

Schwangerschaftsabbruchsregelung in Deutschland

Chancen und Grenzen eines breiten gesellschaftlichen Konsens

Elke Thoß

Ich möchte mich herzlich für die Einladung zu dieser Konferenz bedanken. Ich bin sehr glücklich, hier zu sein. Die ÖGF und pro familia verbindet eine langjährige fachliche und politische Zusammenarbeit. Freundschaften sind entstanden. Die Zusammenarbeit von ÖGF und pro familia empfinde ich als ein Stück gelebtes Europa, das für uns nicht immer leicht fassbar ist.

Eine besondere Beziehung hat pro familia zu der Klinik Korneuburg. Mitarbeitern dieser Klinik verdanken wir, dass es uns gelungen ist, relativ schnell nach der Einführung von Mifegyne in Deutschland insgesamt 240 ÄrztInnen und BeraterInnen darauf vorzubereiten, Mifegyne kompetent in Deutschland anbieten zu können.

Schwangerschaftsabbruch im Kontext

Seit mehreren Jahrzehnten gehört der Abtreibungskonflikt in einigen westeuropäischen Ländern, wie auch in den USA zu den zentralen politischen Auseinandersetzungen. „Seine Besonderheiten ergeben sich daraus, dass gesetzliche Entscheidungen über einen Wertkonflikt getroffen werden müssen indem sich unvereinbare, moralische Positionen gegenüberstehen. Der Schutz des ungeborenen Lebens kollidiert mit dem Selbstbestimmungsrecht der Frau in Situationen in dem ein Schwangerschaftsabbruch von einer schwangeren Frau erwogen und veranlasst wird“⁽¹⁾. In den vergangenen Jahrzehnten hat das Thema Schwangerschaftsabbruch insbesondere auch in Deutschland Auswirkungen auf verschiedene Politikbereiche gehabt und im Fall der Vereinigten Staaten besonders dramatische im Bereich der Entwicklungshilfe. In diesem Zusammenhang verweise ich auf die seit 1973 immer wiederkehrenden Versuche der U.S.-amerikanischen Regierungen, die Vergabe von Entwicklungsgeldern mit Restriktionen zum Thema Schwangerschaftsabbruch zu verknüpfen. Aus diesem Grund sollte das Thema Schwangerschaftsabbruch, gewöhnlich als isolierte politische Frage behandelt, in einem umfassenden Kontext gesehen werden. Das Thema Schwangerschaftsabbruch ist wenn auch ein besonders kritischer Teil einer langen Geschichte des politischen und kulturellen Kampfes für die Rechte und Selbstbestimmung der Frauen.

Schwangerschaftsabbruch in Zahlen

In Deutschland werden ca. 14 Prozent aller Schwangerschaften durch einen Schwangerschaftsabbruch beendet. Weltweit sind es durchschnittlich 22 Prozent. In den letzten zehn Jahren hat sich die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nur geringfügig verändert. Sie bewegt sich um 131.000 bis 134.000 Schwangerschaftsabbrüche jährlich. Dies entspricht in etwa 7,7 bis 8 Abbrüchen je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter.

Die Anzahl der gebärfähigen Frauen zwischen 15 und 25 Jahren beträgt in Deutschland etwa 20 Millionen Frauen. Mehr als die Hälfte der abbrechenden Frauen sind zwischen 15 und 24 Jahre alt. Ungefähr 50 Prozent der Frauen sind verheiratet. Sowohl Frauen mit als auch ohne Kinder brechen ab. Die Zahlen der Frauen mit Kindern überwiegt leicht. Im internationalen Vergleich ist die Zahl der Jugendschwangerschaften die zweitniedrigste. Wir beobachten allerdings, dass sich die Zahlen der Abbrüche bei Jugendlichen unter 15 Jahren seit 1995 stetig erhöht (z.B. von 1998 auf 1999 um 3,9 %). Ähnlich sieht es bei den 15- bis 18jährigen aus. Wir haben dafür noch keine hinreichenden Erklärungen. Wir vermuten aber, dass der Anstieg in Verbindung mit der zunehmenden Zahl von jugendlichen MigrantInnen und AussiedlerInnen in unserem Land steht.

Seit 1996 werden die Daten für die amtliche Schwangerschaftsabbruchstatistik nach einem neuen Verfahren erhoben. Angestrebt wird, diejenigen Einrichtungen in Deutschland, in denen Abbrüche vorgenommen werden, vollständig zu erfassen. Als Folge hiervon ist die Zahl der registrierten Abbrüche gegenüber 1995 um mehr als 30.000 angestiegen. Nach Schätzung von pro familia hingegen folgt mit großer Wahrscheinlichkeit, dass die reale Zahl der Abbrüche von 1995 bis heute auf nahezu gleicher Höhe geblieben ist. Unvollständig ist die amtliche Schwangerschaftsabbruchstatistik insoweit, dass sie darin nicht die Abbrüche berücksichtigt, die Frauen im Ausland durchführen lassen. 1994 waren dies rund 5.000 Frauen. 1997 schätzte pro familia die Zahlen nur noch auf 3.500. Innerhalb Deutschlands lassen nahezu 8.000 Frauen ihre Schwangerschaft in einem anderen Bundesland als dem ihres Wohnortes abbrechen. Der Schwangerschaftsabbruchtourismus innerhalb Deutschlands nimmt jedoch stetig ab.

Ausgesprochen schlecht ist die Datenlage bezogen auf Komplikationen. Es werden nur die Komplikationen erfasst, die vor der Entlassung oder Verlegung einer Patientin festgestellt werden. Über psychische

Langzeitfolgen von Schwangerschaftsabbrüchen können keine wissenschaftlich seriösen Aussagen gemacht werden, da die vorliegenden Studien aus Westdeutschland methodisch mangelhaft sind (z.B. fehlende Kontrollgruppen, unzureichende empirische Grundlagen). Für die Auseinandersetzung, mit Kritikern und Gegnern einer liberalen Schwangerschaftsabbruchregelung ist dies ein wichtiger Sachverhalt, der auch immer wieder kritisch eingebracht werden muss.

Sexualität und Verhütung

Das Thema Schwangerschaftsabbruch kann nicht von dem Thema Sexualität getrennt werden. Nahezu 50 Prozent aller Schwangerschaften sind ungeplant, 25 Prozent unerwünscht (Wimmer-Puchinger). Sexualität ist also nicht immer mit der Idee der Planbarkeit vereinbar. Die Verhütungspraxis einer Gesellschaft ist daher immer ein Ausdruck eines gelungenen oder weniger gelungenen Umgangs mit diesem Widerspruch. Deutschland gilt als kontrazeptive Gesellschaft. Das Verhütungsverhalten bewegt sich auf hohem Niveau. 80 Prozent der Frauen zwischen 20 und 24 Jahren benutzen hormonelle Kontrazeptiva und 12 Prozent die Spirale. Über 90 Prozent der Jugendlichen wenden beim ersten Mal Verhütungsmethoden an. Das Diaphragma und die Methoden der Fruchtbarkeitswahrnehmung spielen eine geringere Rolle. Der Anteil der Sterilisation der Frau beträgt 8,6 Prozent, der des Mannes nur 3,6 Prozent. Das hohe Verhütungsniveau wird auch dadurch nicht beeinträchtigt, dass in Deutschland Kontrazeptiva im Vergleich zu anderen europäischen Ländern erheblich teurer sind. Außer Frage steht, dass ein hohes Niveau in der Verhütungspraxis dazu beitragen kann, die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche erheblich zu reduzieren. Sie kann jedoch nicht den Schwangerschaftsabbruch selbst abschaffen. Im Durchschnitt sind in Deutschland Frauen 30 Jahre fruchtbar. Die Mehrheit von ihnen hat ein bis zwei Kinder. Folglich müssen sie 28 bis 29 Jahre effektiv verhüten. Dies erfordert klare Zielvorstellungen und ein gekonntes Planungsverhalten. Angesichts der Tatsache, dass keine Verhütungsmethode absolut sicher ist, stellt dies eine bemerkenswerte Kompetenz und Leistung dar. Dies wird allerdings viel zu wenig gewürdigt.

Schwangerschaftsabbruchversorgung

Die Schwangerschaftsabbruchversorgung in Deutschland unterscheidet sich nicht nur zwischen West- und Ostdeutschland, sondern von Bundesland zu Bundesland. Es sind die Bundesländer, die für die Versorgung zuständig sind und diese auch regeln. Die Qualität der Versorgung hat sich in den letzten zehn Jahren verbessert. 92 Prozent aller Schwangerschaftsabbrüche werden ambulant durchgeführt. Die Mehrheit davon mit der Absaugmethode (82 % im Jahr 2000). In Ostdeutschland wirkt die Schwangerschaftsabbruchpraxis der ehemaligen DDR weiterhin nach. Schwangerschaftsabbrüche werden in diesem Teil Deutschlands immer noch vorwiegend in Krankenhäusern durchgeführt, allerdings mit abnehmender Tendenz und zunehmend ambulant. Seit Herbst 1999 haben Frauen in Deutschland, wenn auch unter schwierigen Rahmenbedingungen, die Möglichkeit, sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zu entscheiden.

Schwangerschaftsabbruchrecht

Das deutsche Schwangerschaftsabbruchrecht gilt als eines der kompliziertesten weltweit. Zuerst in den 70-er Jahren, dann anfangs der 90-er Jahre kam es zu Gesetzesänderungen durch den Deutschen Bundestag. 1976 verabschiedete das Parlament ein erweitertes Indikationsmodell und 1995 eine eingeschränkte Fristenlösung. Bemerkenswert ist, dass in Deutschland parallel hierzu eine fast 25 Jahre lange überdurchschnittlich breite und permanente öffentliche Kontroverse zum Thema Schwangerschaftsabbruch stattgefunden hat. Beteiligt waren alle relevanten gesellschaftlichen Gruppen. Die öffentliche Auseinandersetzung über den Schwangerschaftsabbruch bestand durchweg in der Ablehnung der Vorschläge zu seiner Regelung⁽²⁾. Herausragende integrierende Funktionen erfüllten vor allem ein parteiübergreifendes Bündnis weiblicher Abgeordneter und das Bundesverfassungsgericht. Zur Erinnerung: nach der deutschen Vereinigung musste das DDR- mit dem bundesrepublikanischen Abtreibungsrecht zusammengebracht werden. Das war der Auftrag für den Einigungsvertrag und sein Zustandekommen war schwersten Belastungen wegen der neu zu entwickelnden Schwangerschaftsabbruchregelung ausgesetzt.

Das Ergebnis des Ringens um eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchrechts entspricht dem kontroversen Charakter des Themas. Das Gesetz von 1995 berücksichtigt wesentliche kontroversielle Standpunkte zum Thema. Keine der Akteure musste seinen Standpunkt aufgeben. Es konnte aber auch niemand seinen Standpunkt optimal durchsetzen. In der Folge wird die Schwangerschaftsabbruchregelung von 1995 mehrheitlich in der Öffentlichkeit toleriert.

Auseinandersetzungen mit Kritikern und Lebensschützern gibt es jedoch weiterhin. Diese haben jedoch bei weitem nicht das Niveau an Militanz und Selbstgerechtigkeit wie in einigen Ländern Europas und den U.S.A..

Das neue Gesetz

Kern des neuen Gesetzes ist eine Beratungspflicht der Frauen, die einen Abbruch vornehmen lassen wollen. Zwar gilt grundsätzlich, dass ein Abbruch rechtswidrig ist. Er ist aber straffrei, wenn die Schwangere dem abbrechenden Arzt oder der Ärztin eine Bescheinigung über die gesetzlich vorgeschriebene Schwangerschaftskonfliktberatung durch eine anerkannte Beratungsstelle vorweisen kann. Der Schwangerschaftsabbruch darf nur von einem Arzt oder einer Ärztin vorgenommen werden, und zwar frühestens am vierten Tag nach der abgeschlossenen Schwangerschaftskonfliktberatung. Beratung und Schwangerschaftsabbruch dürfen nicht von derselben Person durchgeführt werden. Schließlich dürfen seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sein.

Schwangerschaftsabbrüche nach einer medizinischen oder kriminologischen Indikation gelten nicht als rechtswidrig. Die medizinische Indikation betrifft Schwangerschaften, deren Fortführung eine Gefahr für die Gesundheit und Leben der Schwangeren bedeuten würde oder eine schwerwiegende seelische oder körperliche Belastung für die Schwangere, die nicht auf eine andere für sie nicht zumutbare Weise abgewendet werden kann. Für Schwangerschaftsabbrüche nach medizinischer Indikation gibt es keine zeitliche Befristung. Die mit einer Zwölfwochenfrist verbundene kriminologische Indikation bezieht sich auf Schwangerschaften, die auf ein Sexualdelikt zurückzuführen sind.

Die Beratungspflicht ist ausführlich gesetzlich geregelt. Der Beratungsauftrag ist, Frauen zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen. Sie sollen sich bewusst sein, dass der Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich verwerflich ist. Gleichzeitig soll die Beratung ergebnisoffen geführt werden und von der Verantwortung der Frau ausgehen. Die Beratung soll ein Hilfsangebot sein. Die Entscheidung aber, ob Frauen ihre Schwangerschaft fortsetzen oder nicht, liegt allein bei den Frauen. Pro familia lehnt aus fachlichen und menschenrechtlichen Gründen die Pflichtberatung ab. Sie hat sich jedoch entschieden, trotz dieser Bedenken Schwangerschaftskonfliktberatung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften anzubieten.

Das Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz sieht auch ein auf Dauer angelegtes, umfangreiches staatliches Programm der Sexualaufklärung und Familienplanung vor, das bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt ist. Es orientiert sich an der gesetzlichen Zweckbestimmung der gesundheitlichen Vorsorge und der Vermeidung und Lösung von Schwangerschaftskonflikten. Im Mittelpunkt steht die Befähigung zu einem „eigen- wie auch partnerverantwortlichen und gesundheitsgerechten Umgang mit Sexualität“. Das Programm umfasst die Entwicklung von Medien, Forschung, Modellprojekte, Aufklärungskampagnen, Fachkonferenzen sowie Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen.

Die Kosten

Bei Vorliegen einer medizinischen oder kriminologischen Indikation übernehmen die Krankenkassen die Kosten. Dies ist nicht der Fall bei Schwangerschaftsabbrüchen ohne Indikation. Hierbei übernehmen die Krankenkassen nur einen Teil der Kosten für ärztliche Leistungen. Für einen ambulanten Schwangerschaftsabbruch müssen Frauen zwischen 500 bis 700 DM, für einen stationären zwischen 1.000 bis 1.500 DM bezahlen. Wenn das persönlich verfügbare Einkommen unterhalb bestimmter Grenzen liegt, haben Frauen nach dem „Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen“ einen Anspruch auf Leistungen. Dazu muss vor dem Schwangerschaftsabbruch ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt werden. Nach Auffassung von pro familia bedeutet die Kostenregelung des Schwangerschaftsabbruchs eine zusätzliche Diskriminierung von ungewollt schwangeren Frauen.

Die Vor- und Nachteile des Konsensmodells

Das Gesetz von 1995 sichert ein Angebot an Schwangerschaftsabbruchversorgung, wenn auch nicht optimal. Die Bundesländer müssen gewährleisten, dass Frauen die Möglichkeit zu einem ambulanten wie stationären Schwangerschaftsabbruch haben. Auch das Bundesland Bayern muss sich hier einordnen. Es klagt ständig beim Bundesverfassungsgericht, verliert aber auch zum großen Teil. Das neue Gesetz schreibt außerdem vor, dass das Beratungsangebot plural sein muss. Es müssen sowohl kirchliche wie nicht konfessionell gebundene Angebote (wie die von Pro Familia oder Arbeiterwohlfahrt) als auch staatliche Beratungsangebote zur Verfügung stehen. Trotz dieser Fortschritte impliziert das neue Gesetz weiterhin die moralische Stigmatisierung des

Schwangerschaftsabbruches und damit die der Frau. Die Formel „straffrei, aber rechtswidrig“ mag geschickt konträre Interessenslagen zusammengefasst haben, der Makel der Rechtswidrigkeit ist aber hinderlich auf der Ebene der Umsetzung und hält ÄrztInnen ab, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Entscheidend bei der neuen Regelung ist, wer die Interpretationshoheit hat und wie die Machtbalance innerhalb der Gesellschaft gelingt. Schließlich wissen wir nicht, wie die Gerichte das Recht weiterentwickeln werden.

Perspektiven

Es liegt in der Natur der Sache, dass auch zukünftig Schwangerschaftsabbrüche nicht völlig vermieden werden können. Einigkeit herrscht darüber, dass ein komplexes Bündel von Maßnahmen die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche zurückdrängen kann. Dazu gehören nicht nur eine herausragende Familienplanungsversorgung, sondern ebenso familien-, frauen- und arbeitsmarktpolitische Maßnahmen. Meiner Einschätzung nach werden wir uns zukünftig mit folgenden Problemen auseinandersetzen müssen: Auf der ideologischen Ebene mit dem Thema Spätabbruch. Auf der gesundheitspolitischen Ebene mit der Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen von Jugendlichen bis zu 18 Jahren, auf der Ebene der Wahlfreiheit mit der unbefriedigenden Kostenfrage in Zusammenhang mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch und mit dem zu engen Zeitfenster für Mifegyne. Der medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ist nur bis zum 49. Tag nach dem ersten Tag der letzten Monatsblutung möglich. Wenn Sie unsere Beratungspflicht berücksichtigen, dann können Sie sich vorstellen, dass die Zeit buchstäblich knapp wird und das dieses enge Zeitfenster die Wahlfreiheit der Frauen wesentlich beschränkt. In Bezug auf die Nachhaltigkeit einer qualifizierten Schwangerschaftsabbruchversorgung müssen wir uns mit dem dramatischen ÄrztInnenmangel auseinandersetzen. Schließlich müssen wir für kontinuierliche Information und Sensibilisierung der Bevölkerung sorgen, insbesondere bei jungen Frauen durch die Generation der Frauen, die erfolgreich für die Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruches gekämpft haben. Sie müssen zukünftige Generationen darauf vorbereiten, dass auch eine relativ liberale Schwangerschaftsabbruchregelung nicht sicher ist und immer wieder verteidigt werden muss.

Mittelfristig werden wir an der Entwicklung von europaweit verbindlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch zu arbeiten haben. Nur so kann gewährleistet werden, dass in einem zusammenwachsenden Europa für alle Europäerinnen die gleichen sexuellen und reproduktiven Rechte Gültigkeit haben. Ich gehe davon aus, dass es auch weiterhin Versuche geben wird, die Balance der Kompromisslösung im Schwangerschaftsabbruchrecht zu verschieben, indem besonders strittige Aspekte, insgesamt neu zur Disposition gestellt werden. Aber nicht nur aus diesem Grund wird die Auseinandersetzung mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch nicht einfacher.

Demokratieforscher antizipieren, dass angesichts der Individualisierungs- und Differenzierungstendenzen in unseren Gesellschaften die institutionelle Verarbeitung durch die Politik zunehmend schwieriger wird. Wachsende Entscheidungskomplexität und Partikularisierung von Interessen überfordern die Institutionen der repräsentativen Demokratie wie auch die Bürgerinnen und Bürger. Für das Thema Schwangerschaftsabbruch ist zusätzlich von Bedeutung, dass das Wertesystem innerhalb von Gesellschaften sich stetig vervielfältigt und zwar nicht nur aufgrund der zunehmenden Individualisierung, sondern ebenso durch die wachsende Zahl vom MigrantInnen in unseren Gesellschaften. Wir müssen uns daher ernsthaft fragen, wie unter diesen Bedingungen kollektiv verbindliche Entscheidungen noch gelingen können und wie Interessenvermittlung zukünftig gestaltet sein kann. Wir brauchen sicherlich neue Formen der politischen Auseinandersetzung, der Teilhabe und Interessenvermittlung. Hierzu geschieht bereits Einiges. In Schweden zum Beispiel wurden landesweit Bürgerkonferenzen eingerichtet, um einen neuen gesamtgesellschaftlichen Diskurs über zentrale Fragen der Demokratie zu entwickeln.

Im Zusammenhang mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch sehe ich für die Zukunft allerdings nicht nur Schwierigkeiten. Mit dem Ende der Biopolarität hat der weltweite Vernetzungsprozess eine enorme Steigerung erfahren. Wir sind nunmehr gleichzeitig mit einer Differenzierung wie auch einer Vereinheitlichung konfrontiert. Die neue Weltordnung definiert sich jedoch nicht nur über die Finanzmärkte. Seit den 90iger Jahren gibt es Bemühungen, ethische Werte einer sozialen Weltordnung zu entwickeln. Ein Beispiel hierfür sind die bekannten UN-Konferenzen von Kairo und Peking. Mit der Verabschiedung der Aktionsprogramme hat das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit und damit auch das Recht auf sicheren Schwangerschaftsabbruch Weltgeltung erlangt. Auch wenn sich noch viele Regierungen - auch europäische - drücken und noch nicht bereit sind, die neue globale Norm auf ihre Gesellschaft anzuwenden, gibt es Hoffnung. Weltweit wächst die Zahl der Nichtregierungsorganisationen, die ihre Regierungen nicht aus der Verantwortung entlassen wollen.

Abschließend möchte ich noch auf neue Erkenntnisse aus der Sexualforschung in Deutschland verweisen und diese mit einer Hypothese verbinden. Demzufolge hat sich die hohe Bedeutung von Sexualität für Frauen und Männer entschieden relativiert. Die Sexualforscher Dannecker und Schmidt sprechen von der Entdramatisierung der Sexualität. Meine Hypothese ist, weil Sexualität und Schwangerschaftsabbruch in einem direkten

Zusammenhang stehen, dass die Entdramatisierung der Sexualität schließlich auch zur Entdramatisierung des Schwangerschaftsabbruchs führen wird.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit und wünsche uns weiterhin eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit, eine Fortsetzung des heutigen Dialogs und mehr von dieser Art von Konferenzen, die den Blick über den eigenen nationalen Zaun wagen.

Zitate

(1) und (2) aus: Der Abtreibungskonflikt. Öffentliche Diskussion und politische Entscheidung, in WZB-Mitteilungen 73, September 1996, S. 12

Quellen

Pro familia Standpunkt Schwangerschaftsabbruch, Frankfurt am Main 2001

Pro familia Broschüre Schwangerschaftsabbruch – Was Sie wissen müssen. Was Sie beachten sollten.

Statistik der Schwangerschaftsabbrüche 2000, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2001

Elke Thoß: Quality of Care: Women-centered Abortion Services by Pro Familia,

pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main, Juni 2000