schwangeren sowie unter bestimmten Beratungs- und Feststellungsvoraussetzungen auch eine eugenische (also embryopathische) und eine kriminologische Indikation zuließ.³⁰

Schon zu Beginn des Gesetzgebungsverfahrens und auch im weiteren Verlauf der 6. und 7. Legislaturperiode (1969–1972/1972–1976) wurde das gemeinsame Ziel deutlich, das ungeborene Leben besser als bisher zu schützen und auch den Konfliktsituationen Schwangerer Rechnung zu tragen. Eine völlige Abtreibungsfreigabe, wie von der außerparlamentarischen Protestbewegung gefordert, stieß daher als im Widerspruch zum Lebensschutz stehend auf einhellige Ablehnung.³¹ Gleichwohl kam ein Konsens darüber, ob einer Fristenregelung oder einer Indikationenregelung der Vorzug zu geben sei, nicht zustande. Der Hauptstreitpunkt zwischen den Koalitionsparteien SPD/FDP und den oppositionellen Unionsparteien bildete die Frage, wie weit der dem ungeborenen Leben nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG gewährte Schutz zu gehen habe, insbesondere wann dieser Rechtsschutz beginne und welcher Art er zu sein habe.

Ausgangspunkt der CDU/CSU-Fraktion war, dass der grundgesetzliche Lebensschutz keine Differenzierung kenne, weshalb der Schutz des ungeborenen Lebens grundsätzlich umfassend sein müsse und daher die besonderen Belange der Schwangeren nur in Form einer Indikationenlösung berücksichtigt werden könnten. Innerhalb der SPD-Fraktion konnte dagegen bis kurz vor der Schlussabstimmung im Bundestag keine Einigung erzielt werden, ob dem Fristen- oder dem Indikationenmodell der Vorzug zu geben sei. Die Partei war bis Juni 1971 mehrheitlich auf ein Indikationenmodell ausgerichtet. Einen Stimmungsumschwung der Parteibasis bewirkte erst die im Juni 1971 initiierte öffentliche Selbstbeziehungskampagne, worauf der SPD-Parteip

tag im November 1971 mit einem klaren Votum zur Fristenregelung abschloss.³²

Mit dem schließlich am 18. Juni 1974 verabschiedeten fünften Strafrechtsreformgesetz³³ sollte die Fristenlösung eingeführt werden. Sie sah Straflosigkeit in den ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft vor, wenn der Abbruch mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt durchgeführt wurde. Die kriminalpolitische Begründung, die Fristenregelung wolle den Frauen kein Recht auf Abtreibung einräumen, sondern diene vielmehr der Eindämmung der Abbrüche im Interesse des Lebens- und Gesundheitsschutzes, unterschied sich grundlegend von den rein emanzipatorischen Motiven der außerparlamentarischen Massenbewegung gegen §218.

Die Fristenregelung konnte jedoch nicht in Kraft treten, weil das Bundesverfassungsgericht den ihr zugrundeliegenden §218a StGB mit den schon im Vorfeld von Gegnern der Fristenregelung angeführten Argumenten in seinem Urteil vom 25. Februar 1975³⁴ für verfassungswidrig erklärte. Danach bezog sich das in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG für „jeden“ verbürgte Recht auf Leben auf jedes menschliche Individuum einschließlich des noch ungeborenen menschlichen Wesens und durfte daher nicht für eine bestimmte Frist infrage gestellt werden. Eine vertretbare Ausnahme sollte nur für bestimmte Indikationsstellungen gelten. Um den gerichtlichen Vorgaben Rechnung zu tragen, brachten die Koalitionfraktionen und die Unionsfraktion neue Gesetzesentwürfe ein, die in ihren letzten Fassungen von 1975 eine weite sozial-medizinische Indikationsstellung vorsahen, wie sie von der Ärzteschaft bereits seit der Nachkriegszeit aufgrund der Reichsgerichtsentscheidung von 1927 praktiziert und auf dem 7. Deutschen Ärztetag 1973 festgeschrieben worden war.

Folgerichtig fand das am 18. Juni 1976 in Kraft getretene 15. Strafrechtsänderungsgesetz die Zustimmung der Ärzteschaft.³⁵ Kern der Regelung war ein in §218a normiertes Indikationenmodell, wonach der Abbruch der Schwangeren

30 Vgl. nur die kirchliche „Denkschrift zu Fragen der Sozialethik“ von 1971, abgedruckt ebd., S. 99 ff.

31 Zum hier sehr gestrafft dargestellten parlamentarischen Verfahren vgl. ausführlich Gante (Anm. 17), S. 137 f., S. 129 ff.

32 Vgl. Hermann Tallen, Die Auseinandersetzung über §218 StGB. Zu einem Konflikt zwischen SPD und katholischer Kirche, Paderborn 1977, S. 56 ff.

33 BT-Drs. 7/375.

34 Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE) 39, 1 ff.

35 BGBl. I 1976, S. 1213 ff.; zur Haltung der Ärzte vgl. Meier (Anm. 25), S. 7.

schaft durch einen Arzt nicht nach § 218 strafbar war, wenn die Schwangere einwilligte, alternativ eine medizinisch-soziale, eugenische, kriminologische oder eine Notlagenindikation vorlag und der Abbruch innerhalb der für die jeweilige Indikation geltenden Frist erfolgte. Mit dieser Regelung blieb den Ärzten die Kontroll- und Filterfunktion, die sie seit der Kaiserzeit für sich beanspruchten, erhalten.

ABTREIBUNGSSTRAFRECHT DER DDR

Das Mutterschutzgesetz vom 27. Februar 1950, das bis zum Beginn der 1970er Jahre in Kraft blieb, sah lediglich eine enge medizinische sowie eine auf Erbkrankheiten beschränkte Indikation zum Schwangerschaftsabbruch vor. Insoweit hatte sich die DDR mit einer weitgehenden Legalisierung zurückgehalten und stattdessen auf die Zunahme der Empfängnisverhütung vor allem durch die „Pille“ gesetzt.³⁶ Dies änderte sich erst, als die Frauen den Druck auf eine Freigabe der Abtreibung verstärkten, wobei sie auf die in vielen sozialistischen Nachbarländern bereits ergangenen entsprechenden Gesetze verweisen konnten. Dies führte schließlich zu der Verabschiedung des Gesetzes über die Unterbrechung der Schwangerschaft am 9. März 1972.³⁷ Nach den §§ 153 bis 155 DDR-StGB hatte jede Frau das Recht, bis zur zwölften Woche der Schwangerschaft diese durch einen ärztlichen Eingriff unterbrechen zu lassen, wofür weder eine förmliche Antragstellung noch eine Offenlegung der Motive erforderlich war. Nach Ablauf dieser Frist griff eine weit gefasste medizinische oder sich auf „schwerwiegende Umstände“ erstreckende Indikationsstellung. Diese Regelung bezweckte in Verfolgung überindividueller politisch-ideologischer Ziele ausschließlich, den Frauen zur Verwirklichung der in der sozialistischen Gesellschaft proklamierten Gleichberechtigung ein Recht auf Abtreibung im Sinne einer Dispositionsfreiheit über ihren Körper zu gewähren.³⁸

36 Vgl. Lykke Aresin, Schwangerschaftsabbruch in der DDR, in: Gisela Staupe/Lisa Vieth (Hrsg.), *Unter anderen Umständen. Zur Geschichte der Abtreibung*, Dresden 1993, S. 86–95, hier S. 91.

37 Gesetzblatt DDR I 1972, Nr. 5, S. 82; siehe auch Aresin (Anm. 36), S. 92, mit dem Hinweis, dass es sich hier um das erste und einzige mit Gegenstimmen verabschiedete Gesetz der Volkskammer handelte.

38 Vgl. ebd., S. 92.

ENTSTEHUNG DES GELTENDEN ABTREIBUNGSSTRAFRECHTS

Mit dem Beitritt der DDR zum Geltungsbereich des Grundgesetzes 1990 geriet der Gesetzgeber in Zugzwang, da der Einigungsvertrag die im Beitrittsgebiet geltenden verfassungswidrigen Abtreibungsbestimmungen für eine Übergangszeit in Geltung ließ, jedoch dem gesamtdeutschen Gesetzgeber die Aufgabe zuwies, bis zum 31. Dezember 1992 eine dem Lebensschutz angemessene Neuregelung zu erarbeiten.³⁹ Das heute geltende Abtreibungsstrafrecht wurde durch die Reform im Schwangeren- und Familienhilfänderungsgesetz vom 21. August 1995⁴⁰ geschaffen und ist letztlich ein Kompromiss in Form einer Kombination aus einem durch eine Beratungspflicht ergänzten Fristenmodell bis zur zwölften Schwangerschaftswoche (§ 218a Abs. 1 StGB) und einer erweiterten medizinischen und kriminologischen Indikationslösung (§ 218a Abs. 2 u. 3 StGB).

Das vorangegangene zweite Fristenregelungsurteil des Bundesverfassungsgerichts vom 28. Mai 1993⁴¹ schrieb die Grundsätze des ersten Urteils von 1976 fort, erklärte aber darüber hinaus eine „nicht rechtfertigende Fristenregelung mit Beratungspflicht“ als mit Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG vereinbar. Danach ist nunmehr im geltenden Recht der Abbruch aufgrund einer medizinischen und kriminologischen Indikationsstellung nicht rechtswidrig und straffrei, während er aufgrund der angekoppelten reinen Fristenlösung zwar rechtswidrig bleibt, aber straffrei ist.

Insofern bleibt festzustellen, dass in der jüngeren deutschen Rechts tradition der Schutz des ungeborenen Lebens in jedem Schwangerschaftsstadium zwar weiterhin mit althergebrachten ethischen, christlich-konfessionellen und medizinisch-biologischen Aspekten begründet wird. Allerdings haben mit gewandelten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und dem Rückgang des Einflusses der Amtskirchen in der modernen pluralistischen Gesellschaft effektivitätsorientierte kriminalpolitische Erwägungen in den rechtspolitischen Entscheidungsprozess Eingang gefunden, den Einfluss weltanschaulicher Grundpositionen reduziert

39 Einigungsvertrag Art. 31 Abs. 4.

40 BGBl. I 1995, S. 1055 ff.

41 BVerfGE 39, 1 ff.

und so eine grundlegende Reform und Liberalisierung des Abtreibungsstrafrechts ermöglicht.

Unverkennbar ist aber auch, dass das derzeit geltende liberale Abtreibungsrecht von dem Bestreben gekennzeichnet ist, einer „willkürlichen“ Dispositionsfreiheit der Schwangeren über das ungeborene Leben im gesetzlich verbliebenen Rahmen entgegenzuwirken und ihr die grundsätzliche rechtliche und gesellschaftliche Missbilligung ihres Verhaltens zu verdeutlichen. Ob es damit gelungen ist, eine dauerhaft tragfähige Lösung zu finden, bleibt abzuwarten. Angesichts der Reformgeschichte des §218 sind zumindest Zweifel angebracht, ob beziehungsweise inwieweit sich differenzierte strafrechtliche Regelungen auf diesem Gebiet langfristig bewähren können. Als gesicherte Erkenntnis verbleibt vorerst, dass ein gesellschaftlicher Konsens in der Abtreibungsfrage angesichts der unterschiedlichen und weltanschaulichen Grundpositionen von Abtreibungsgegnern und -befürwortern auch durch ein reformiertes Abtreibungsrecht nicht zu erreichen ist.

SCHLUSS

Wie unvereinbar sich die unterschiedlichen Positionen auch weiterhin gegenüberstehen, verdeutlicht die aktuelle Debatte um das in §219a StGB normierte sogenannte Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche, die durch den Prozess der Gießener Ärztin Kristina Hänel in Gang gesetzt wurde.⁴² Sie wurde zu einer Geldstrafe verurteilt, weil die Informationen auf ihrer Homepage als Werbung für Abtreibung eingestuft wurden. Der Paragraph stammt aus einer Zeit, in der es die Beratungspflicht für Schwangere noch nicht gab. Heute ist es so, dass zwischen der Beratung durch eine unabhängige Stelle und dem Eingriff mindestens drei Tage liegen müssen. Zudem unterscheidet die Berufsordnung für Ärzte klar zwischen (verbotener) Werbung und sachlicher Information, weshalb das strafrechtliche Werbeverbot im Prinzip veraltet ist. Tatsächlich scheint es in der Debatte auf Seiten der Gesetzesbefürworter weniger um Werbung zu gehen, sondern um die Klarstellung, dass Abtreibungen in diesem Land

immer noch illegal und nur unter bestimmten Bedingungen straffrei sind. Dass eine Dispositionsfreiheit der Frauen über ihren Körper nicht gewünscht ist, zeigt beispielhaft auch die mündliche Urteilsbegründung im ersten Prozess gegen Hänel, wonach schwangere Frauen durch ihre hormonelle Situation nicht in der Lage seien, frei zu entscheiden – sie also gewissermaßen vor sich selbst geschützt werden müssen.⁴³

Andererseits kann man feststellen, dass sich die reformierten §§218ff. StGB in der Praxis durchaus bewähren. Es gibt ein gut ausgebautes Beratungsnetz – ob sich dieses weiterhin finanzieren ließe, wenn es eine freiwillige Leistung wäre und nicht vom Gesetz vorgesehen, ist fraglich. Die Zusammenarbeit von Beratungsstellen und Ärzten funktioniert, und es gibt eine flächendeckende medizinische Versorgung auf solidem Niveau. Zudem sind Abtreibungen seit Jahren rückläufig. Insofern erscheint es in Bezug auf §219a lebensfremd, den betroffenen Frauen zu unterstellen, sich leichtfertig zu entscheiden oder gar von „Werbung“ in dieser existenziellen Frage beeinflussen zu lassen.

Auch wenn es zeitweise so aussah, als könne wegen des Streits um §219a die Regierungskoalition zerbrechen – die SPD trat für eine komplette Abschaffung des Werbeverbots ein, die Unionsseite wollte dies nicht – wurde nun nach zähem Ringen ein Kompromiss in Form der Lockerung des Verbots gefunden. Ärzte und Kliniken sollen nunmehr sachlich und neutral darüber informieren dürfen, dass sie Abtreibungen vornehmen. Ob es ein guter Kompromiss nicht nur für die politisch Verantwortlichen, sondern vor allem für die betroffenen Frauen geworden ist, muss die Zukunft zeigen. Und das letzte Wort wird wahrscheinlich ohnehin wieder in Karlsruhe gesprochen.

DIRK VON BEHREN

ist promovierter Rechtswissenschaftler und nach Tätigkeiten als wissenschaftlicher Universitätsassistent und Rechtsanwalt 1997 in den Justizdienst eingetreten. Seit 2001 ist er Richter am Amtsgericht Bückeburg.

⁴² Amtsgericht Gießen, Urteil vom 25. November 2017 und Landgericht Gießen, Urteil vom 12. Oktober 2018 (Az. 507 Ds-bzw. 3 Ns- 406 Js 15031/15).

⁴³ Vgl. Das ist ein demütigendes Frauenbild, in: Stern, 8.11.2018, S. 46.

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE

Laura Klein · Friederike Wapler

In Deutschland wird die Diskussion um den Schwangerschaftsabbruch häufig auf eine Konfliktlage zwischen Schwangerer und Embryo reduziert. In diesem Beitrag ordnen wir die gegenwärtige Debatte in den weiteren Kontext der reproduktiven Rechte ein, wie sie im Völkerrecht, zunehmend aber auch in der deutschen Verfassungsrechtswissenschaft diskutiert werden.

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE IM INTERNATIONALEN RECHT

Unter „reproduktiver Gesundheit“ wird im internationalen Recht ein Zustand uneingeschränkter körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens in allen Lebensbereichen der Fortpflanzung verstanden.⁰¹ „Reproduktion“ in diesem Sinne meint also nicht nur den unmittelbaren Vorgang der Zeugung eines Kindes, sondern den gesamten Lebensbereich, der mit der Entscheidung für oder gegen eine Zeugung beginnt und die Zeugung selbst sowie Schwangerschaft und Geburt umfasst; weitere Verständnisse beziehen auch die Stillzeit oder allgemein die Umstände der Elternschaft mit ein.⁰² „Reproduktive Autonomie“ meint die Fähigkeit und Möglichkeit, informierte, freie und verantwortungsvolle Entscheidungen in diesen Belangen zu treffen. Reproduktive Rechte haben dementsprechend das Ziel, die reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung der Individuen abzusichern. Auf der völkerrechtlichen Ebene sind sie als Menschenrechte anerkannt.

Die Anfänge

Auf der Ebene des internationalen Rechts finden sich schon früh erste Überlegungen, Familiengründung und Fortpflanzung nicht allein aus bevölkerungspolitischer Perspektive, sondern als menschenrechtliches Thema zu begreifen. So verabschiedete die Internationale Menschenrechtskonferenz der Vereinten Nationen 1968 in Tehe-

ran eine Resolution zu den menschenrechtlichen Aspekten der Familienplanung. Sie betont das Recht aller erwachsenen Menschen auf Familiengründung und -planung, insbesondere auf die freie Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und den Abstand zwischen den Geburten.⁰³ Als eigentlicher Gründungsmoment einer menschenrechtsbasierten Perspektive auf die menschliche Reproduktion gilt indessen die Internationale Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung in Kairo 1994. Mit der Verabschiedung des Kairoer Aktionsprogramms erkannten 179 Staaten sexuelle und reproduktive Gesundheit als Teil des verbrieften Rechts auf Gesundheit an.⁰⁴ Die besondere Bedeutung reproduktiver Rechte für Frauen hob sodann ein Jahr später die UN-Weltfrauenkonferenz in Peking hervor. Ihr Abschlussdokument betont die reproduktive Entscheidungsfreiheit als Grundrecht aller Paare und Einzelpersonen, frei von Diskriminierung, Zwang und Gewalt Entscheidungen in reproduktiven Belangen zu treffen.⁰⁵

Aktueller völkerrechtlicher Rahmen

Seitdem wurde im Völkerrecht ein umfassender Katalog reproduktiver Rechte entwickelt, der sich auf unterschiedliche Menschenrechtsverträge stützt und weitreichende Staatenpflichten begründet. So garantieren die UN-Frauenrechtskonvention (Art. 16 Ziff. 1 lit. e CEDAW) und die UN-Behindertenrechtskonvention (Art. 23 CRPD) das Recht, über Anzahl und Altersunterschied der Kinder zu entscheiden, einschließlich eines Rechts auf Zugang zu den notwendigen Informationen und Ressourcen, um dieses Recht wahrnehmen zu können. Artikel 12 CEDAW verpflichtet die Vertragsstaaten, der Frau gleichberechtigt mit dem Mann Zugang zur Familienplanung zu gewährleisten sowie für angemessene Schwangerschafts- und Entbindungsbetreuung zu sorgen. Wichtige Menschenrechtsgarantien, die die reproduktiven Rechte weiter ausgestalten,

finden sich ferner im Internationalen Pakt für bürgerliche und politische Rechte (Art. 3, 6, 7, 17, 23, 26) und im Internationalen Pakt für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Art. 12). Im europäischen Kontext verpflichtet Artikel 39 der Istanbul-Konvention des Europarates, Abtreibungen und Sterilisationen an Frauen ohne deren Zustimmung unter Strafe zu stellen. Die Europäische Menschenrechtskonvention garantiert das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK), worunter nach der Auslegung durch den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) auch die freie Entscheidung für oder gegen Kinder fällt.⁰⁶

Reproduktive Rechte – besondere Bedeutung für Frauen

Nicht ohne Grund hat sich ein umfassendes Verständnis reproduktiver Rechte insbesondere mit Blick auf die Menschenrechte von Frauen entwickelt.⁰⁷ Die besonderen körperlichen, psychischen und sozialen Umstände, die Frauen in reproduktiven Belangen erleben, machen die existenzielle und lebensbereichsübergreifende Bedeutung dieser Rechte besonders deutlich. Der Zugang zu Informationen, Beratungsstellen und Gesundheitsdiensten sowie die realen Möglichkeiten einer selbstbestimmten Familienplanung sind daher auch ein Indikator für die Geschlechtergerechtigkeit in einer Gesellschaft. Selbst über die eigene Fortpflanzung bestimmen zu können, ist gerade für Frauen eine wichtige Grundlage für

die Wahrnehmung anderer Rechte, wie das Recht auf Bildung, für ihre ökonomische und politische Gleichstellung und allgemein ihre Chancengleichheit in allen Bereichen des Lebens.⁰⁸

Aus diesem Grund gilt die UN-Frauenrechtskonvention mit den bereits erwähnten Vorschriften als das Herzstück für die Verwirklichung reproduktiver Rechte. Die Umsetzung der Konvention wird vom UN-Frauenrechtsausschuss (CEDAW-Ausschuss) überwacht. Dies geschieht vor allem durch das völkerrechtliche Instrument des Staatenberichtsverfahrens, an dessen Ende der Ausschuss in „Abschließenden Bemerkungen“ Mängel aufzeigt und Empfehlungen ausspricht. Deutschland hat im jüngsten Staatenberichtsverfahren gerade auf dem Gebiet der reproduktiven Rechte Kritik erfahren. In den Abschließenden Bemerkungen von 2017 monierte der Ausschuss den eingeschränkten Zugang zu Verhütungsmitteln für einkommensschwache Frauen sowie in abgelegenen Gebieten. Kritik übte er auch an den Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch: Weder die verpflichtende Beratung noch die dreitägige Wartezeit zwischen Beratung und Eingriff seien nach den Regeln der Weltgesundheitsorganisation erforderlich. Außerdem solle Deutschland gewährleisten, dass die Krankenversicherung die Kosten für alle Schwangerschaftsabbrüche erstattet – was derzeit für die Abbrüche nach Pflichtberatung nicht geschieht.⁰⁹ Die Empfehlungen des Ausschusses sind im deutschen Recht nicht verbindlich. Jedoch ist Deutschland als Vertragsstaat verpflichtet, die Frauenrechtskonvention umzusetzen (Art. 24 CEDAW). Hierzu gehört, die Empfehlungen zur Kenntnis zu nehmen und die Möglichkeiten zu ihrer Umsetzung zu prüfen.¹⁰

Reproduktive Gesundheit im europäischen Recht

Zum Völkerrecht gehört auch die Europäische Menschenrechtskonvention, das zentrale Menschenrechtsdokument des Europarats, dessen Umsetzung vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte überwacht wird. Die Parlamentarische Versammlung des Europarats bekräftigte

01 International Conference on Population and Development (ICPD), Program of Action, UN Doc. A/CONF.171/13 1994, Kap. 7.A, 7.2., 7.3.

02 Vgl. Loretta Ross/Ricky Solinger, *Reproductive Justice*, Oakland 2017, S. 9.

03 Proclamation of Teheran, Final Act of the International Conference on Human Rights, Teheran, UN Doc. A/CONF. 32/41 at 3 1968, S. 14.

04 ICPD (Anm. 1).

05 Beijing Declaration and Platform for Action, The Fourth World Conference on Women, 1995, Nr. 95.

06 EGMR, *Evans vs. Vereinigtes Königreich*, 10. 4. 2007, Nr. 6339/05; *A, B and C vs. Ireland*, 16. 12. 2010, Nr. 25579/05, Rn. 212; *S.H. et al. gegen Österreich*, 3. 11. 2011, Nr. 57813/00 Rn. 68, 69.

07 Korrekt wäre es, hier von „Personen, die schwanger werden und Kinder gebären können“, zu sprechen, da auch Menschen, die sich als männlich oder intergeschlechtlich begreifen, über diese Fähigkeiten verfügen können. Im rechtlichen Kontext hat sich dieser Sprachgebrauch indessen noch nicht durchgesetzt. Sofern im Folgenden von „Frauen“ die Rede ist, ist der Ausdruck in dem genannten Sinne zu verstehen.

08 Beijing Declaration (Anm. 5), Nr. 97.

09 CEDAW/C/DEU/CO/7-8, Nr. 38.

10 Vgl. Beate Rudolf/Felicitas Chen, *Die Bedeutung von CEDAW in Deutschland*, in: Hanna-Beate Schöpp-Schilling/Beate Rudolf (Hrsg.), *Mit Recht zur Gleichheit: Die Bedeutung des CEDAW-Ausschusses für die Verwirklichung der Menschenrechte von Frauen weltweit*, Baden-Baden 2014, S. 25–70.

bereits 2008 das Recht auf reproduktive Entscheidungsfreiheit, wozu sexuelle Aufklärung, der zuverlässige Zugang zu Verhütungsmitteln sowie der Zugang zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen in Europa zählen.¹¹

2017 bekannte sich der Menschenrechtskommissar des Europarates zu der Notwendigkeit, die reproduktive Selbstbestimmung aller Menschen zu fördern, ohne die erhebliche und intime Aspekte unseres Lebens gefährdet seien.¹² Sein Bericht weist auf zahlreiche bestehende Mängel auf dem Gebiet der sexuellen und reproduktiven Gesundheit in europäischen Staaten hin. Dabei, so der Europarat, spiegeln Gesetze, politische Maßnahmen und Praktiken auf diesem Gebiet bestehende Geschlechterstereotype wider. Mit Blick auf die Situation von Menschen mit geringem Einkommen, Migrantinnen und Frauen mit Behinderungen bestünden zudem besondere Gefährdungslagen. Für die Absicherung reproduktiver Gesundheit und Rechte in Deutschland sind insbesondere die Forderungen des Europarats nach einer wissenschaftlich fundierten Sexualerziehung in den Schulen, dem Zugang zu erschwinglichen Verhütungsmitteln sowie einer umfassenden Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen bedeutend. Hierzu gehören einerseits die Abschaffung der Beratungspflicht und verpflichtender Wartezeiten sowie eine ergebnisoffene Beratung. Der Zugang zu und die Verfügbarkeit von legalen Schwangerschaftsabbrüchen müsse weiter nicht nur rechtlich, sondern auch in der Praxis sichergestellt werden. Eine Verweigerung des Abbruchs aus Gewissens- oder religiösen Gründen dürfe nicht den Zugang zu dieser Gesundheitsdienstleistung beeinträchtigen.

Einen weiteren Schwerpunkt legt der Bericht auf die Verwirklichung reproduktiver Autonomie: In allen reproduktiven und sexuellen Belangen muss bei medizinischen Eingriffen eine informierte Entscheidung (*informed consent*) gewährleistet werden. Jegliche Form von Zwang, wie Zwangssterilisation, Zwangsverhütung, Zwangsabtreibung oder nicht konsensuale Eingriffe bei gynä-

kologischen Untersuchungen oder während der Geburt, muss verhindert, entschädigt und sanktioniert werden. Explizit wird im Hinblick auf eine selbstbestimmte Geburt auch gefordert, dass jede Frau in den Genuss einer ausgebildeten Geburtshilfe kommt. Bezogen auf das Gesundheitssystem sollen finanzielle Hürden, die den Zugang zu reproduktiven Dienstleistungen verhindern, abgebaut werden; explizit sollen Verhütungsmittel, Schwangerschaftsabbrüche und die medizinische Betreuung für Mütter in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen werden.

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE IN DEUTSCHLAND

In Deutschland hat sich ein derart umfassendes Verständnis reproduktiver Rechte bislang nicht durchsetzen können, und auf die völkerrechtliche Debatte wird selten Bezug genommen.¹³ In der verfassungsrechtlichen Diskussion werden einzelne Aspekte diskutiert, etwa die Freiheit der Familiengründung und eine auf den reinen Zeugungsvorgang reduzierte „Fortpflanzungsfreiheit“. Vor allem die körperlichen, psychischen und sozialen Folgen von Schwangerschaft und Geburt und ihre elementare Bedeutung für das individuelle Recht der Selbstbestimmung werden vergleichsweise wenig thematisiert. Verfassungsrechtlich sind für den Lebensbereich der Reproduktion im skizzierten Umfang verschiedene Grundrechte relevant, insbesondere das Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit (Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz, GG), das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) sowie der Schutz von Ehe und Familie (Art. 6 Abs. 1 GG). Im Folgenden zeigen wir auf, ob und in welchem Maß die oben dargelegten völkerrechtlichen Staatenpflichten in Deutschland im Recht umgesetzt und praktisch verwirklicht werden.

Information und Aufklärung

Ein allgemeines Recht auf Information, Aufklärung und Beratung über reproduktive Belange

¹¹ Parlamentarische Versammlung des Europarates, Resolution 1607 (2008), 7.3, 7.6, 7.7.

¹² Vgl. Menschenrechtskommissar des Europarats, Women's Sexual and Reproductive Health and Rights in Europe, 2017, S. 5, <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights-in-europe-issue-pape/168076dead>.

¹³ Überblick über den Meinungsstand bei Friederike Wapler, Reproduktive Autonomie: rechtliche und rechtsethische Überlegungen in: Susanne Baer/Ute Sacksofsky (Hrsg.), Autonomie im Recht – Geschlechtertheoretisch vermessen, Baden-Baden 2018, S. 185–214, hier S. 189 ff.

lässt sich im Grundgesetz nicht eindeutig verorten. Jedoch hat das Bundesverfassungsgericht staatliche und/oder staatlich geförderte Dienstleistungsangebote zu Familienplanung und reproduktiver Gesundheit als Bestandteil einer staatlichen „Schutzpflicht für das ungeborene Leben“¹⁴ eingeordnet. Entsprechend dieser Schutzpflicht ist nach § 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) dafür zuständig, unter Beteiligung der Länder und in Zusammenarbeit mit den Familienberatungseinrichtungen Konzepte zur Sexualaufklärung und Verhütung zu entwickeln. Konkretisiert ist der Auftrag der BZgA in einem mit den Bundesländern abgestimmten Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung. Hierin wird eine Bandbreite an Themenfeldern aufgelistet. Neben Verhütung und Familienplanung (einschließlich Reproduktionsmedizin oder Pränataldiagnostik) umfasst Sexualaufklärung unter anderem Informationen über sexuelle Orientierung, Geschlechtsidentitäten, Reflexion über Geschlechterverhältnisse und Geschlechterrollen sowie den Umgang mit sexualisierter Gewalt.¹⁵ Ob es dem menschenrechtlichen Ansatz, der reproduktive Rechte vor allem als Menschenrechte der geborenen Menschen und als wesentlichen Teil ihrer Freiheit und Selbstbestimmung begreift, gerecht wird, Aufklärung und Beratung primär mit dem Schutz des Embryos und Fetus zu begründen, kann allerdings bezweifelt werden.

Daneben ist die Sexualaufklärung und -erziehung gegenüber Minderjährigen als Teil des staatlichen Bildungsauftrags in der Schule anerkannt (Art. 7 Abs. 1 GG). Hier mehren sich seit einiger Zeit Konflikte um die Frage, inwieweit voreheliche sexuelle Beziehungen, nicht heterosexuelle Orientierungen und nicht binäre Geschlechtsidentitäten Bestandteil des Sexualkundeunterrichts sein dürfen beziehungsweise sollten. Aus der Perspektive reproduktiver Rechte als individuelle Freiheitsrechte liegt auf der Hand, dass Minderjährige über alle denkbaren Varianten ihrer Persönlichkeitsentwicklung informiert werden sollten – sowohl hinsichtlich des weiten Spektrums von Geschlechtsidentitäten

ten oder sexuellen Orientierungen als auch über die gesamte Bandbreite legitimen Freiheitsgebrauchs wie die Gestaltung sexueller und familiärer Beziehungen.¹⁶

Zugang zu erschwinglichen Verhütungsmitteln

Verhütungsmittel müssen in Deutschland grundsätzlich privat finanziert werden. Ausnahmen gelten nur für gesetzlich Versicherte bis zum vollendeten 20. Lebensjahr: Für sie übernehmen die Krankenversicherungen die Kosten für verschreibungspflichtige Verhütungsmittel (§ 24a Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch, SGB V). Von Personen, die Leistungen zum Lebensunterhalt beziehen, müssen diese Kosten hingegen aus dem Regelbetrag der Grundsicherung beziehungsweise Sozialhilfe bestritten werden. In dessen Berechnung ist für den gesamten Bereich „Gesundheitspflege“ derzeit ein Betrag von 15 Euro im Monat vorgesehen (§ 5 Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz). In der Folge greifen einkommensschwache Frauen häufig aus finanziellen Gründen zu günstigeren und darum weniger sicheren Verhütungsmitteln oder verzichten gleich ganz darauf.¹⁷

Aus den völkerrechtlichen Grundsätzen lassen sich jedoch materielle Voraussetzungen an reproduktive Gesundheit und Autonomie ableiten. Hierzu gehört der Zugang zu sicheren und erschwinglichen Verhütungsmitteln. Da nach wie vor überwiegend Frauen die Zuständigkeit für die Verhütung zugesprochen wird, liegt darin auch ein wichtiger Indikator für die Geschlechtergerechtigkeit einer Gesellschaft. Derzeit befinden sich zwei Gesetzesentwürfe zur Schaffung einer bundeseinheitlichen Regelung zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln (für Menschen mit geringem Einkommen) in der Beratung.¹⁸ Vor einer parlamentarischen Entscheidung werden jedoch die Ergebnisse des vom Bundesfamilienministerium initiierten Modellprojekts „biko“ (Beratung, Information, Kostenübernahme bei Verhütung, 2016–2019) abgewartet, das bundesweit an sieben Standorten einen kostenlosen Zu-

¹⁴ Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (BVerfGE) 88, 203 (252).

¹⁵ Vgl. Rahmenkonzept zur Sexualaufklärung, BZgA 2016, S. 17 f., www.bzga.de/infomaterialien/sexualaufklaerung/rahmenkonzept-zur-sexualaufklaerung.

¹⁶ Vgl. Ulrike A. C. Müller, Bienen und Blumen im Dreieck.

Sexualkundeunterricht zwischen Elternrechten, Kinderrechten und staatlichem Erziehungsauftrag, in: Ulrike Lembke (Hrsg.), *Regulierungen des Intimen*, Wiesbaden 2017, S. 237–253.

¹⁷ Vgl. die Studie im Auftrag der BZgA: Cornelia Helfferich et al., *Frauen Leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen*, Köln 2016, S. 132–135.

¹⁸ Bundestagsdrucksache (BT-Drs.) 19/2514; BT-Drs. 19/2699.

gang zu verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln für Frauen ermöglicht. Angesichts der völkerrechtlichen Kritik an der deutschen Staatenpraxis wäre eine Änderung der aktuellen Rechtslage dringend angezeigt.

Zugang zu sicherem und legalem Schwangerschaftsabbruch

Betrachtet man reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung in ihrem menschenrechtlichen Gehalt, so lässt sich auch die Möglichkeit, eine ungewollte Schwangerschaft sicher und legal zu beenden, als individuelles Recht der Schwangeren begreifen. Ob und in welcher Weise dieses Recht durch Belange oder Rechte des Embryos beziehungsweise Fetus begrenzt wird, wird dann zu einer Frage, die erst auf der zweiten Ebene zu klären ist. In Deutschland überwiegt die entgegengesetzte Auffassung. Sie wird maßgeblich geprägt durch zwei Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts aus den Jahren 1975 und 1993¹⁹ und durchzieht bis heute die juristischen Kommentierungen des Grundgesetzes. Demnach steht das Recht des Embryos auf Leben im Vordergrund, während die Selbstbestimmungsrechte der Schwangeren über ihren Körper und ihre Lebensgestaltung lediglich marginal berücksichtigt werden. Die Schwangere hat nach dieser Vorstellung grundsätzlich eine rechtliche Pflicht, den Embryo auszutragen. Entscheidet sie sich nach Pflichtberatung und Wartefrist während der ersten zwölf Wochen der Schwangerschaft für einen Abbruch, so gebietet der Respekt vor ihrem Selbstbestimmungsrecht zwar, sie dafür nicht zu bestrafen. Der Abbruch stellt aber nach dem Mehrheitsvotum des Bundesverfassungsgerichts strafrechtliches Unrecht dar,²⁰ weshalb die Kosten des Eingriffs auch nicht bei der Krankenkasse geltend gemacht werden können.²¹ Betroffene müssen die Kosten nach der Beratungsregelung – also in 96,2 Prozent

der Fälle²² – selbst tragen. Je nach gewählter Methode (operativ oder medikamentös) betragen die Kosten zwischen 350 und 600 Euro. Anders ist dies nur bei den nach wie vor bestehenden gesetzlichen Indikationen für einen Schwangerschaftsabbruch, wenn also medizinische Gründe bestehen (§ 218a Abs. 2 Strafgesetzbuch, StGB) oder die Schwangerschaft auf eine Sexualstraftat zurückgeht (§ 218a Abs. 3 StGB).

Aus menschenrechtlicher Perspektive ist diese Konzeption des Verhältnisses von Schwangerer und Embryo problematisch, weil die Bedeutung, die eine Schwangerschaft in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht für eine Frau entfaltet, in eklatanter Weise marginalisiert wird. Auch wenn man mit dem Bundesverfassungsgericht den Embryo als Träger der Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) und des Rechts auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) begreift, rechtfertigt dies noch nicht eine Sicht auf Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft, in der diese tief greifenden Veränderungen als Umstände erscheinen, durch die ein Mensch nur „in manchen persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten beeinträchtigt“²³ wird. Vielmehr geht es hier um fundamentale körperliche Belange und Lebensentscheidungen in einer Situation, in der sich Schwangere und Embryo eben nicht wie zwei geborene Menschen gegenüberstehen, sondern eine auch vom Bundesverfassungsgericht wahrgenommene „Zweiheit in Einheit“²⁴ sind. Die unauflösliche relationale Verbundenheit, die eine Schwangerschaft begründet, wird in Deutschland jedoch ausschließlich zu Ungunsten der Schwangeren ausgelegt.²⁵

Räumt man dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren demgegenüber im Einklang mit dem völkerrechtlichen Diskussionsstand größeres Gewicht ein, bleiben rechtliche Regulierungen des Schwangerschaftsabbruchs möglich, könnten jedoch stärker als nach den ungewöhnlich detail-

¹⁹ BVerfGE 39, 1 (1975) und BVerfGE 88, 201 (1993).

²⁰ BVerfGE 88, 203 (273). Zur rechtsdogmatisch widersprüchlichen strafrechtlichen Umsetzung der verfassungsrechtlichen Vorgaben siehe Albin Eser/Bettina Weißer, § 218a, in: Adolf Schönke/Horst Schröder (Hrsg.), Strafgesetzbuch. Kommentar, München 2019, Rn. 12–18.

²¹ Andere Auffassungen finden sich schon in der zweiten Abtreibungsentscheidung des Bundesverfassungsgerichts. Vgl. die abweichenden Meinungen von Ernst G. Mahrenholz/Berthold Sommer, BVerfGE 88, 201 (357) sowie Ernst-Wolfgang Böckenförde, BVerfGE 88, 201 (359ff.), die die Übernahme der Abbrüche durch die gesetzliche Krankenkasse forderten.

²² Vgl. Statistisches Bundesamt, Schwangerschaftsabbrüche, Fachserie 12, Reihe 3 (2018), Wiesbaden 2019, Tabelle 7.

²³ BVerfGE 39, 1 (43); vgl. auch BVerfGE 88, 203 (257).

²⁴ BVerfGE, 88, 201 (252f.).

²⁵ Siehe zur grundsätzlichen Kritik an den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch Dagmar Oberlies, § 218 – ein Grenzfall des Rechts?, in: Kritische Justiz 2/1992, S. 199–213; Ute Sacksofsky, Produktive Sexualität: Bevölkerungspolitik durch Recht, in: Lembke (Anm. 16), S. 97–116, hier S. 103ff.; Maria Wersig, Reproduktion zwischen „Lebensschutz“, Selbstbestimmung und Technologie, in: Lena Foljanty/Ulrike Lembke (Hrsg.), Feministische Rechtswissenschaft. Ein Studienbuch, Baden-Baden 2012, § 9 Rn. 3ff.

reichen Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts dem Gesetzgeber überlassen werden. Gerade bei ethisch und politisch derart umkämpften Themen ist es primär Aufgabe der demokratisch unmittelbar legitimierten Legislative, im Wege der öffentlichen Debatte und Abstimmung eine Entscheidung zu finden.²⁶

In einer solchen öffentlichen Diskussion könnten auch die im völkerrechtlichen Kontext kritisierten Elemente des deutschen Rechts sachlich erörtert werden: Die (Teil-)Kriminalisierung hat Folgen nicht nur für die Finanzierung, sondern auch für Information und Beratung. Derzeit dominiert die Vorstellung, schon die sachliche Information durch Ärzte und Ärztinnen über Angebot und Methoden des Schwangerschaftsabbruchs müsse als strafbare Werbung gelten (§ 219a StGB). Daran wird sich auch nach Änderung des Paragraphen nichts Wesentliches ändern. Zwar sollen Ärztinnen und Ärzte künftig über die Dienstleistung als solche informieren dürfen, nicht jedoch über die angebotenen Methoden. Für Informationen darüber müssen sie auf eine bundesweite Liste von Praxen und Kliniken verweisen, die Abbrüche vornehmen, erstellt von der Bundesärztekammer und der BZgA.²⁷ Aus dieser Regelung spricht nach wie vor ein erhebliches Misstrauen gegenüber der Ärzteschaft, mit der besonderen Situation des Schwangerschaftsabbruchs professionell umzugehen.

Die weitere Kritik des CEDAW-Ausschusses an der Pflichtberatung und der zwingenden Wartefrist zwischen Beratung und Eingriff wird auch hierzulande aufgegriffen.²⁸ Ausweislich des § 219 StGB soll die Beratung der schwangeren Frau helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Eine verpflichtende Beratung suggeriert jedoch, dass den betroffenen Frauen pauschal nicht zugetraut wird, eine Entscheidung über ihren eigenen Körper und ihr eigenes Leben selbstverantwortlich treffen zu können. Ärztliche Aufklärung sowie die Inanspruchnahme freiwilliger Beratung dürften im

Regelfall ausreichen, um eine reflektierte und informierte Entscheidung zu treffen. Die verpflichtende Wartefrist von drei Tagen ist aus medizinischer Sicht kaum zu rechtfertigen. So erhöht sich zum einen bei voranschreitender Schwangerschaft das Komplikationsrisiko bei einem Abbruch. Zum anderen kann die mit der Wartefrist verbundene zeitliche Verzögerung die Wahlfreiheit der Methode verunmöglichen, denn der medikamentöse Abbruch kann nur bis zur neunten Schwangerschaftswoche vorgenommen werden. Die Wartefrist bedeutet zudem – gerade in Regionen mit mangelhafter Versorgungslage – eine weitere organisatorische Hürde und finanzielle Belastung für die Schwangere.

Die derzeitige strafrechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs führt schließlich dazu, diesen Eingriff in der Ärzteschaft und in der medizinischen Ausbildung zu tabuisieren.²⁹ Verbunden mit dem Recht des medizinischen Personals, aus Gewissensgründen keine Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen – ohne die Pflicht der Gesundheitsdienste, in diesem Fall für Ersatz zu sorgen –, kann in Deutschland von einem flächendeckenden Zugang zu sicheren und legalen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs keine Rede sein.³⁰

Selbstbestimmte und sichere Schwangerschaft und Geburt

Neben den bereits genannten Rechten gehören zur reproduktiven Gesundheit auch eine selbstbestimmte Schwangerschaft sowie Wahlfreiheit bei der Geburt. Diese umfasst die freie Wahl des Geburtsorts (Hausgeburt, Geburtshaus, Klinik) und die Art und Weise der Geburt – mit einer individuellen Betreuung. Nach § 24d SGB V haben Betroffene während der Schwangerschaft, bei und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreu-

26 Vgl. Oberlies (Anm. 25), S. 200f., in Bezug auf das erste Abtreibungsurteil des BVerfG: „Damit wird in einem gesellschaftlich brisanten Konflikt Verantwortung verschoben und aus dem Bereich kreativer, politischer Gestaltungsmöglichkeiten, zu denen ja gerade ein demokratischer Auftrag besteht, in den Bereich einer scheinbar objektiven, rechtlichen (Werte-)Ordnung überantwortet (...).“

27 BT Drs. 19/7693.

28 So bereits Wapler (Anm. 13), S. 197f.

29 So werden außer der besonders belastenden Ausschabung der Gebärmutter (Curettag) die verschiedenen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs weder in der gynäkologischen Facharztausbildung noch im Medizinstudium allgemein verpflichtend gelehrt. Auch gibt es keine ärztlichen Leitlinien.

30 Die Zahl ist zwischen 2003 und 2018 um 40 Prozent auf 1200 Einrichtungen zurückgegangen; in einigen Regionen Deutschlands, so in Trier oder Hamm, gibt es keine einzige Einrichtung mehr, die einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt. So berichtet das ARD-Magazin „Kontraste“ unter Berufung auf eine Berechnung des Statistischen Bundesamts (23.8.2018). Vgl. Weniger Ärzte nehmen Schwangerschaftsabbrüche vor, 23.8.2018, www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2018-08/schwangerschaftsabbrueche-statistisches-bundesamt-arztpraxen-kliniken.

ung und Hebammenhilfe. Auch eine Wochenbettbetreuung bis zwölf Wochen nach der Geburt ist davon abgedeckt. Seit Jahren besteht in Deutschland jedoch ein gravierender Versorgungsmangel in der Geburtshilfe – bei steigender Geburtenanzahl. Der Versorgungsmangel resultiert aus einer Ökonomisierung der Geburtshilfe, die eine Schließung vieler Geburtsstationen³¹ sowie einen Mangel an (freiberuflichen) Hebammen mit sich brachte. Ein Grund für den Hebammenmangel sind die hohen Haftpflichtprämien (derzeit 8174 Euro jährlich), die sich viele freiberufliche Hebammen trotz des seit 2015 bestehenden Sicherstellungszuschlags – eine Ausgleichszahlung der Krankenkassen, die jedoch erst rückwirkend erstattet wird – nicht leisten können. Die hohen Haftpflichtprämien stehen den geringen Vergütungen für Geburten gegenüber. Zwar wurden zum 1. Januar 2018 die Vergütungen neu strukturiert und die Honorare für alle Leistungen um mehr als 17 Prozent angehoben.³² Ob das erklärte Ziel einer Qualitätsverbesserung und einer besseren individuellen Betreuung damit jedoch erreicht wird, kann bezweifelt werden: So soll die freiberufliche Hebamme in der Klinik nur noch zwei Schwangere gleichzeitig betreuen. Faktisch bedeutet die Neuregelung indes lediglich, dass sie nur zwei Geburten gleichzeitig *abrechnen* darf, denn bei einer dritten Geburtsbetreuung oder einer Hilfeleistung bei Komplikationen, zu der sie verpflichtet ist (unterlassene Hilfeleistung, §323c StGB), arbeitet sie im Zweifel unbezahlt. Festangestellte Hebammen, die 80 Prozent aller Geburten begleiten, betreuen zudem weiterhin mehr als zwei Gebärende gleichzeitig.³³

Die Folgen der Unterversorgung sind erschreckend: Die Überlastung und die schlechten Arbeitsbedingungen der Hebammen führen zu Personalmangel und unzureichender Betreuung der Schwangeren. Vielerorts müssen in Kliniken vorhandene Kreißsäle kurzfristig oder dauerhaft geschlossen werden. In der Folge werden Frauen zum Teil trotz Geburtswehen wegen mangelnder Kapazitäten abgewiesen. Versorgungsmangel besteht nicht nur in der Geburtshilfe, sondern auch bei der Vor- und Nachsorge. Diese Unterversor-

gung bedeutet eine potenzielle Gesundheitsgefährdung von Schwangeren und Kindern. Mit der klar formulierten Erwartung des Bundesverfassungsgerichts, der Gesetzgeber habe ein umfassendes „Schutzkonzept für das ungeborene Leben“ zu erarbeiten, ist die derzeitige Situation in der Schwangerenversorgung und Geburtshilfe ebenfalls nicht zu vereinbaren.

FAZIT

Zusammengefasst ist die geltende Rechtslage in Deutschland in vieler Hinsicht widersprüchlich: So werden beim Schwangerschaftsabbruch dem Embryo weitreichende Leistungsansprüche gegenüber der Schwangeren zugestanden;³⁴ deren reproduktive Selbstbestimmung bleibt jedoch weitgehend unberücksichtigt. In den übrigen Bereichen der reproduktiven Gesundheit (Verhütung, Schwangerschaftsversorgung und Geburtshilfe) zeigt sich der Gesetzgeber insgesamt wenig großzügig. Schon zu dem vom Bundesverfassungsgericht geforderten umfassenden Schutzkonzept steht dies in eklatantem Widerspruch. Die menschenrechtliche Perspektive öffnet den Blick für den gesamten Lebensbereich der Zeugung, Schwangerschaft und Geburt sowie die Bedingungen, unter denen in einer Gesellschaft Elternschaft stattfindet. Ein solches umfassendes Verständnis von reproduktiver Gesundheit und Autonomie kann helfen, die bestehenden Widersprüche im rechtlichen und rechtspolitischen Diskurs aufzuzeigen. Die menschenrechtsbasierte Perspektive ist zudem unumgänglich, um ein in sich schlüssigeres Konzept zu entwickeln, das den tatsächlichen Umständen und Motiven, unter denen Menschen Kinder bekommen oder sich gegen sie entscheiden, gerecht wird.

LAURA KLEIN

ist Doktorandin am Lehrstuhl für Rechtsphilosophie und Öffentliches Recht an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz.

FRIEDRIKE WAPLER

hat den Lehrstuhl für Rechtsphilosophie und Öffentliches Recht an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz inne.

lswapler@uni-mainz.de

³¹ 1991: 1186 Kliniken mit Geburtsstationen, 2017: 672. Vgl. Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1 (2017), Wiesbaden 2018, S. 84.

³² GKV-Spitzenverband, Pressemitteilung, 6.9.2017.

³³ Kritisch gegenüber der Neuregelung daher der Deutsche Hebammenverband, Pressemitteilung, 2.3.2017.

³⁴ Vgl. Sacksofsky (Anm. 25), S. 105.

ABTREIBUNG UND SELBSTBESTIMMUNG: DREI POSITIONEN

Die Debatte um die Regulierung von Schwangerschaftsabbrüchen ist geprägt von unterschiedlichen Positionen, von denen drei im Folgenden versammelt sind (in alphabetischer Reihenfolge der Nachnamen). *Kirsten Achtelik* problematisiert pränatale Tests, die nach „Normabweichungen“ suchen und von denen die meisten nur die Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung eröffnen. *Liane Bednarz* kritisiert, dass Positionen radikaler Abtreibungsgegner wie -befürworterinnen die mediale Debatte dominieren, und plädiert für einen seriösen Lebensschutz. *Sarah Diehl* schließlich argumentiert, dass Verbote in der Frauengesundheit kontraproduktiv sind, und fordert, Abtreibung ins Ermessen derjenigen zu stellen, deren Körper und Leben betroffen sind.

Eingeschränkte Entscheidungsfreiheit

Kirsten Achtelik

Schwangere Personen müssen selbst entscheiden können, ob sie ein Kind bekommen wollen oder nicht, das ist eine alte und immer noch aktuelle feministische Forderung, die auch aus menschenrechtlicher und gesundheitspolitischer Perspektive unterstützt wird. In Deutschland wird eine selbstbestimmte Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch weiterhin erschwert, da dieser im Strafgesetzbuch im Abschnitt der Straftaten gegen das Leben verhandelt wird. Dies hat negative Folgen: Beispielsweise sind Abtreibungen kein regulärer Teil ärztlicher Lehrpläne, Mediziner*innen durften bis vor Kurzem noch nicht einmal öffentlich darauf hinweisen, dass sie Abbrüche vornehmen, und obwohl weltweit jede dritte Frau im Laufe ihres Lebens eine Abtreibung hatte, ist das Thema tabuisiert und schambesetzt. Restriktive Gesetze, religiöse Traditionen und Stigmatisierung veranlassen jedes Jahr weltweit Frauen und Mädchen zu unsachgemäßen und gefährlichen Schwangerschaftsabbrü-

chen, rund sieben Millionen Patientinnen werden laut Ärzten ohne Grenzen jährlich weltweit aufgrund von daraus resultierenden Komplikationen in Krankenhäuser eingeliefert. Selbsternannte Lebensschützer sorgen dafür, dass dies so bleibt.

Aber was ist, wenn die Entscheidung, die Schwangerschaft auszutragen, bereits getroffen wurde, und die schwangere Person sich entschieden hat, aus dem Fötus ein Kind werden zu lassen? Dann gibt es – normalisiert und als Teil der Schwangerschaftsvorsorge wahrgenommen – viele Untersuchungen, die scheinbar sicherstellen sollen, dass mit dem werdenden Kind „alles in Ordnung“ ist. Wenn das nicht der Fall ist, wenn eine Normabweichung oder Beeinträchtigung festgestellt wird, dann wird diese Entscheidung häufig revidiert und eine Abtreibung vorgenommen. Auch solche Entschlüsse müssen Frauen treffen können, allerdings spielen die gesellschaftliche Behindertenfeindlichkeit, fehlende sozialstaatliche Absicherungen und ableistische Annahmen über Behinderung bei diesen Entscheidungen oft eine so große Rolle, dass sie schwerlich als selbstbestimmt zu qualifizieren sind.

Wenn eine Abtreibung wegen einer erwarteten Beeinträchtigung des werdenden Kindes erwägt wird, ist das in vielen Ländern nach „embryopathischer Indikation“ legal. In Deutschland wurde diese Sonderregel mit der letzten Reform

des in §§218ff. geregelten Abtreibungsrechts Mitte der 1990er Jahre abgeschafft. Dies war ein Erfolg der Behindertenverbände, die eine Sondergesetzgebung als diskriminierend kritisierten. Die Abschaffung dieser Indikation bedeutet allerdings nicht, dass Abtreibungen nach pränataler Beeinträchtigungsdiagnose nicht mehr möglich sind. Solche Fälle sollten künftig von der medizinischen Indikation aufgefangen werden, vermerkt der Kommentar zum Gesetzentwurf: Die medizinische Indikation erlaubt Schwangerschaftsabbrüche, wenn durch die Schwangerschaft das Leben oder die Gesundheit der Frau gefährdet werden. Durch die Integration der embryopathischen in die medizinische Indikation wird den indikationsausstellenden Ärzt*innen die Annahme nahegelegt, dass das Austragen der Schwangerschaft und das Leben mit einem behinderten Kind die psychische Gesundheit der Frau gefährden könnten und ihr deswegen nicht zugemutet werden kann.

In dieser Annahme der Unzumutbarkeit steckt ein großes Problem, da sie an das gesellschaftlich dominante Bild von Behinderung andockt, das körperliche, geistige und seelische Beeinträchtigungen mit Leiden, Schmerzen und Autonomieverlust gleichsetzt. Diese Meinung ist so omnipräsent, dass es schwerfällt, sie als behindertenfeindliches und ableistisches Vorurteil wahrzunehmen – Ableism bezeichnet die Abwertung von Menschen aufgrund ihrer angenommenen unterdurchschnittlichen Fähigkeiten, mit dem Begriff sind gesellschaftliche Dimensionen besser zu erfassen als mit dem älteren Begriff der Behindertenfeindlichkeit. Menschen mit Behinderung kämpfen jedoch schon seit Jahrzehnten gegen die Vorstellung, dass ihre Lebensqualität durchweg schlechter wäre als die von Menschen ohne Beeinträchtigungen. Die Fokussierung auf das vermeintliche Defizit und die unterschiedliche Bewertung von Menschen aufgrund von angenommener geringerer Funktions- und Leistungsfähigkeit lässt ein Leben mit Behinderung als reduzierten menschlichen Zustand erscheinen und ist daher diskriminierend.

Diese Denkweise findet sich eben auch in der pränatalen Diagnostik: Das werdende Kind wird mit dem Defizit identifiziert und unzumutbar – in der Vorstellung der werdenden Eltern wegen der Gleichsetzung von Behinderung und Leiden auch für das werdende Kind selbst. Die normalisierte defizitorientierte Pränataldiagnostik wie-

derholt und verstärkt also das ableistische Vorurteil und damit die Diskriminierung behinderter Menschen.

Die Kritik an der strukturellen Behindertenfeindlichkeit der pränatalen Suche nach Normabweichungen und Beeinträchtigungen richtet sich nicht gegen die einzelne Frau oder die Abbruchsentscheidung. Sie richtet sich gegen ein Gesundheits- und Sozialsystem, das die Angst vor einer möglichen Behinderung mit immer mehr und genaueren Tests zu bekämpfen vorgibt, statt das Leben mit Behinderung und das Leben mit einem behinderten Kind zu unterstützen und zu erleichtern. In einer behindertenfeindlichen Gesellschaft, in der Inklusion als Kosten- und Störfaktor statt als Menschenrecht wahrgenommen wird, ist die Sorge darum, was eine mögliche Behinderung des späteren Kindes für das Kind und die Familie bedeuten könnte, verständlich. Das ist allerdings kaum als ein gesundheitliches Problem zu sehen, das mit pränatalen Untersuchungen und einem Schwangerschaftsabbruch „behandelt“ werden kann, sondern eher als gesellschaftliches Problem, dem mit gesellschaftlicher Normalisierung eines Lebens mit Behinderung begegnet werden sollte.

Der defizitorientierte Blick auf Behinderung hat nicht nur negative Auswirkungen auf behinderte Menschen, sondern schränkt auch die Entscheidungsfreiheit von Schwangeren und werdenden Eltern ein: Eine Entscheidung, die aus Angst und in Unkenntnis ihrer möglichen Konsequenzen getroffen wird, ist nicht sonderlich selbstbestimmt. Die Angst-Kontroll-Spirale der pränatalen Untersuchungen lässt wenig Raum für die Frage, wozu das Wissen dient. In einer Dynamik, in der Frauen mit Kinderwunsch ihren Körper schon vor der Schwangerschaft optimieren, um dem späteren Kind die besten Startchancen zu bieten, kann es als Verantwortungslosigkeit wahrgenommen werden, nicht alle Untersuchungen in Anspruch genommen zu haben. Wenn die Untersuchungen von der Krankenkasse bezahlt werden und die Ärzt*innen dazu raten, dann sind sie scheinbar notwendig und medizinisch sinnvoll. Wenn die Schwangere dennoch Zweifel hat, können Nachfragen im Freundeskreis oder die in der ärztlichen Praxis geforderte Unterschrift, dass sie auf eigenes Risiko auf den Test verzichtet, als Druck wahrgenommen werden. Dazu kommt der Wunsch der Schwangeren selbst, zu wissen, ob „alles in Ordnung“ ist.

Dass die meisten Tests und ihre Ergebnisse keine positive Auswirkung auf die Lebensqualität des späteren Kindes haben und nur die Entscheidung für oder gegen eine Abtreibung eröffnen, ist den wenigsten Schwangeren bewusst. Nur ein kleiner Teil der pränatalen Untersuchungen trägt zur Gesundheit des werdenden Kindes bei, kann als Geburtsvorbereitung lebensrettend sein oder eine pränatale Therapie des Fötus ermöglichen. Die meisten Tests suchen nach körperlichen und genetischen Abweichungen von einer gedachten und festgelegten Norm. Werden hierdurch Hinweise auf Beeinträchtigungen gefunden, folgen weitere Untersuchungen, um die Ursache zu finden und einen Schweregrad abschätzen zu können. In der Wartezeit auf die Ergebnisse erhöht sich die Angst der Schwangeren enorm. Bestätigt sich der Verdacht, gibt es für die meisten diagnostizierten Beeinträchtigungen keinen Behandlungsvorschlag. Schwangere stehen nach so einer Diagnose vor der Entscheidung, ob sie das werdende Kind, dessen Wohlergehen die Tests dienen sollten, unter diesen Umständen überhaupt noch bekommen wollen.

Statt diese fatale Dynamik weiter anzuhetzen, ist es an der Zeit, die Ängste der Schwangeren statt mit Pränataldiagnostik mit einer inklusiven, geschlechtergerechten und behindertenfreundlichen Politik zu bekämpfen und so auch die Selbstbestimmungsmöglichkeiten von Frauen zu vergrößern.

KIRSTEN ACHELNIK

ist Sozialwissenschaftlerin und arbeitet beim Gen-ethischen Netzwerk e.V. in Berlin sowie als freie Journalistin und Autorin.
www.kirsten-achtelik.net

Für einen seriösen Lebensschutz

Liane Bednarz

Seit einiger Zeit wird die Abtreibungsdebatte hierzulande wieder verstärkt geführt. Hauptanlass dafür war die im November 2017 erfolgte erstinstanzliche strafrechtliche Verurteilung der Gießener Ärztin Kristina Hänel, die auf ihrer Internetseite darauf hingewiesen hatte, dass sie Abtreibungen vornimmt, und deshalb angezeigt wurde. Das Urteil löste eine Debatte um die Reform von §219a Strafgesetzbuch (StGB) aus. In ihrer bisherigen Form statuiert die Norm nicht bloß ein „Werbeverbot“ für Abtreibungen, sanktioniert also das „Anpreisen“ selbiger, sondern sieht bereits dann eine Strafbarkeit vor, wenn jemand Schwangerschaftsabbrüche „seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise“ „anbietet“ oder „ankündigt“. Mittlerweile hat das Landgericht Gießen demgemäß im Oktober 2018 die Berufung von Kristina Hänel gegen das erstinstanzliche Urteil abgewiesen.

Virulent in der gegenwärtigen Diskussion ist überdies der Umstand, dass es hierzulande immer weniger Ärzte gibt, die Abtreibungen vornehmen. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes aus dem vergangenen Jahr ist die Zahl der Kliniken und Praxen, die Abtreibungen anbieten, in den vorherigen 15 Jahren um 40 Prozent zurückgegangen. Die Bundesärztekammer führt diesen Rückgang auf den Druck militanter Abtreibungsgegner zurück. Gegenüber dem ARD-Magazin „Kontraste“ sagte Frank Ulrich Montgomery, der Präsident der Bundesärztekammer, im August 2018, dass man „großes Verständnis für jeden Arzt“ habe, „der unter den derzeit herrschenden Bedingungen keine Schwangerschaftsabbrüche vornehmen möchte“. Montgomery forderte die Politik explizit auf, Sorge dafür zu tragen, dass „Ärzte betroffene Frauen nach medizinischen Standards versorgen können, ohne von sogenannten ‚Lebensschützern‘ diffamiert und in der Ausübung ihres Berufes zum Teil massiv gestört zu werden“.

Mit dem im Dezember 2018 innerhalb der Großen Koalition aus CDU/CSU und SPD gefundenen Kompromiss für eine Reform von §219a StGB hat sich die Debatte keineswegs ab-

geschwächt. Im Gegenteil: Viele Feministinnen stellen nun generell die geltende Gesetzeslage zur Abtreibung und damit die Regelungen in §§ 218 ff. StGB infrage. Danach ist der Schwangerschaftsabbruch außerhalb einer medizinischen und kriminologischen Indikation rechtswidrig, bleibt aber für die Schwangere straffrei, wenn er innerhalb der ersten zwölf Wochen nach der Empfängnis im Anschluss an eine Beratung vorgenommen wird. Diese muss gemäß § 219 StGB „von dem Bemühen“ geleitet sein, „die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen“.

Wie weit die Debatte inzwischen fortgeschritten ist, konnte man etwa sehen, als die Wochenzeitung „Der Freitag“ Mitte Februar 2019 „Mein Bauch gehört mir“ titelte, und zwar in optischer Anlehnung an das legendäre „Stern“-Cover „Wir haben abgetrieben“ aus dem Jahr 1971. 24 Frauen zeigen ihr Gesicht; zu sehen sind unter anderen die Feministinnen Alice Schwarzer, Margarete Stokowski und Teresa Bücker.

Diese Skizze der Diskussion illustriert ihre derzeitige Stoßrichtung oder besser ihre Wahrnehmung. Im Vordergrund stehen einerseits Frauen, die so tun, als sei das werdende Leben lediglich Teil des „eigenen Bauchs“, und andererseits radikale Lebensschützer, die Frauen vor Abtreibungskliniken auflauern oder Abtreibungsärzte anzeigen. Eine der Thematik angemessene, empathische und vor allem differenzierte Debatte, die sowohl die schwangere Frau als auch das werdende Leben im Blick hat, findet kaum statt. Das führt leider dazu, dass diejenigen seriösen Lebensschutzorganisationen, die sowohl auf die Frau als auch das ungeborene Kind blicken und sich demgemäß von radikalen Verhaltensweisen distanzieren, zwischen den beiden Polen zerrieben werden, was man vor allem daran sieht, dass ihre Existenz und Arbeitsweise in den Medien kaum thematisiert wird.

Dieser seriöse Lebensschutz, wie er zum Beispiel in kirchlichen Einrichtungen wie der „Bischöflichen Stiftung für Mutter und Kind“ im Bistum Speyer praktiziert wird, hat es somit derzeit schwer, nach außen durchzudringen. Hinzu kommt, dass die Abtreibungskritik zunehmend von rechtspopulistischen Bewegungen und Parteien gekapert wird, die deutschnationale Interessen mit dem Thema vermengen, indem sie die Abtreibung von „deutschen“ Embryonen beklagen. Das zeigt sich etwa in Slogans wie „Ein

Volk stirbt im Mutterleib“. Und findet sich wenig überraschend auch im Grundsatzprogramm der AfD. In diesem wird zwar generell Kritik an Abtreibungen geübt, diese wird aber mit deutschnationaler Bevölkerungspolitik verquickt, etwa wenn unter dem Stichpunkt „Mehr Kinder statt Masseneinwanderung“ die hohen Abtreibungszahlen beklagt und stattdessen eine „aktivierende Familienpolitik“ zugunsten der „einheimischen Bevölkerung“ gefordert wird. Gerade bei Christen, die jedes werdende Leben als Geschöpf Gottes ansehen, sollten bei solch einer Verquickung alle Alarmglocken schrillen.

Angesichts dieser Vereinnahmung des Themas von Rechtsaußen ist es medial umso wichtiger, auf den seriösen christlichen Lebensschutz aufmerksam zu machen. Das Anliegen derjenigen Organisationen, die sich für diesen einsetzen, besteht darin, ungewollt schwangeren Frauen, die einen Abbruch vornehmlich aus Gründen erwägen, die in ihrer Lebenssituation liegen (medizinische und kriminologische Indikation hier ausgenommen), zu ermutigen, sich für das Kind zu entscheiden. Dies heißt nicht notwendigerweise, die Mutterrolle anzunehmen. Auch das Austragen des Kindes mit anschließender Freigabe zur Adoption ist eine Möglichkeit.

Der seriöse Lebensschutz hat, und das ist der wesentliche Unterschied zu der „Mein Bauch gehört mir“-Fraktion, auch den werdenden Menschen im Blick, der der Entscheidung der Schwangeren hilflos ausgeliefert ist. Genau dieser Aspekt kommt in der feministischen Debatte um das angebliche und ausschließliche „Selbstbestimmungsrecht“ der Frau zu kurz. Denn diese entscheidet nun einmal nicht bloß über sich selbst, sondern zwingend, und zwar möglicherweise mit letalen Folgen, auch über das Leben eines anderen Wesens, das sich zwar in ihrem Bauch befindet, aber nicht ihr Bauch ist. Insofern ist bereits der Slogan „Mein Bauch gehört mir“ irreführend. Ehrlicher Weise sollten Feministinnen, die dieser Linie folgen, der Debatte kein verharmlosendes Vokabular überstülpen, sondern sagen: „Mein Embryo gehört mir“.

Ziel des seriösen Lebensschutzes darf gleichwohl nicht sein und ist es auch nicht, den Frauen ein schlechtes Gewissen zu machen. Im Vordergrund muss immer auch die Empathie für die Lage der ungewollt Schwangeren stehen. Dazu zählen das Verständnis für eine mögliche emotionale Überforderung, für finanzielle Existenzängste sowie die Sorge der Frau, ihrem bisherigen Lebensentwurf nicht mehr folgen zu können.

Es muss also darum gehen, Wege aufzuzeigen, die tatsächlich gangbar sind. Zugleich aber auch entscheidend darum, der Frau zu verdeutlichen, dass in ihr ein kleines Wesen heranwächst, das sich vor die Wahl gestellt, wohl kaum wünschen würde, niemals auf die Welt zu kommen. Und ihr zu zeigen, dass sie die Verantwortung dafür trägt.

In dieser Hinsicht ist die Frage nach der Verantwortung also eine, die in die Zukunft weist. Jedoch hat der Verantwortungsgedanke auch einen zurückweisenden Aspekt, der in der bisherigen Debatte fast in toto außen vor bleibt. Unausgesprochen entsteht oft der Eindruck, dass eine Schwangerschaft etwas sei, das irgendwie über die Frau hereinbricht. Nahezu ausgeblendet bleibt die Frage, warum jemand in Zeiten von Pille und Kondom überhaupt ungewollt schwanger wird. Gewiss, es gibt Fälle, in denen diese Verhütungsmittel versagen, aber das dürfte nur eine kleine Zahl der nicht beabsichtigten Schwangerschaften erklären. Ohne auch hier zu pauschalisieren und zu verurteilen, kann der seriöse Lebensschutz die Frau dazu ermutigen, sich der Verantwortung für ihr eigenes Handeln zu stellen und das Baby auszutragen. Allerdings ist auch hier viel Empathie gefragt. So ist etwa an die Drucksituation zu denken, die so mancher Erzeuger verursacht, wenn er von der ungewollt Schwangeren entweder ausdrücklich eine Abtreibung verlangt oder ihr von vornherein klar macht, dass er sich nicht um das Kind kümmern wird. Der seriöse Lebensschutz kann gerade in einer solchen Situation auf die Möglichkeit hinweisen, das Kind auszutragen und anschließend zur Adoption freizugeben, wenn die Schwangere eine Mutterrolle für sich ausschließt.

Wichtig ist und bleibt bei alledem, die Schwangere stets zur Austragung des Kindes zu ermutigen, ohne sie aber fallenzulassen oder ihr emotional zuzusetzen, wenn sie sich letztlich doch dagegen entscheidet. Diesen Ansatz gilt es verstärkt in den Fokus zu rücken, um so den Lebensschutz vor den radikalen Abtreibungsgegnern zu schützen, deren Kernkompetenz in Angstmache und Verurteilung besteht.

LIANE BEDNARZ

ist promovierte Juristin, freie Publizistin und Buchautorin. Zuletzt erschienen: „Die Angstprediger. Wie rechte Christen Gesellschaft und Kirchen unterwandern“ (2018).

Twitter: @L_Bednarz

Die Paragraphen 219 und 218 Strafgesetzbuch machen Deutschland zum Entwicklungsland

Sarah Diehl

Seit vier Jahren unterstütze ich mit der Organisation Ciocia Basia (polnisch für „Tante Barbara“) Frauen aus Polen, einen Schwangerschaftsabbruch in Berlin vornehmen zu lassen. Denn in ihrer Heimat ist das Abtreibungsrecht noch restriktiver als bei uns. In diesem Zusammenhang habe ich Frauengruppen in Polen kennengelernt, die den Abbruch in freundlicher solidarischer Atmosphäre unter fachkundiger Anleitung – mithilfe der Organisationen Women on Web oder Women help Women – mit der Abtreibungspille selbst organisieren.

Als ich zum ersten Mal davon hörte, war ich schockiert. Nicht, weil ich dieses Vorgehen für unverantwortlich hielt, sondern, weil es mir verrückt erschien, dass wir Frauen so sehr in einem patriarchalen (Denk-)System gefangen sind, dass wir nicht einfordern, eine zutiefst private und intime Erfahrung wie einen Schwangerschaftsabbruch selbst gestalten zu können. Und dass Frauen ausgerechnet in der Illegalität, wenn sie den Abbruch eigenständig organisieren müssen, Strukturen aufbauen, mit denen sie diese Erfahrung zu ihren Bedingungen machen, indem sie sich dem Zerrspiegel von Kirche und Politik mit ihrer Psychologisierung, ihrem Paternalismus, ihren Schuldzuweisungen und normativen Moralvorstellungen entziehen.

Das beeindruckende an Organisationen, die Frauen den Zugang zur Abtreibungspille ermöglichen und in denen viele Ärztinnen mitarbeiten, ist nicht nur, dass sie Hilfe zur Selbsthilfe geben, sondern auch, dass sie durch diese Praxis, auch wenn sie klandestin begann, Wege eröffnen, das *selfmanagement* der Abtreibungspille und Telemedizin, also Arztkonsultationen via Skype, in der Medizin zu etablieren. Ihre Erkenntnisse veröffentlichen sie in wissenschaftlichen Studien und ermöglichen Techniken, die vor allem für sogenannte Entwicklungsländer als Abhilfe gesehen werden – für Gegendern also, in denen es einen Ärztemangel gibt.

Weltweit zeigt sich, dass Länder mit liberalen Abtreibungsgesetzen auch die Länder mit den we-

nigsten Schwangerschaftsabbrüchen sind. Verbote in einem Feld wie Frauengesundheit bringen im Wesentlichen Einsamkeit, Schweigen, gefährliche Falschinformation und Todesfälle hervor. Denn nicht Zwang, Scham und Kontrolle verhindern ungewollte Schwangerschaften, sondern umfassende Sexualaufklärung, günstige oder kostenlose Verhütungsmittel und Selbstbestimmung in den Händen der Betroffenen. Wenn die Komplexität der Frauengesundheit anerkannt wird, funktioniert sie auch am besten.

Die §§ 219 und 218 im Strafgesetzbuch verhindern das und verschlechtern die Versorgungslage. Immer mehr ÄrztInnen schrecken im Angesicht der Kriminalisierung und des damit verbundenen Stigmas zurück, einen Schwangerschaftsabbruch anzubieten, und das Thema wird in der ärztlichen Ausbildung ausgespart. Doch so halten sich stereotype Vorbehalte gegenüber den Betroffenen auch in der ÄrztInnenschaft, weshalb jüngere ÄrztInnen keine Abbrüche mehr anbieten und ältere sich nicht über die neuesten Methoden weiterbilden lassen. Dabei gilt der Eingriff als sehr sicher, sogar sicherer als eine Geburt. Ciocia Basia bekommt bereits Anfragen von Frauen aus Deutschland, die Möglichkeiten für einen Abbruch suchen. In Deutschland ist die Zahl der Ärzte, die Abtreibungen vornehmen, seit 2003 um 40 Prozent zurückgegangen, und die wenigsten von ihnen bieten die Abtreibungspille an. Ist Telemedizin also auch bei uns von Nöten?

Gerade die freie Wahl der Abtreibungsmethode ist essenziell für die Frau, und es ist unhaltbar, dass in Deutschland die Abtreibungspille so schwer zu finden ist, die laut Weltgesundheitsorganisation sehr sicher ist, eine geringe Fehlerquote hat und auch außerhalb von Kliniken sicher angewendet werden kann. Zudem machen die Frauen die Erfahrung, dass ein früher Abbruch vor der zehnten Schwangerschaftswoche eher einer Menstruation gleicht als, wie gern dargestellt, einer „Kindstötung“ – und ich frage mich, ob es diese alternative Wahrnehmung eines Abbruchs ist, die man den Frauen nicht ermöglichen will. Die genannten Pro-Choice-Selbsthilfeorganisationen berücksichtigen die Lebensrealität von Frauen, während viele Politiker und Ärzte, unter anderem aus Angst vor Karriereknick und Rufschädigung, Klischees bedienen, die wissenschaftlich unhaltbar sind. So suggerierte etwa Jens Spahn (CDU) 2014 anlässlich der Debatte um die rezeptfreie Vergabe des Notfallverhütungsmittels Levonorgestrel, Frauen würden diese „Pille danach“ wie

„Smarties“ essen, sollte sie rezeptfrei erhältlich sein. Dass jemand, der Aussagen tätigt, die mangelndes Fachwissen und Ressentiments bezeugen, Gesundheitsminister wird, kann auch als Hinweis gelesen werden, dass viele Aspekte der Frauengesundheit einen geringen Stellenwert haben.

Viele ungewollte Schwangerschaften entstehen trotz Verhütung. Die Vorstellung, Frauen seien zu verantwortungslos und unbedarft zum Verhüten, speist sich aus der Unwissenheit über die Fehlerquote, Kosten und Unverträglichkeit der gängigsten Verhütungsmethoden und die mangelnde Kooperation von Männern. Verhütungsmittel für Männer werden nicht weiter entwickelt, allein, weil sie ähnliche Nebenwirkungen haben, wie die, die Frauen seit Jahrzehnten ertragen. Warum halten wir den Frauen das Narrativ der Verantwortungslosigkeit und Schuldigkeit dennoch genüsslich vor? Warum erscheint es uns überhaupt akzeptabel, dass Staat und Gesellschaft Zugriff auf die Frau bekommen, sobald sie schwanger wird? Weil wir Zugriff auf die Frau als Ressource haben wollen, die selbstlos Fürsorge und Liebe in unserer Gesellschaft spendet, allerdings unbezahlt und unsichtbar durch die geschlechtliche Arbeitsteilung in der Kleinfamilie, die bis heute ihre Wirkungsmacht nicht verloren hat.

Eine einfache Zahl hilft, um die Lebensrealität von Frauen ins rechte Licht zu rücken: In Deutschland haben mehr als 60 Prozent der Frauen, die sich für einen Abbruch entscheiden, bereits Kinder. Sie lassen einen Abbruch vornehmen, weil sie wissen, wie viel Zeit, Geld und Fürsorge Kinder benötigen, die sie unter ihrem Nachwuchs aufteilen müssen. Doch diese Perspektive, dass Abtreibung eine verantwortungsvolle Entscheidung ist, die Frauen für sich und ihre Familien treffen, hat im gängigen Gruselnarrativ keinen Raum.

Zu diesem gehört auch die Vorstellung, Frauen würden nach einer Abtreibung unvermeidbar psychische Probleme bekommen. Christliche AbtreibungsgegnerInnen sprechen gar von einem „Post-Abtreibungs-Syndrom“ (PAS). Tatsächlich ist das PAS weltweit von keiner einzigen wissenschaftlichen Institution als Krankheitsbild anerkannt. Natürlich können Frauen ambivalente Gefühle und Traurigkeit über ihren Schwangerschaftsabbruch verspüren, und es ist wichtig, dass sie darüber sprechen können. Eine Langzeitstudie der American Psychological Association (APA), die 2008 veröffentlicht wurde, ergab jedoch, dass die größte psychologische Belastung und Angst vor

der Abtreibung liegt, also in der Zeit der Ungewissheit, wie und wo man Hilfe bekommt. Laut APA haben Abtreibungen keinen negativen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit von Frauen. Hingegen könne es sehr wohl Traumata auslösen, eine ungewollte Schwangerschaft austragen zu müssen. Meine Erfahrung ist: Viele Frauen gehen gestärkt aus diesem Prozess hervor, weil sie sich ihrer Handlungsfähigkeit und ihres Rechts auf eigene Bedürfnisse bewusst werden.

Aber statt einer wissenschaftlichen Betrachtung über die embryonale Entwicklung werden Frauen genüsslich Fantasien von hilflosen empfindsamen Babys im Mutterleib vorgehalten. In der emotionalen Erpressung von Frauen haben sich AbtreibungsgegnerInnen professionalisiert. Das Internet ist voll mit Websites, die sich auf den ersten Blick als Hilfsangebote an ungewollt Schwangere darstellen, aber mit einseitigen oder falschen Informationen Frauen Angst und Schuldgefühle machen wollen. Organisierte, radikale AbtreibungsgegnerInnen machen Angebote für den Schulunterricht und haben Stände auf Messen für Jugendliche. Sollte der Staat nicht eher dort eingreifen, wo ma-

nipulative Falschinformationen über medizinische Methoden an Schutzbefohlene verbreitet werden?

Unsere christlich-männlich und technokratisch geprägte Kultur macht aus einer Stärke der Frau, ihrer Gebärfähigkeit, eine Schwäche. Ein Gesundheitssystem, das Abtreibung stigmatisiert, hat ein generelles Problem mit der Qualität der Frauengesundheit. Ein sensibler Umgang mit Abtreibung würde sich gut auf die Frauengesundheit auswirken, da er eine Atmosphäre schafft, in der die Bedürfnisse aller Schwangeren berücksichtigt werden. Einen Raum, in dem Abtreibung, Fehlgeburten, postnatale Depression, selbstbestimmte Geburt, Pannenanfälligkeit von Verhütungsmitteln, eben allen Aspekten der Gebärfähigkeit mit Kenntnis und Empathie begegnet wird – anstatt Schwangerschaft und Mutterschaft zum Glückszustand zu verklären und Frauen damit mundtot zu machen.

SARAH DIEHL

ist Aktivistin und Publizistin und drehte 2008 den preisgekrönten Dokumentarfilm „Abortion Democracy: Poland/South Africa“.
<http://sarah-diehl.de>

Streit um §219a

Der bpb Podcast

www.bpb.de/219a-podcast



ESSAY

KONFLIKTE AUSHALTEN UND MENSCHLICH GESTALTEN

Verantwortungsethik im Umgang mit frühestem menschlichen Leben

Peter Dabrock

Wir alle werden geboren. Zum einen teilen Menschen das biologische Ins-Leben-Kommen mit den nicht menschlichen Tieren. Zum anderen bildet das Geboren-Werden für jeden Menschen den Einstieg in die menschliche Lebensform mit den Möglichkeiten von Beziehungen, Fürsorge, kommunikativer Freiheit und Selbstbestimmung, aber auch von Erfahrungen der eigenen Endlichkeit und von Widerfahrnissen von Verletzbarkeit und Gewalt. Denken wir an „Geburt“ und „Geburtlichkeit“,⁰¹ kommen nicht nur Bilder tiefer Liebe für den schutzbedürftigen und nach Zuneigung schreienden Säugling in den Sinn, sondern ebenso Bilder von Schmerz, Tod, Krankheit und enttäuschter Hoffnung. Zudem war und ist nicht jede Schwangerschaft gewollt, und so wundert es nicht, dass der Schwangerschaftsabbruch ein die Menschheit begleitendes Phänomen ist. Noch weit bis ins 20. Jahrhundert hinein wurden Frauen dabei kaum gemeinschaftlich oder staatlich unterstützt. Oft mussten sie versuchen, „ihr“ Problem allein und rechtlich wie gesundheitlich oft höchst risikoreich zu „lösen“.

ZWISCHEN EXISTENZIELLER BETROFFENHEIT UND REGELUNGSNOTWENDIGKEIT

In den vergangenen 50 Jahren ist es trotz oder gerade wegen zunehmender reproduktiver Freiheiten durch bessere medizinische Versorgung, niedrigschwellig erreichbare und sicherere Schwangerschaftsverhütungs- und abbruchmöglichkeiten zu einer Polarisierung im Umgang mit dem frühesten menschlichen Leben gekommen. Mit der retrospektiv emblematisch zu nennenden Geburt von Louise Brown, also dem ersten in der Petri-

schale künstlich „erzeugten“ Menschen, ist auch eine neue Entität geschaffen: die In-vitro-Embryonen – frühestes menschliches Leben außerhalb der Bergung des weiblichen Leibes, wo es dem direkten biomedizinischen Zugriff ausgesetzt ist. Er kann untersucht oder – theoretisch – manipuliert werden, an ihm kann geforscht werden, was in der Regel zu seiner Verwerfung führt.

In dieser lebensweltlichen wie biomedizinischen Gemengelage, die zudem in vielen Ländern mit weltanschaulicher und rechtlicher Liberalität, dem Einflussverlust semantischer, insbesondere religiöser Groß Erzählungen und ihrer Traditionsorgane, verknüpft war und noch immer ist, spielen sich die moralischen und ethischen Konflikte um den Lebensanfang ab. Es sind und bleiben einerseits existenzielle Fragen der betroffenen Menschen und andererseits Regelungsgebiete für die rechtsstaatlich und demokratisch verfasste Gesellschaft. Im besten Fall sollen die getroffenen Regelungen nicht die Freiheit der Einzelnen willkürlich beschneiden, sondern sie so weit wie möglich als Ausdruck von Würde und allgemeinem Persönlichkeitsrecht realiter und nicht nur formell achten und schützen. Zugleich sollen sie den Schutz des Lebens von allem Anfang bis zu allem Ende gewähren und schließlich ein gesellschaftliches Klima schaffen, das auf der mikro- wie makrosozialen Ebene freiheitsorientiert, inklusionssensibel und konfliktverarbeitungsfähig bleibt.

BALANCE ZWISCHEN KONFLIGIERENDEN GÜTERN SUCHEN

Deshalb kann eine die Rechtsbegründung, -schaffung und -anwendung begleitende Ethik weder

einfach situationsethisch argumentieren und nur das individuelle Gewissen zur Letztinstanz von moralischen und rechtlichen Konflikten erklären. Ebenso wenig darf bei der Gestaltungsreflexion dieser persönlich oft tragischen Fragen eine solche Ethik sich allein an einer einzigen Position, sei es die Selbstbestimmung der Frau, sei es der Lebensschutz des frühen menschlichen Lebens, ausrichten. Dazu sind schon beim Schwangerschaftsabbruch die Entscheidungslage und ihre Konsequenzen zu dramatisch: Wo es, noch zu abstrakt formuliert, um „Zweiheit in Einheit“ (Bundesverfassungsgericht) geht, geschlechts- und personalitätssensibler formuliert, um ein „genuines Zwei in Einer“ (Ina Praetorius),⁰² oder, die zeitliche und emotionale Dynamik noch zwischenleiblicher beschreibend, um einen „Prozeß, innerhalb dessen sich das genuin selbständig Unselbständige zum genuin unselbständig Selbständigen entwickelt“ (Christiane Kohler-Weiß),⁰³ da verbieten sich einfache Beurteilungen und Lösungen.

Der Gesetzgeber war deshalb meiner Einschätzung nach gut beraten, als er – vor dem Hintergrund der in vielerlei Hinsicht schwierigen Geschichte der Regelung der Rechtsmaterie des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland⁰⁴ – eine Regelung gefunden hat, die über verschiedene Prozedere mit unterschiedlichen Beratungsmodi und -zielen versucht hat, die erwähnten Grundrechte, Güter, Interessen und Verletzlichkeiten einigermaßen fair auszugleichen und dabei Billigkeitserwägungen zuzulassen. Mit der Formulierung, dass der nicht aus medizinischer oder kriminogener Indikation vorgenommene Schwangerschaftsabbruch in den ersten zwölf Wochen nach Befruchtung zwar „rechtswidrig“ sei, jedoch „straffrei“ bleibe, wird juristisch festgehalten, dass er weder eine Form der nachträglichen Verhütung bildet, noch eine Schwangerschaft gegen den Willen der Frau fortgesetzt werden soll.

Die gefundene Kompromisslösung überzeugt weder die Verteidiger:innen der reinen Rechts-

lehre – sie mögen den Kopf darüber schütteln, dass der Staat (zumindest beim Fristenlösungszweig der Schwangerschaftsabbruchsregelung) eine flächendeckende Organisation rechtswidriger Taten anordnet. Sie befriedigt auch nicht die Lebensschützer:innen, weil sie eben das Lebensrecht von höchstlicherlich als Grundrechtsträger bezeichneten Embryonen und Föten antastet. Schließlich empört sie auch die Gruppe derjenigen, die die Selbstbestimmung der Frau einseitig favorisiert, weil der Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der Fristenlösung als „rechtswidrig“ eingestuft wird. Dennoch hält sie sich bereits erstaunlich lange. Und allen Kulturpessimist:innen zum Trotz sei darauf hingewiesen, dass die Zahl der Abbrüche signifikant, seit den 1980er Jahren um über die Hälfte, zurückgegangen ist, auch wenn sie mit etwa 100 000 pro Jahr noch immer recht hoch ist, wobei über 96 Prozent der Abbrüche der Fristenlösung mit Beratungspflicht zuzuordnen sind.⁰⁵

Es wäre aus meiner Sicht kein gutes Signal gewesen, wenn der Gesetzgeber 2019 §219a Strafgesetzbuch, der die Werbung für Schwangerschaftsabbrüche unter Strafe stellt, ersatzlos gestrichen hätte. Er gehört in eine Regelungsarchitektur hinein, die verschiedene Güter ausbalanciert, um anzuzeigen, dass man nicht einfach für eine rechtswidrige, wenn auch straffreie Tat werben können soll. Umgekehrt hatten Gerichtsurteile gezeigt, dass mit ihm das Recht einer Frau, sich im Schwangerschaftskonflikt umfassend informieren, sprich: auch niedrigschwellig erfahren zu können, welche Ärzt:innen Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, deutlich eingeschränkt war. Ärzt:innen, die nur auf ihrer Homepage darüber informiert hatten, dass sie dies tun, waren bisher dem Risiko der Strafverfolgung ausgesetzt. Diese, beide Parteien oftmals schwer belastende, unsichere Rechtslage musste deshalb modifiziert werden. Wegen des verfassungsrechtlich hohen Ranges des Lebensschutzes des Fötus konnte die rechtliche Änderung nicht so weit gehen, die Präsentation aller ärztlichen Optionen ungefiltert zu erlauben. Dies wäre der verbotenen Werbung recht nahegekommen. Entsprechend ist es sinnvoll, wenn aufgrund der Neuregelung 2019 die notwendige Aufklärung in einer dem Konflikt angemessenen und auf die jeweilige Frau individuell bezogenen Beratungssi-

01 Zu „Geburtlichkeit“ im Anschluss an Hannah Arendt und Hans Saner vgl. Ulrich H.J. Körtnner, *Leib und Leben. Bioethische Erkundungen zur Leiblichkeit des Menschen*, Göttingen 2010, S. 44–80.

02 Ina Praetorius, *Zum Ende des Patriarchats. Theologisch-politische Texte im Übergang*, Mainz 2000, S. 30.

03 Christiane Kohler-Weiß, *Schutz der Menschwerdung. Schwangerschaft und Schwangerschaftskonflikt als Themen evangelischer Ethik*, Gütersloh 2003, S. 316.

04 Siehe dazu auch den Beitrag von Dirk von Behren in dieser Ausgabe (*Anm. d. Red.*).

05 Vgl. Statistisches Bundesamt, *Schwangerschaftsabbrüche*, Fachserie 12, Reihe 3 (2018), Wiesbaden 2019, Tabelle 7.

tuation erfolgt und dabei zudem auf zentral verwaltete, aktuelle Listen mit Schwangerschaftsabbruch anbietenden Ärzt:innen sowie verwendeten Methoden verwiesen werden kann.

SYM-PATHIE STATT VERURTEILENDE PSEUDO-EINDEUTIGKEIT

Interessanter- oder bezeichnenderweise – weil eben der Großteil der Gesellschaft doch ihren Frieden mit der Kompromissregelung zum Schwangerschaftsabbruch geschlossen hat – fixieren sich die ethischen Debatten um den Lebensanfang vor allem auf die neuen Pränataldiagnosen, konkret: auf die nicht invasiven Pränataltests (NIPT) oder die Präimplantationsdiagnostik (PID), aber auch auf die Frage der Bewertung von Spätabbrüchen, auf Embryo-, Samen- und Eizellspende, die Leihmutterchaft, die im Tierversuch gelungenen und damit in Zukunft auch beim Menschen zu erwartenden Reproduktionstechniken, die außergewöhnliche Möglichkeiten späterer Familienkonstellationen zulassen, oder die Experimente mit In-vitro-Embryonen.

Es bedarf keiner allzu großen prophetischen Gabe, um zu prognostizieren, dass auch in Zukunft neue moralische Konflikte um Fragen des Lebensanfangs aufkommen werden. Auch sie werden immer wieder nach ethischer Reflexion verlangen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit möchte ich dafür einige Markierungen benennen, die mir als evangelischem Ethiker und Beobachter zahlreicher Diskurse der vergangenen Jahrzehnte derzeit wichtig sind. Ich schreibe „derzeit“, weil ich sie nach bestem Wissen und Gewissen, sprich: nach selbstkritischer Prüfung meine, so vertreten und ethisch begründen zu können.⁰⁶ Dennoch weiß ich, dass jeder sich dabei an eigenen Voraussetzungen abarbeitet. Es sind persönliche Prägungen und Prägungen der eigenen intellektuellen Biografie, die zulassen, Änderungen im Wissensbestand nicht an sich abprallen zu lassen, sondern identitätsbildend und intellektuell zu verarbeiten.

Zunehmend merke ich, dass ich angesichts der enormen Komplexität und vielfach undurchschaubaren Gemengelage skeptischer geworden bin, moralische Urteile über Handlungsabsichten

im Bereich des Umgangs mit dem frühen menschlichen Leben zu fällen. Es mag die eine oder andere geben, die, ohne mit der Wimper zu zucken, eine Schwangerschaft abbricht. Es mag Forschende geben, denen es einerlei ist, ob sie mit Embryonen forschen oder mit unbelebter Materie. Den allermeisten der in Schwangerschaftskonflikte involvierten Menschen unterstelle ich nicht, dass sie – und das gilt sicher auch für die beteiligten „ers“ – nötige Entscheidungen leichtfertig fällen. Diese Zurückhaltung moralischer Beurteilung unterstreicht die frühe, von katholischer und evangelischer Kirche in Deutschland gemeinsam verantwortete Schrift „Gott ist ein Freund des Lebens“ von 1989: „Konfliktlagen von dieser Schärfe können nicht allgemeinverbindlich aufgelöst werden. (...) Wenn eine Schwangere sich nicht in der Lage sieht, das in ihr heranwachsende Leben anzunehmen, darf ihre Entscheidung, obwohl gegen Gottes Gebot, nicht pauschal und von vornherein als selbstherrliche Verfügung über menschliches Leben verurteilt werden.“⁰⁷ So einseitig rigoristisch, wie immer behauptet, waren die Kirchen selbst damals nicht. Dennoch unterscheidet sich ihr Umgang mit den Konfliktfragen des Lebensanfangs erkennbar.

Während die katholische Kirche, insbesondere in den offiziellen Verlautbarungen Roms, vielfach vermeintlich eindeutige moralische Normen und Orientierungen aufrechterhält und anderslautende Positionierungen nicht selten des Hedonismus, des Technokratismus oder gar der Propagierung einer „Kultur des Todes“⁰⁸ geziehen hatte – wiewohl viele katholische Moraltheologen eine erheblich differenziertere Position vertraten und vertreten –, ist in den auch offiziellen Texten der evangelischen Kirchen, sekundiert vom überwiegenden Teil der theologischen Ethiker, nach meiner Wahrnehmung eine höhere Konflikt- und Ambiguitätssensibilität zu konstatieren.⁰⁹ Diese wird katholischerseits mit bemerkenswertem Engagement und mit großer Offenheit in die Seel-

06 Für eine ausführlichere ethische Begründung siehe Peter Dabrock, *Bioethik des Menschen*, in: Wolfgang Huber/Torsten Meireis/Hans-Richard Reuter (Hrsg.), *Handbuch der Evangelischen Ethik*, München 2015, S. 517–583.

07 Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland/Deutsche Bischofskonferenz, *Gott ist ein Freund des Lebens*. Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens, Trier 1989, S. 69.

08 Vgl. Papst Johannes Paul II., *Über den Wert und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens*. Enzyklika „*Evangelium vitae*“ vom 25. März 1995, Leutesdorf 1995.

09 Vgl. Peter Dabrock, „... nur in wenigen Fragen Eindeutigkeit oder gar Einstimmigkeit“. Zur Genealogie jüngerer bioethischer Stellungnahmen der EKD, in: *Zeitschrift für Theologie und Kirche* 109/2012, S. 360–396.

sorge verlagert. Und doch ist es mir als evangelischem Ethiker nicht unwichtig, dass „meine“ Kirche schon in der Ethik und nicht erst in der Seelsorge darauf reflektiert, dass allgemeinverbindliche Lösungen bisweilen fehlen, und dieses Eingeständnis auch ethisch und für die politische Beratung zu rechtlichen Standards fruchtbar macht.

Die Zurückhaltung vor moralischen Verurteilungen bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass man einen Freifahrtschein für alles und jeden im Umgang mit dem frühesten menschlichen Leben ausstellen darf. Regelungen sollten aber konflikt-sensibel sein, möglichst viele Perspektiven einbeziehen, die dahinterstehenden Güter und Verletzlichkeiten möglichst intensiv berücksichtigen und die verbleibenden Konfliktdimensionen prozeduralisieren. Dass dabei Härten sehr wohl entstehen können, lässt sich nicht leugnen.

Um ein aktuelles Beispiel zu erwähnen: So sehr ich das Bedürfnis kinderloser Paare, seien sie hetero- oder homosexuell, sym-pathisch, sprich: mitleidend, sehe, genetisch eigene Kinder bekommen zu wollen, muss ich bei der Leihmutterchaft – mit sehr vorsichtig und sorgsam zu erwägenden Ausnahmetatbeständen, die sich an wechselseitiger Verbindlichkeit und Verantwortung festmachen könnten – derartig erhebliche Nachteile konstatieren, nämlich Gefahren physischer Art (bei der potenziellen Leihmutter), psychischer und sozialer Art (bei allen Beteiligten) sowie ökonomischer Art (Ausnutzung finanzieller Notsituationen), dass ich bis zum Erweis des Gegenteils davon überzeugt bin, dass das deutsche Verbot angebracht ist. Meine Position speist sich dabei nicht allein aus der Vorstellung, dass ich aus meinem Glauben oder einer bestimmten Pflichten- oder Wertethik heraus solche Handlungen verurteilen würde oder prinzipiell gegen neue Familienkonstellationen wäre. Vielmehr meine ich, vor allem konsequentialistisch hinreichende Gründe benannt zu haben, warum die mit dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht geltende grundsätzliche Erlaubnis eines Tuns hier zurückgewiesen werden sollte.

EHRlichkeit STATT SÜNDEBOCKSUCHE

Dass in Problem- und Konfliktkonstellationen des Lebensanfangs nicht immer das Verbot, sondern vor allem die verantwortliche Gestaltung, die

Begleitung, die Beratung und das Bereitstellen von Hilfsangeboten das Handeln und die damit befassten Institutionen und Organisationen leiten sollte, scheint mir ein Ausdruck der ethischen Einsicht zu sein, dass moralisch klare und eindeutige Lösungen schwerlich zu finden sind. Diese Einsicht führt mich zu der weiteren ethisch reflektierten moralischen Maxime, dass man sich und anderen gegenüber ehrlich bleiben muss. Insbesondere im Feld der Ethik des Lebensanfangs wird noch immer allzu häufig mit Scheinheiligkeiten, Scheinsicherheiten und Sündenbock-Mentalitäten agiert. Angesichts der hohen Vulnerabilität der Beteiligten sind solche Vorgehensweisen ethisch höchst unangemessen. Einige Beispiele mögen dieses auf den ersten Blick scharfe Urteil belegen.

Embryonenforschung

In der ersten Stammzelldebatte Anfang der 2000er Jahre wurde – nicht zuletzt von Kirchenvertreter:innen und Theolog:innen – darauf verwiesen, dass es in Deutschland im Verhältnis zu anderen Ländern nur eine geringe Zahl an sogenannten (aus In-vitro-Fertilisationszyklen, IVF-Zyklen) übrig gebliebenen, „überzähligen“ Embryonen gäbe. Man übergang dabei oft tunlichst, dass diese Zahl nur durch einen typisch deutschen Regelungstrick niedrig gehalten wurde. Denn es gab zwar in der Tat nur wenige bei der IVF nicht verwendete, befruchtete Eizellen, für die nach Embryonenschutzgesetz ein Grundrechtsschutz gilt. Dass gleichzeitig in Deutschland genauso viele imprägnierte Vorkerne¹⁰ existierten wie im Ausland kryokonservierte Embryonen, wurde oft verschwiegen. Somit stellte man sich nicht selten ungebührlich auf eine höhere moralische Warte, die zu verteidigen man vorgab. Keineswegs liegt es in meinem Interesse, durch diese Offenlegungen eine verbrauchende Embryonenforschung zu legitimieren, aber eine solche Unehrllichkeit im Umgang mit der eigenen Position und mit der Position anderer erscheint mir ethisch nicht statthaft.

Embryo-, Samen- und Eizellspende

Ebenso mutet es mir scheinheilig an, wenn ein Land, das Samenspende ermöglicht und auch

¹⁰ So werden grundrechtlich nicht geschützte Eizellen bezeichnet, in die das Spermium bereits eingedrungen war und die in ihrer biologischen Entwicklung nur wenige Stunden, bevor die Verschmelzung stattgefunden hätte, in flüssigem Stickstoff tiefgefroren wurde.

rechtlich keine Vorbehalte gegen die Embryospende hat – wiewohl hier erheblicher rechtlicher Klärungs- und Umsetzungsbedarf besteht –, die Eizellspende verbietet. Mitnichten seien die Unterschiede zwischen Samenspende und der Spende von (kryokonservierten) Embryonen eingeebnet (die zur Embryospende notwendige Eizellspende ist gesundheitlich risikoreicher, die Gefahr der Ausbeutung höher); stellt man aber die Eizellspende wiederum in den Kontext anderer erlaubter risikoreicher Gesundheitseingriffe, dürften die Gründe des Verbotes durchaus schwer zu rechtfertigen sein. Das gilt insbesondere dann, wenn die sorgfältigen prozeduralen Maßnahmen berücksichtigt würden, die der Deutsche Ethikrat für die Embryospende 2016 vorgeschlagen hat.¹¹ Den Eindruck, dass hier ein Gender Bias und eine einseitige Verteidigung eines bestimmten (in sich durchaus sinnvollen) Familienbildes die rechtliche Regulierung prägt, lässt sich nicht leicht von der Hand weisen.

PND und PID

Kaum anders als in Richtung einer Sündenbock-Mentalität kann ich die eklatante Ungleichbehandlung von Pränataldiagnostik (PND) und Präimplantationsdiagnostik (PID) deuten. Hier scheint die Angst überhandgenommen zu haben, dass man bei der PID denselben Schiffbruch erleidet wie bei der PND. Diese hatte man als Diagnosetool für extreme Ausnahmefälle zugelassen, aus der dann eine Routinemaßnahme wurde. Um dies bei der PID zu verhindern, hat man zum einen auf die Unvergleichbarkeit beider Diagnosen verwiesen (die PND geschehe in der ontologischen und moralischen Ausnahmesituation des „zwei in einer“, während die PID einen extrakorporalen Konflikt darstelle, da sie an IVF-Embryonen vorgenommen wird). Zum anderen hat man sie mit einer Reihe an Verfahren und finanziellen Hürden für Normalverdienende versehen. Aber stimmt es, dass die Konfliktsituation so verschieden ist? Richtig ist: Die PID antwortet auf einen extrakorporalen Konflikt, aber es ist doch ein innerleiblicher. Denn die Betroffenen leiden oft intensiv psychosomatisch an den Gründen, die sie überhaupt eine PID in Erwägung ziehen lassen. Und stimmt es, dass man bei der PID eine ähnliche Ausweitung wie bei der PND erwarten

muss? Das träfe zu, wenn sich immer mehr Paare entscheiden würden, trotz natürlicher Zeugungsmöglichkeit auf das IVF-Verfahren zu setzen. Man braucht schon angesichts der noch immer recht geringen Erfolgsrate der IVF und den damit einhergehenden körperlichen wie psychischen Belastungen nicht vermuten, dass dieses düstere Szenario eintritt. Dann ist aber die Zahl der IVF-Verfahren die „natürliche“ Grenze der PID – es bleibt also bei einer erkennbar begrenzten Zahl. Wenn dem so ist, dann beschleicht einen der Verdacht, dass ausgerechnet an der kleinen Gruppe der Paare, die aus sehr nachvollziehbaren Gründen (schweres, genetisch verursachtes Leid in der Familie) eine in Deutschland nur in sehr engen Grenzen mögliche PID in Erwägung ziehen, das Exemplum statuiert wird, das man bei der PND vermieden hat. Mit der Ethik von Klaas Huizing¹² könnte man diagnostizieren: Eine Scham über früheres Versagen wird dahingehend umgemünzt, dass ausgerechnet eine besonders vulnerable Gruppe mit einer Schuld kategorisierung konfrontiert wird.

Lebensanfang

Ausgerechnet bei der Gretchenfrage, die bei nahezu allen Konflikten um den Lebensanfang – ob es einem passt oder nicht – eine entscheidende Rolle spielt: „Wie hältst Du es mit dem moralischen Status des menschlichen Embryos?“, werden Unsicherheiten oft verschleiert. Bei ihrer Beantwortung auf metaphysische Pseudosicherheiten zu verzichten, wäre ein Ausdruck von Ehrlichkeit. Selbst wenn man an dem Axiom festhält, dass der Mensch „von allem Anfang bis zum Ende“ unabhängig von Eigenschaften und innerweltlichen Zugehörigkeiten als Träger von Würde anzuerkennen, zu achten und zu schützen ist (und dies mit Gottebenbildlichkeit des Menschen oder schlicht der Menschenwürde begründet), sollte man doch Unsicherheiten in der Bestimmung des Anfangs nicht leugnen. Wer beispielsweise die These vertritt, dass nach der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle ein irreversibler Prozess abläuft, der bei nicht widrigen Umständen einen Menschen hervorbringt, wird nach heutigem Wissensstand sich und anderen ehrlicher Weise eingestehen müssen, dass die Sache viel komplizierter ist: Die inner- und au-

¹¹ Vgl. Deutscher Ethikrat, Embryospende, Embryooption und elterliche Verantwortung. Stellungnahme, Berlin 2016.

¹² Vgl. Klaas Huizing, Scham und Ehre. Eine theologische Ethik, Gütersloh 2016.

ßerkörperlichen Umwelten reduzieren sich nicht darauf, förderliche und nichtwüdrige Umstände bereitzustellen, sondern wirken sich konstitutiv und nicht nur instrumentell auf die Entfaltung des Programms aus.¹³ Zudem wird man dank der jüngsten Forschungen in der Entwicklungsbiologie den Gebrauch der Potenzialitätskonzeption nur noch als sehr eingeschränkt plausibel bezeichnen können. Denn mit ein paar – zugebenermaßen sehr aufwändigen – technischen Tricks ist „potenziell“ aus jeder menschlichen Zelle eine Keimbahnzelle herstellbar. Wer kontert, dass dies aber nur mit technischen Tricks, die moralisch nicht zählen dürften, funktioniert, hat unter der Hand eine bestimmte Form der Potenzialität, nämlich die *potentia activa*, zur alleinigen „wahren“ erklärt und technische Manipulation als ein fehlendes Merkmal echter Potenz erklärt. Wenn dem aber so wäre, dann mangelte allen IVF-Embryonen, um die doch so engagiert gekämpft wird, das Merkmal der aktiven Potenz. Denn von sich aus und ohne weitere menschliche Assistenz wäre diese Form menschlichen Lebens alsbald dem Untergang geweiht. Im Umkehrschluss hieße das: Wenn jede menschliche Zelle offensichtlich die Potenz besitzt, sich zum und als menschliches Wesen zu entwickeln, müsste jede Zelle zum Grundrechtsträger erklärt werden – eine erkennbar absurde Position.¹⁴

Ich führe diese Beispiele nicht an, um andere Positionen lächerlich zu machen, sondern, erstens, um daran zu erinnern, wie wenig selbstverständlich entgegen eingespielter Deutungsmuster die Fertilisationsthese als Festlegung des Beginns der Schutzwürdigkeit des menschlichen Embryos inzwischen ist. Der Hinweis auf die absurden Konsequenzen der ausgereizten Potenzialitätsthese demonstriert, zweitens, dass wir anstelle ontologischer Diskussionen unterschiedliche Verantwortungsdringlichkeiten identifizieren sollten. Man muss nicht der These zustimmen, der ich zuneige, dass das Ins-Leben-Kommen ein Prozess ist, der sich am ehesten zum Zeitpunkt der Nidation, also der Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter-schleimhaut, hinreichend

stabilisiert. Aber man sollte anerkennen, dass Schwangerschaftskonflikte einen anderen Verantwortungskontext darstellen und andere Handlungsstrategien erfordern als Forschungen mit embryonalen Stammzellen.

NIPT

Um Verantwortungskontexte nicht auf symbolische Statusdebatten zu reduzieren, würde es auch helfen, sich ehrlich einzugestehen, dass es bei bestimmten genetischen Abweichungen einerseits zu einer zunehmenden Selektion von Föten, insbesondere mit Trisomie 21, kommt,¹⁵ andererseits eine hohe, in der Langzeitentwicklung sogar zunehmende gesellschaftliche Akzeptanz von Menschen mit (auch geistiger) Behinderung zu beobachten ist.¹⁶ Das Erste bedauere ich, das Zweite ist anzuerkennen. Und beides zusammen bedeutet eine im menschlichen Leben leider nicht selten anzutreffende lebensweltliche Spannung – und mancher würde sicher auch sagen: Diskrepanz. Mit Blick auf deren eine Dimension, nämlich der von vielen Frauen und Eltern eingestandenen existenziellen Überforderung, ein Leben mit einem behinderten Kind glauben führen zu können, erleben wir seit einigen Jahren sporadisch eine immer intensiver geführte Debatte, gerade wieder im Frühjahr 2019. Sie dreht sich um die Frage, ob die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) die bereits als Medizinprodukt zugelassenen und somit privat finanzierbaren nicht-invasiven Pränataltests (NIPT) als Regelleistung bei Risikoschwangerschaften refinanzieren

13 Vgl. Christoph Rehmann-Sutter, *Würde am Lebensbeginn. Der Embryo als Grenzwesen*, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 51/2008, S. 835–841.

14 Vgl. Hannah Schickl/Matthias Braun/Jens Ried/Peter Dabrock, *Abweg Totipotenz. Rechtsethische und rechtspolitische Herausforderungen im Umgang mit induzierten pluripotenten Stammzellen*, in: *Medizinrecht* 32/2014, S. 857–862.

15 Immer wieder geistert die Zahl umher, dass von zehn Föten, bei denen mittels PND Trisomien entdeckt worden seien, neun abgetrieben würden. Zu deutlich niedrigeren Werten (60 bis 80 %) und den Schwierigkeiten ihrer Bestimmung vgl. Jaime L. Natoli et al., *Prenatal Diagnosis of Down Syndrome. A Systematic Review of Termination Rates (1995–2011)*, in: *Prenatal Diagnosis* 2/2012, S. 142–153; Alexander Weichert et al., *Prenatal Decision-Making in the Second and Third Trimester in Trisomy 21-affected Pregnancies*, in: *Journal for Perinatal Medicine* 2/2017, S. 205–211.

16 Zur Deutung dieser Spannung vgl. noch immer Wolfgang van den Daele, *Empirische Befunde zu den gesellschaftlichen Folgen der Pränataldiagnostik: Vorgeburtliche Selektion und Auswirkungen auf die Lage behinderter Menschen*, in: Annemarie Gethmann-Siefert/Stefan Huster (Hrsg.), *Recht und Ethik in der Präimplantationsdiagnostik*, Bad Neuenahr-Ahrweiler 2005, S. 206–254; zu neueren Zahlen und Deutungen vgl. Anke Woo, *Kontaktbedingungen zwischen Menschen mit und ohne Behinderung als Prädiktoren von Einstellungen zu Inklusion*, Dissertation, Pädagogische Hochschule Heidelberg 2017, <https://opus.ph-heidelberg.de/frontdoor/deliver/index/docId/230/file/DissertationWoll21Juni2017.pdf>.

zieren soll oder nicht. Als Regelleistung bei Risikoschwangerschaften (zu der man recht leicht fast jede Schwangerschaft deklarieren kann) wird bisher die invasive PND, die allerdings ein Fehlgeburtsrisiko von 1 bis 2 Prozent aufweist, eingeordnet und somit finanziert. Zumindest für negative Testergebnisse sind die NIPT gleich präzise. Bei einem positiven Befund müsste nochmals zur Sicherheit eine PND nachgeschoben werden. Gegner der Refinanzierung der NIPT durch die GKV befürchten eine Normalisierung eines vorgeburtlichen „Qualitätschecks“ und eine endgültige pränatale Selektion von Menschen mit Down-Syndrom. Dagegen wird zum einen eingewandt, dass bereits durch die invasive PND eine solche Situation eingetreten sei. Wenn die NIPT als Regelleistung nicht refinanziert würden, würde man nur das vermeidbare Fehlgeburtsrisiko eingehen und die sozial Schwächeren treffen, für die die private Finanzierung eines solchen Tests außerhalb ihrer Möglichkeiten läge.¹⁷ Weil es zu den Grundvoraussetzungen des Rechts zählt, einigermassen gleiche Fälle auch gleich zu behandeln, kommt man kaum um die Einschätzung herum, dass man entweder invasive und nicht invasive Pränataldiagnostiken als Regelleistung finanzieren oder nicht finanzieren sollte. Eine Ungleichbehandlung erscheint dagegen sachwidrig. Ob man allerdings das Rad zurückdrehen und auf alle Pränataldiagnostiken verzichten sollte, erscheint angesichts der gesellschaftlichen Pluralität in der Auffassung zum frühen menschlichen Leben doch mehr als zweifelhaft.

Entscheidend ist aus meiner Sicht aber vor allem, den Blick auf die zweite Dimension der zuvor erwähnten Spannung zwischen pränataler Selektion und zunehmender Anerkennung von Menschen mit Behinderung zu lenken. Die Verantwortungschance lautet dann: Wenn wir alles dafür tun, dass das Leben mit Menschen mit Behinderung in dieser Gesellschaft (noch) möglich(er) wird, dann tun wir vermutlich einen größeren Schritt in Richtung des Schutzes frühen menschlichen Lebens als mit vielen – oft in hochmoralischem Ton präsentierten – Stellung-

nahmen. Angesichts millionenfach gelebter Bereitschaft zur Solidarität mit Pflegebedürftigen, mit Kindern und erwachsenen Menschen mit Behinderung sowie zur damit unbezweifelbar auch bezeugten Bereitschaft zu persönlichen Opfern sollten wir nicht unterstellen, dass die Menschen immer mehr zu Hedonismus und zu Perfektion neigen und von fehlendem Gemeininteresse geprägt sind – und aus diesem Geiste heraus leichtfertig bereit sind zu Schwangerschaftsabbrüchen oder generell zu technokratisch betriebener Reproduktionsoptimierung. Solch pauschale Verurteilungen helfen niemandem, insbesondere nicht den Verletzlichsten.

SCHLUSS

Konflikte und Menschen in ihrer Not ernsthaft und respektvoll wahrzunehmen, sie und die Betroffenen als Grenze reiner ethischer Begründungen und Urteile zu achten,¹⁸ ehrlich gegen Scheinheiligkeiten vorzugehen, Uneindeutigkeiten auszuhalten, Sündenbock-Mentalitäten zu vermeiden, ohne deshalb das Bestreben aufzugeben, reflexiv Korridore der Verantwortung zu identifizieren, und zu versuchen, menschliches Leben von Anfang bis zum Ende anzuerkennen, zu achten und zu schützen: Das sind Schritte einer Verantwortungsethik, die der eine aus dem Geiste des Glaubens an den gerechten und barmherzigen Gott zu gehen versuchen mag, die andere, weil ihr der Mensch als Anderer radikal, von der Wurzel her und von Grund auf sym-pathisch ist.

Dieser Beitrag ist eine stark überarbeitete, ergänzte und aktualisierte Version von: Peter Dabrock, Ehrlich währt am längsten. Konfliktsensibles Nachdenken über den Lebensanfang, in: Herder Korrespondenz Spezial, 1: Kinder, Kinder. Ethische Konflikte am Lebensanfang, 2017, S. 37–40.

¹⁷ Vgl. Kammer für Öffentliche Verantwortung der EKD, Nichtinvasive Pränataldiagnostik. Ein evangelischer Beitrag zur ethischen Urteilsbildung und zur politischen Gestaltung, Hannover 2018; zuvor schon Peter Dabrock, Schwangerschaft auf Probe, in: Süddeutsche Zeitung, 7./8.7.2012, S. 2.

¹⁸ Vgl. Mk 2,27: „Der Sabbat ist um des Menschen willen gemacht und nicht der Mensch um des Sabbats willen.“

PETER DABROCK

ist Professor für Systematische Theologie (Ethik) am Fachbereich Theologie der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg und Vorsitzender des Deutschen Ethikrates.

peter.dabrock@fau.de

LEBENSCHUTZDEBATTE IM ZEITALTER DER DIGITALISIERUNG

Über Schwangerschaft als Gestaltungsprojekt

Daniel Hornuff

„Trenne Dein Baby vor der Geburt.“ Die Aussicht klingt verlockend: Warum sich mit den wenigen kassenärztlich genehmigten Terminen zum pränataldiagnostischen Screening begnügen? Warum nicht öfter, gerne wöchentlich, idealerweise zu jeder Tages- und Nachtzeit und damit je nach Lust und Laune einfach mal nachsehen, ob (noch) „alles in Ordnung“ ist? Schließlich gilt eine Schwangerschaft in der westlichen Moderne als etwas, das allenfalls noch rund zwei Mal im Leben eines Menschen vorkommt und entsprechend als biografisch attraktive Ausnahme – als singuläre Sensation – wahrgenommen wird.

Mit dem „Baby Scan“ soll dieser vorgebliche Traum werdender Eltern Wirklichkeit werden. Neben dem Scanner in Form eines kleinen länglichen Geräts werden einzig die dazugehörige App plus stabile WLAN-Verbindung benötigt. „Der Baby-Scanner ermöglicht es Schwangeren, zum Vergnügen Ultraschallaufnahmen von ihrem Baby im entspannten Ambiente ihrer eigenen Wohnung zu machen und so die Entwicklung des Babys in ihrem Bauch zu verfolgen. Die aufgenommenen Bilder können in der Baby-Scan-App gespeichert sowie mit Freunden und Familie geteilt werden“, verspricht der Anbieter.⁰¹

Damit vollendet dieses Produkt, was sich in den zurückliegenden Jahrzehnten immer stärker herauskristallisiert hat: dass die Sichtbarmachung des Ungeborenen zu den am stärksten nachgefragten medialen Praktiken unserer Kultur gehört. Bilder vom Ungeborenen gelten vor allem in westlichen Gesellschaften als ebenso suggestiv-wirkungsvolle wie überzeugend-dokumentierende visuelle Artefakte. Wer eine bildliche Darstellung vom Ungeborenen betrachtet, meint den ersten greifbaren Nachweis eines kommenden Menschen zu erblicken. Folglich scheinen derartige Bilder – jene „virtuellen Schwangerschaften“⁰² – das ultimative Zukunftsversprechen ab-

zugeben: Als sei auf ihnen zu sehen, was bald schon sein werde.

In diesem Beitrag beschäftige ich mich mit dem öffentlichen Design der Schwangerschaft. Folglich wird hier keine „Abtreibungsdebatte“ geführt, sondern es werden jene ästhetischen und medialen Praktiken untersucht, die dazu beitragen, dass das Ungeborene mit einem spezifischen Image ausgestattet wird. Als These arbeite ich heraus, dass Digitalisierung in Form der Sozialen Netzwerk- und Kommunikationskultur erheblichen Einfluss auf die Frage ausübt, wie Ungeborene subjektiviert werden und die Schwangerschaft insgesamt semantisiert wird. Abschließend benenne ich schlaglichtartig Leerstellen der aktuellen Debatten um das Recht auf Abtreibung – um dazu beizutragen, dass die (politische) Diskussion um den Lebensschutz die Bedingungen der heutigen Zeit angemessen berücksichtigt.

TECHNOLOGIEKRITISCHE EINWÄNDE

In ihrem grundlegenden Werk „Der Frauenleib als öffentlicher Ort“ setzt sich die Körper- und Wahrnehmungshistorikerin Barbara Duden mit der Frage nach der „Preisgabe des Intimen“ auseinander.⁰³ Im Zentrum steht das Ungeborene als mediales Faszinosum. Dieses wird als ein vor allem visuell entäußertes und damit optisch erfassbares Gegenüber untersucht. Insbesondere in Kampagnen der Lebensschutzbewegung reüssiere das Ungeborene als Werbe- und Indoktrinationsobjekt. „Schamlos“ werde es öffentlich „der Schaulust aufgezwungen“, mit der Folge, dass die „Wirkweise dieser anatomischen Weltausstellung“ kaum zu unterschätzen sei: „Unter dem Bombardement mit Föten“, konstatiert Duden, „gibt es immer mehr Schwangere, die sich fragen, wie sie in ihrem Erleben dem Schatten dieser biologischen Abstraktion entgehen können.“⁰⁴

Eine dieser gesellschaftlichen Konsequenzen, der man sich nach Dudens Einschätzung nur schwer entziehen könne, bestehe in der Etablierung der „Scheinwirklichkeit ‚Leben‘“: Was als körperliches, quasi-menschliches „Würmchen mit dem großen Kopf“ in Erscheinung trete, werde als „wissenschaftlich hergestellte Tatsache“ ins Bewusstsein gehoben. Erst dadurch erlangte es „staatlichen Schutz“. Dieses so geschaffene Rechtssubjekt befördere wiederum eine allgemeine „Zustimmung zum verwaltenden Zugriff auf die Frau“.⁰⁵ Sie erscheine als ihrem eigenen Ungeborenen untergeordnet, richte sich doch der wesentliche Fokus in der Phase der Schwangerschaft weniger auf die Sorgen, Empfindungen und Erlebnisse der Frau als auf die – gesunde – Entwicklung dessen, was sich in ihr vollziehe.

Duden argumentiert aus einer feministischen Position, deren Argumente in einer technologiekritischen Perspektive entwickelt werden. Die mediale Durchleuchtung des Frauenkörpers – insbesondere die Sichtbarmachung des Ungeborenen – wird demzufolge als umfassend entfremdender An- und Eingriff gewertet, der dazu führe, dass das authentische Selbsterleben von Zeugung, Schwangerschaft und Geburt mit der Erweiterung diagnostischer Instrumentarien verloren gehe. Folglich implementiere der medizinische Apparat mit der ausgreifenden Autorität eines vermeintlichen Mehrwissens ein System „öffentliche[r] Überwachung“.⁰⁶ „Natur“, so schließt Duden, „ist (...) das technisch vermittelte Konstrukt, das [die Frau] sich selbst zuschreibt“ – und weiter: „Ein Fötus ‚organisiert‘ sich im mütterlichen Feld. Er ist primär weder Eizelle noch Zygote, weder Embryo noch Kind, sondern ein kybernetischer Zustand“. In „diesem zur Wüste gewordenen Inneren der Frau“ sei letztlich „jede Sinnlichkeit ausgelöscht“.⁰⁷

Duden lancierte ihre Thesen zu Beginn der 1990er Jahre und damit zu einer Zeit, in der Ul-

traschallverfahren erstmals derart verfeinert wurden, dass auch Laien in den sonografischen Aufnahmen vorgeburtlicher Frühstadien zumindest ungefähre körperliche Konturen entdecken konnten. Zwar gab es bekanntlich weit früher – etwa Mitte der 1960er Jahre durch den Fotografen Lennart Nilsson – zahlreiche Versuche, dem Ungeborenen als körperlich-wesenhafter Sensation auf die Schliche zu kommen, um ihm ein vermeintlich angemessenes, weil massenmedial verbreitbares Bild zu verleihen.

Doch erst später wurde das Screening in der diagnostischen Praxis nicht länger allein der Deutungskraft medizinischer Autoritäten unterstellt; nach und nach resultierte aus ihm eine Art visuelles Allgemeingut: Die Bildchen – jene ästhetischen Mitbringsel von der ärztlichen Reise in den eigenen Uterus – wurden ab den 1990er Jahren zunehmend mit Familie und Freunden geteilt, sie fanden Eingang in Fotoalben und Portemonnaies und nisteten sich damit regelrecht in der Alltagskultur ein.

Dies bedeutete, dass das Ungeborene in Form eines scheinbaren Porträts bereits vor seiner Geburt in das Bildgedächtnis aufgenommen und somit als vollgültiges Mitglied in der Gemeinschaft der Geborenen – und deren Porträts – aufgefasst wurde. Manche sprachen denn auch von „Fetal Galaxies“,⁰⁸ die mit der weiteren Entwicklung optischer Kontrollgeräte erschlossen und als vorgebliche Bilddokumente in den massenmedialen wie privaten Umlauf gebracht wurden – und damit im Grunde immer weiter popularisierten, was Nilsson mit seinem „Kosmos-Fötus“⁰⁹ bereits bildästhetisch gesetzt hatte.

MEDIALE VERGEGENWÄRTIGUNG

Aktuell entfalten solche Überlegungen neue Brisanz. Schließlich wurden die wesentlichen kultur-, körper-, medien- und sozialwissenschaftlichen

01 www.baby-scan.com/Home/FrequentlyAskedQuestions. Siehe auch https://twitter.com/baby_scan_.

02 Barbara Orland, Virtuelle Schwangerschaften. Eine Mediengeschichte aktueller Formate pränataler Bildgebung, in: *Zeitenblicke* 3/2008, www.zeitenblicke.de/2008/3/orland.

03 Barbara Duden, *Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*, München 1994, S. 67.

04 Ebd.

05 Ebd., S. 66.

06 Ebd., S. 121.

07 Ebd., S. 141.

08 Meredith W. Michaels, *Fetal Galaxies: Some Questions About What We See*, in: dies./Lynn M. Morgan (Hrsg.), *Fetal Subjects, Feminist Positions*, Philadelphia 1999, S. 113–132.

09 Verena Krieger, *Der Kosmos-Fötus. Neue Schwangerschafts-ästhetik und die Elimination der Frau*, in: *Feministische Studien* 2/1995, S. 8–24. Krieger setzt sich kritisch mit der populärkulturellen Sichtbarmachung des Ungeborenen auseinander und arbeitet das damit einhergehende wahrnehmungstheoretische Paradoxon heraus: „Ein Fötus tritt (...) ans Licht der Welt. Denn die Welt hat ein Licht auf ihn geworfen, noch bevor er als Mensch zur ebensolchen kommen wird“, in: ebd., S. 8.

Beobachtungen zur allgemeinen Ästhetisierung der Schwangerschaftsphase historisch *vor* dem Aufkommen der Sozialen Medien formuliert. Dies ist insofern nicht unerheblich, als vor allem bildzentrierte Plattformen im Grunde jeder und jedem die Möglichkeit bieten, nahezu sämtliche Dimensionen der Schwangerschaft und ihre einzelnen Stadien öffentlich – und das heißt: prinzipiell weltweit einsehbar – in Szene zu setzen. Eine Schwangerschaft lässt sich also zumindest potenziell mit allen anderen Menschen teilen und somit zu einer kollektiven kommunikativen Praxis ausweiten. Man könnte sogar davon sprechen, dass sich in den Sozialen Medien nun tatsächlich und massenkompatibel vollzieht, was Duden bereits 2002 als „fötale Umgebung“ beschrieb,¹⁰ als eine technologie-visuelle, mediale Allgegenwart des Pränatalen.

Insbesondere das zum Bild gewordene Ungeborene erlebt auf Plattformen wie Instagram, Tumblr und Flickr unter Hashtags wie #babyscan oder #ultraschall eine bislang ungeahnte Öffentlichkeitskarriere. Millionen Menschen posten Sonogramme, die sie entweder von ärztlichen Ultraschalluntersuchungen mitbringen oder von rein kommerziell arbeitenden Ultraschallstudios erhalten, die teilweise selbst in den Sozialen Netzwerken präsent sind.¹¹ Solche Studios bieten werdenden Eltern – lange vor Entwicklung eines privathäuslichen „Baby-Scans“ – ohne jeglichen medizinischen Auftrag scheinbare Einblicke in den Uterus. In einer Kultur, in der das Sichtbare zumeist auch als das Beweisbare und damit hinlänglich Identifizierbare ausgelegt wird, bedienen solche Angebote das Bedürfnis nach einem möglichst frühzeitigen „Bonding“ mit dem kommenden Kind.

Das Kommende soll bereits pränatal in Sichtbarkeit überführt werden, da diese – technologisch hergestellte und damit künstlich konstruierte – Sichtbarkeit ein Gefühl sozialer Gegenwärtigkeit stiftet. Die Bilder vom Ungeborenen dienen somit einmal mehr der Vergewisserung, es im Bauch der Frau mit einer anthropologisch-wesenhaften Tatsache zu tun haben. Gefeierte werden im Anschluss an solche Termine sogenannte Fötus-Partys, die sich vor allem in den USA steigender Beliebtheit erfreuen: Wie um einen postmodernen

Gral versammeln sich Familie und Freunde um die ersten Bilder vom Ungeborenen – was bedeutet, dass gerade nicht der Körper an sich bestaunt wird, sondern dessen bildhaftes Zeichen.

DER FÖTUS IM NETZ

Vor diesem Hintergrund ist es nur ein kleiner (medialer) Schritt, diese solcherart visuell und sozial adoptierten Ungeborenen nun auch in die Sozialen Netzwerke einzuspeisen. Dort fungieren sie schließlich als ihre eigenen Ausweismarken, was unter anderem dadurch unterstrichen wird, dass die begleitenden Texte zumeist auch den Namen des „Kindes“ nennen, ja diesen – ergänzend zur Nennung des Geschlechts – erstmalig-feierlich öffentlich bekanntgeben.

Da religiöse Glaubensdimensionen in diesem Fall keine oder allenfalls untergeordnete Rollen spielen dürften, ließen sich solche Formen der Namensgebung als profaniert-mediale Taufakte interpretieren: Indem das Bild vom eigenen Ungeborenen mit dem ihm zugeordneten Namen belegt wird, findet der präsentierte Körper zugleich Eingang in die Gemeinschaft all jener, die sich als bereits zugehörig zu dieser und jener Plattform erwiesen haben. Das *digital child* wird paradoxerweise bereits vorgeburtlich geboren, sodass auf Ebenen der medialen Repräsentation und sozialen Eingliederung die Grenze zwischen Prä- und Postnatalität aufweicht: „Children’s social media presence often begins before birth as parents share ultrasound images to announce the imminent arrival of a baby, and the joys of early childhood are often shared on Facebook, Instagram, Flickr and elsewhere.“¹²

Bild- und medienethisch – und womöglich auch aus juristischer Perspektive – betrachtet, stellt sich in diesem Zusammenhang die Frage nach dem Recht am eigenen Bild: Wem gehören Bilder, die „jemanden“ zu zeigen scheinen, der möglicherweise – je nach Ausgestaltung der Fristenregelung – zwar schon als eigenständiges Rechtssubjekt gilt und trotzdem noch nicht geboren wurde? Die abertausenden Sonogramme auf Instagram fungieren im besten Sinne als Vorbilder: Sie gehen den Körpern voraus, sodass die Bilder als ästhetische Objekte auf jene Körper gewissermaßen „warten“, die auf ihnen selbst ge-

10 Barbara Duden, *Die Gene im Kopf – der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper*, Hannover 2002, S. 91.

11 Siehe als Beispiel <https://twitter.com/windowtothewomb>.

12 Sean McBlain/Jill Dunn/Ian Luke, *Contemporary Childhood*, London 2017, S. 171.

zeigt werden. So kann es passieren, dass man als heutiger frischgeborener Mensch auf seine eigene Bildkarriere in den Sozialen Medien stößt – und man somit bereits Bestandteil eines global agierenden Kommunikationsnetzwerkes geworden ist. Die eigene Geburt bedeutet demnach, Bildern jene physische Entsprechung nachzureichen, die in der bildlichen Darstellung behauptet wird.

Wo dereinst Bilder unter dem Verdacht standen, die Wirklichkeit immer nur unvollständig oder gar bewusst verfälschend wiederzugeben, wird heute von Körpern erwartet, den Vorgaben der Bilder zu entsprechen. Die weitere Entwicklung dieser Trends scheint vorgezeichnet – zumindest wenn es nach Auffassung einer thematisch prägnanten Illustration geht, die die Kulturwissenschaftlerin Deborah Lupton in ihrem Buch zur sozialen Funktion ungeborener Körper schildert: „This trend was lampooned by a cartoon in the *New Yorker* magazine appearing in December 2012, which showed a pregnant woman undergoing an ultrasound in a medical setting. The foetal ultrasound image on the screen was accompanied by the options to share it on Facebook, Twitter or YouTube.“¹³

PORTRÄTVERGLEICH

Dass ein geborener Körper heute jenen Vorgaben nachkommen soll, die durch die Bilder seines vorgeburtlichen Stadiums bereits vorgezeichnet scheinen, belegt eine weitere Darstellungspraxis, die wiederum vor allem auf Instagram zu verfolgen ist. Dabei werden – typischerweise in Leserichtung geordnet und somit ein Vorher-Nachher suggerierend – eine dreidimensionale Ultraschallaufnahme mit einem der ersten Fotoporträts des jeweiligen Kindes parallelisiert.¹⁴

Grundlage dieser Inszenierungspraxis ist die Faszination, die 3D-Ultraschallaufnahmen offenbar auslösen. Obwohl die medizindiagnostischen Zusatzfunktionen solcher Verfahren im Vergleich mit zweidimensionalen Schnittbildern nicht eindeutig und entsprechend umstritten sind, sprechen gerade Laien diesen Darstellungen eine gesteigerte Abbildgenauigkeit im Sinne einer zusätzlich erhöhten visuellen Verlässlichkeit zu – mit der nicht unerheblichen Folge, dass die suggestiv-emotionale Wirkung wiederum dem ärztlichen Handeln

dienlich wird, wie einem Lehrbuch zum Ultraschalleinsatz in Gynäkologie und Geburtshilfe zu entnehmen ist: „Psychologisch betrachtet, übt der 3D-Ultraschall in der Geburtshilfe auf Schwangere eine hohe Anziehungskraft aus. Die positive Wahrnehmung des Kindes wird durch seine Anwendung gesteigert, die Anspannung gesenkt und die Bereitschaft gefördert, mit schwangerschaftsinduzierenden Störungen besser zurechtzukommen.“¹⁵

Der Porträtvergleich gibt denn auch Auskunft über all jene sozialen, familiären und gewiss auch persönlichen Hoffnungen, die auf 3D-Darstellungen projiziert werden: Das Kind erscheint durch sie als nochmals stärker vergegenwärtigt, es wirkt ungleich greifbarer und damit als Wesen fassbar – und dies, obwohl die allermeisten dieser Darstellungen nach wie vor einem teig- oder lehmartigen, eher mühevoll denn gekonnt zu gesichtsähnlichen Konturen geformten Klumpen entsprechen. Die physiognomische Schrulligkeit wird jedoch kaum einmal als verstörend oder irritierend deklariert, vielmehr kennzeichnet man die Sonografie-Fotografie-Diptychons mit #similarlook, #beforeandafter oder schlicht #amazing. Dies mag unterstreichen, wie sehr vermeintliche Ähnlichkeitsmerkmale ins Auge fallen (sollen) und wie insgesamt ästhetisch verführerisch der Reiz dieser visuellen Arrangements interpretiert wird.

Damit aber vollzieht sich in den Sozialen Medien lediglich, was auch in Schwangerschaftsratgebern und entsprechenden Zeitschriften ebenso breit wie euphorisch gestimmt ausgeführt wird. Dort nämlich existiert eine regelrechte Bekenntniskultur zum Ultraschall. Artikel, Ratschläge und interviewte Paare berichten im Tonfall trunkener Freude davon, wie die Begegnung mit dem eigenen Kind via Ultraschall-Bildschirm Identifikations- und sogar bislang ungeahnte Initiationserlebnisse auslösen könne. So wird beispielsweise „Thomas P., 28“ in einer Broschüre der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit den in diesem Zusammenhang geradewegs prototypischen Worten zitiert: „Als ich das erste Ultraschallbild sah, fühlte ich zum ersten Mal, dass dieses Wesen da im Bauch meiner Freundin auch ein Teil von mir war.“¹⁶

15 Alexander Scharf/Christof Sohn, Dreidimensionale Ultraschall-darstellung und andere neue Technologien in Gynäkologie und Geburtshilfe, in: Christof Sohn/Sevgi Tercanli/Wolfgang Holzgreve (Hrsg.), *Ultraschall in Gynäkologie und Geburtshilfe*, Stuttgart 2003, S. 782–816, hier S. 800.

16 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Schwangerschaft. Ich bin dabei! Vater werden*, Köln 2007, S. 11.

13 Deborah Lupton, *The Social Worlds of the Unborn*, London 2013, S. 42.

14 Ein Beispiel ist hier zu finden: www.instagram.com/p/BvXZchjnltk.

Folglich wird suggeriert, dass das Bild nicht nur den emotionalen Brückenschlag zum Ungeborenen im Bauch der Freundin ermöglichen kann, sondern ebenso den Schlüssel zum eigenen Rollenverständnis zu liefern vermöge. Das Anblicken des Bildes wird zur Erstbegegnung zweier Personen, zum Blind Date zwischen Vater und Kind überhöht. Damit wird deutlich, dass die rhetorische Versinnlichung des Ultraschalls auf einer grundsätzlich bildanimistischen, beinahe okkulten Vorstellung aufbaut: Durch das Bild selbst möge eine Verbindung herzustellen sein, deren verlebendigende Wirkung ohne das Bild nie möglich gewesen wäre.

KÖRPER ZEIGEN

Diese inzwischen millionenfache Repräsentation ungeborener Körper in den Sozialen Medien ist freilich nicht isoliert zu betrachten; schließlich gliedert sie sich in eine breite Medienkultur physischer Selbstdarstellungen und deren stilistische Verbesserungen ein: „Ganz nach den Maximen der Selbstoptimierung scheint (...) die Liebe zum eigenen Körper zugleich mit Arbeit einherzugehen; die ‚Leinwand‘ Körper muss kreativ bearbeitet werden“,¹⁷ beobachtet die Geschlechtersoziologin Käthe von Bose mit Blick auf die Rolle, die dem expliziten Zeigen von Körpern insbesondere auf Instagram zugesprochen wird.

Wünsche nach körperästhetischer Optimierung manifestieren sich allerdings weniger in der Veröffentlichung von Ultraschallaufnahmen als in der – ebenfalls millionenfachen – öffentlichen Darstellung schwangerer Körper. Gleichwohl sind auch sie nicht entkoppelt von benachbarten Phänomenen zu betrachten. Vielmehr sind nahezu alle Körperdarstellungen innerhalb der Sozialen Medien in kommunikative Akte eingebettet. Mit dem Zeigen des jeweils eigenen Körpers wird in der Regel auf bereits gezeigte Körper reagiert mit dem Ziel, wiederum andere zu textlichen oder bildlichen Reaktionen herauszufordern.

So schließen sich die schwangeren Einzelkörper zu einem techno-medialen Hybrid zusammen, bei dem nicht mehr eindeutig anzugeben ist, wo die Grenze zwischen individuellen Ge-

staltungsvorstellungen und kollektiv ausgehandelten, ästhetischen Normen verläuft: „Einerseits fungieren sie als Träger für die symbolischen und virtuellen Körper der Bilder, andererseits schreiben sie sich selbst in menschliche Körper ein und verändern diese“,¹⁸ so die Beobachtung der Kultur- und Medienwissenschaftlerin Katja Gunkel. Bedauerlicherweise wird gerade dieser Umstand nach wie vor und mehrheitlich unter kulturkritischen Gesichtspunkten diskutiert. Dabei wird meist von einem körperästhetischen Machtgefälle – von idealisierten Körper-Siegen und realweltlichen Körper-Niederlagen – ausgegangen: „Die Grundannahme der meisten Studien zu Medien und Körperbild beruht auf der Theorie des sozialen Vergleichs (...), also dem Bedürfnis, sich mit anderen zu vergleichen, um eine adäquate Selbsteinschätzung treffen zu können“, fasst die Ernährungswissenschaftlerin Eva-Maria Endres zusammen. Und weiter: „Wer realistische Informationen über sich selbst gewinnen will, vergleicht sich mit Gleichgestellten. Da in den Medien aber häufiger Celebrities oder beschönigte Körperbilder, die in der Realität nicht existieren, dargestellt werden, entsteht ein Gefühl der Unterlegenheit.“¹⁹

Solche Einschätzungen reduzieren das Moment des Vergleichens auf die Frage nach dem Erreichen einer Überlegenheit – wobei diese strikt negativ gewertet wird: Dem Gefühl der Überlegenheit stehe doch immer auch der Eindruck eines Defizits – eines schandhaften Makels – gegenüber. Und tatsächlich scheint es, als sei gerade das Thema der öffentlich präsentierten Schwangerschaft in besonderer Weise in solche Wertungskategorien eingespannt. Wenn schwangere Frauen ihre Bäuche auf Instagram wie als Beweise des Erreichens der anderen Umstände zur Darstellung bringen und sich dafür in Demi-Moore-ähnliche Posen²⁰ werfen, geht es zumeist auch darum, einen Leistungsnachweis abzulegen: Die sichtbaren Anzeichen der Schwangerschaft sollen mit den ebenso sichtbaren Zeichen einer beibehaltenen Fitness – mit der Schlankheit des übrigen Körpers – in spannungsvolle Kombination gebracht werden.²¹

18 Katja Gunkel, *Der Instagram-Effekt. Wie ikonische Kommunikation in den Social Media unsere visuelle Kultur prägt*, Bielefeld 2018, S. 28.

19 Eva-Maria Endres, *Ernährung in den Sozialen Medien. Inszenierung, Demokratisierung, Trivialisierung*, Wiesbaden 2018, S. 83.

20 Siehe www.vanityfair.com/news/2011/08/demi-moore-201108.

21 Eines von vielen Beispielen ist zu finden unter www.instagram.com/p/Batw4BQA_1i.

17 Käthe von Bose, „Mit Liebe handgemacht“. *Nachhaltige Do-It-Yourself-Mode als körperlich-affektive Geschlechterpraxis*, in: dies. et al. (Hrsg.), *Körper, Materialitäten, Technologien*, Paderborn 2018, S. 197–214, hier S. 206.

Damit aber erweist sich das Schwangergehen zumindest im Feld seiner medialen Sichtbarkeit in der Tat als körperästhetisches Design-Projekt. Die Arbeit am After-Baby-Body beginnt bereits während der Schwangerschaft. Die damit verbundene ästhetische Logik ist zweifellos in einem wechselseitigen, kollektiven Kontrollverfahren fundiert: Spekuliert wird auf zustimmende Bekundungen der anderen, die lobend die angebliche Disziplin und demonstrierte Willensstärke der werdenden Mutter erwähnen, wie die Kulturwissenschaftlerin Annekathrin Kohout jüngst herausgearbeitet hat: „Der Hashtag #afterbabybody richtet sich nicht an die lässig-entspannte Mutter, der es egal ist, ob sie einen straffen Bauch hat, sondern an die motivierte sportliche Mutter, die durch Vergleiche mit anderen einen Ansporn sucht, ihr Idealgewicht zu erreichen.“²²

Die in dieser Weise auf Instagram ausagierte Schwangerschaft ermöglicht somit die Vereinigung gleich mehrerer sozialer Bedürfnisse: Einerseits kann ein starkes Zukunftssignal gesendet werden, was umso effektvoller ist, da die Kommunikationspraktiken der allermeisten Sozialen Netzwerke einzig auf das Hier und Jetzt beschränkt bleiben und kaum auf andere Zeitdimensionen verweisen. Andererseits kann mit solchen Schwangerschaftsdarstellungen dem eigenen Körper- und Selbstbild Geltung verschafft werden: Fürsorge ist nun etwas, das sich nicht nur auf das Werden des Ungeborenen richtet, sondern das zugleich gegenüber dem eigenen Körper unter Beweis gestellt wird.

SCHWÄCHEN UND CHANCEN AKTUELLER ABTREIBUNGSDEBATTEN

Wenn heute Diskussionen um den Lebensstatus des Ungeborenen geführt werden, kommen diese Debatten sinnvollerweise nicht mehr ohne dezidierte Beachtung der ästhetisch ausformulierten Schwangerschaftspraktiken aus. Denn vor allem durch die mediale Repräsentation in den Sozialen Medien wird Schwangerschaft als umfassendes Körperprojekt inszeniert und entsprechend semantisch angeeignet. Man mag solche Phänomene ausklammern und als modische Zeitgeisterscheinungen marginalisieren. Dann aber bleibt unberücksichtigt, dass in den Sozialen Medien

sowohl das als Bild scheinbar präsente – und somit als Subjekt erfasste – Ungeborene als auch die Frau, die ihre Schwangerschaft als Phase wie Mittel der Selbstgestaltung begreift, kulturelle Bedeutungen entfaltet haben.

Umgekehrt böten gerade diese Praktiken Anlass zur Schärfung einer kritischen Haltung. Denn wenn das Ungeborene zum Star kollektiver Zukunftshoffnungen aufsteigt und diese Karriere wesentlich durch Bilder vom Ungeborenen initiiert ist, müsste eine reflektierte Auseinandersetzung mit der Abtreibungsfrage zugleich als Bilder- und Medienfrage verhandelt werden. Wer sich heute allein auf physische und physiologische Dimensionen bezieht – und allenfalls noch Glaubenssätze berücksichtigt –, wird kaum zu einer ethisch oder moralisch belastbaren Auffassung gelangen. Die Wirklichkeit der pränatalen Bildkultur ist gesellschaftlich bedeutungstragend geworden. Sie muss umfassend und viel genauer untersucht und ausgewertet werden, als bislang geschehen. Erst dann wird ersichtlich, wie tief greifend visuelle und kommunikative Praktiken im Zeitalter der Digitalisierung dazu beitragen, Auffassungen von Leben, Lebensbeginn, Lebenswerten und Gestaltungen des Lebens zu prägen.

Neben den Slogan „Mein Bauch gehört mir“ ist die Auffassung „Die Bilder meines Bauches und meines Ungeborenen gehören mir“ getreten. Das Moment der Selbstbestimmung hat sich – wenn man so will – auf mediale Zusammenhänge ausgedehnt. Selbstbestimmung bedeutet gerade mit Blick auf die Subjektivierung und Individualisierung des Ungeborenen auch, es durch seine Bilder anzueignen – und zugleich den Körper der Frau diesem Ungeborenen nicht länger unterzuordnen. Die beiderseitige (visuelle) Inszenierung wird in den Sozialen Medien als Instrument der Selbstentfaltung und damit als ein Zurückdrängen systemischer Fremdbestimmung wahrgenommen. Solange diese Aspekte keinen Eingang in die Abtreibungsdebatte finden, bleibt sie hinter den Erfordernissen der heutigen Zeit zurück.

DANIEL HORNUFF

hat zum Thema „Pränatalismus. Figuren des Ungeborenen und die Kultur der Schwangerschaft“ habilitiert und ist zurzeit Vertretungsprofessor für Theorie und Praxis der Gestaltung an der Kunsthochschule in der Universität Kassel.

www.daniel-hornuff.de

²² Annekathrin Kohout, *Netzfeminismus*, Berlin 2019, S. 67f.

Herausgegeben von der
Bundeszentrale für politische Bildung
Adenauerallee 86, 53113 Bonn
Telefon: (0228) 9 95 15-0



Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 3. Mai 2019

REDAKTION

Lorenz Abu Ayyash
Anne-Sophie Friedel
Johannes Piepenbrink
Frederik Schetter (Volontär)
Anne Seibring (verantwortlich für diese Ausgabe)
apuz@bpb.de
www.bpb.de/apuz
twitter.com/APuZ_bpb

APuZ
Nächste Ausgabe
21–23/2019, 20. Mai 2019

POLIZEI

Newsletter abonnieren: www.bpb.de/apuz-aktuell
Einzelausgaben bestellen: www.bpb.de/shop/apuz

GRAFISCHES KONZEPT

Charlotte Cassel/Meiré und Meiré, Köln

SATZ

le-tex publishing services GmbH, Leipzig

DRUCK

Frankfurter Societäts-Druckerei GmbH, Mörfelden-Walldorf

ABONNEMENT

Aus Politik und Zeitgeschichte wird mit der Wochenzeitung

Das **Parlament** ausgeliefert.

Jahresabonnement 25,80 Euro; ermäßigt 13,80 Euro.

Im Ausland zzgl. Versandkosten.

FAZIT Communication GmbH

c/o InTime Media Services GmbH

fazit-com@intime-media-services.de

Die Veröffentlichungen in „Aus Politik und Zeitgeschichte“ sind keine Meinungsäußerungen der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Für die inhaltlichen Aussagen tragen die Autorinnen und Autoren die Verantwortung. Beachten Sie bitte auch das weitere Print-, Online- und Veranstaltungsangebot der bpb, das weiterführende, ergänzende und kontroverse Standpunkte zum Thema bereithält.

ISSN 0479-611 X



Die Texte dieser Ausgabe stehen unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ Namensnennung-Nicht Kommerziell-Keine Bearbeitung 3.0 Deutschland.



APuZ

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

www.bpb.de/apuz