

RESTRIKTIONEN UND FALLSTRICKE

DAS DEUTSCHE ABTREIBUNGSSTRAFRECHT

In den 70er und frühen 90er Jahren war der § 218 Strafgesetzbuch (StGB) heiß umkämpft. Mit der Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes 2009 und dem Urteil zur Präimplantationsdiagnostik ist wieder Bewegung in die Abtreibungsdebatte gekommen.

Obwohl die letzten intensiven Debatten um eine Neufassung des § 218 StGB Anfang der 90er Jahre stattfanden, wissen viele Menschen heute nicht mehr, was der Inhalt der §§ 218 ff. StGB ist und dass Abtreibungen in Deutschland grundsätzlich keineswegs legal sind. So lautet Absatz 1 des § 218 StGB: „Wer eine Schwangerschaft abbricht, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.“ Absatz 3 lautet: „Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe.“

Der § 218 StGB besteht seit 1871 und fast genauso lange gibt es Kämpfe gegen diese Bestimmung. Das letzte Mal flammte der Widerstand in den 70er Jahren auf, zunächst mit der berühmten Kampagne „Ich habe abgetrieben“ im Stern, während der sich über 300 prominente und nicht prominente Frauen zu einer Abtreibung bekannten. Dieser Kampf der zweiten Frauenbewegung führte schließlich 1974 zu einer Neuregelung des Abtreibungsstrafrechts, die jedoch im Folgejahr vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) gekippt wurde.¹ Bis in die 90er Jahre hinein galt in der BRD die Indikationsregelung, die Abtreibung unter bestimmten Bedingungen straffrei ließ. Abtreibung bei medizinischer (Gesundheit der Frau), kriminologischer (nach Vergewaltigung), eugenischer bzw. embryopathischer (mutmaßlicher Missbildung des Fötus) und der so genannten Notlagenindikation (im Gesetz nicht näher definierte soziale oder finanzielle Probleme)

wurden demnach nicht bestraft. In der DDR gab es schon seit 1950 ein Indikationsmodell, 1972 wurde eine dreimonatige Fristenlösung eingeführt. Nach der Wiedervereinigung wurde eine einheitliche Neuregelung für die alten und neuen Bundesländer notwendig. Für westdeutsche Frauen ergaben sich aus der damit eingeführten Fristenregelung Verbesserungen, für ostdeutsche Frauen wegen der Beratungspflicht jedoch Verschlechterungen.

Das geltende Recht

Im neuen Abtreibungsstrafrecht, das seit 1995 gilt, werden mehrere Bedingungen aufgeführt, unter denen Abtreibung nicht zu einer Strafe führt. Die am häufigsten genutzte Ausnahme ist die Fristenlösung, nach der eine Schwangere bis zur zwölften Woche nach der Empfängnis nach einer dreitägigen Wartezeit (§ 218a II StGB) und einem vorher erfolgten Beratungsgespräch (§ 219 II 2 StGB) abtreiben kann. Unter diesen Bedingungen gilt der Tatbestand als nicht erfüllt, eine Abtreibung soll nach der Gesetzesbegründung zwar rechtswidrig, aber nicht strafbar sein.² Nicht rechtswidrig ist eine Abtreibung gem. § 218a II StGB, wenn „der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“. Diese medizinische Indikation ist an keine Frist gebunden. Gem. § 218a III StGB sind Abtreibungen bis zur zwölften Woche bei kriminologischer Indikation nicht rechtswidrig, wenn dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft durch sexuellen Missbrauch oder sexuelle Nötigung (§§ 176 bis 179 StGB) zustande gekommen ist. Die Strafbarkeit entfällt gem. § 218a IV 1 StGB, wenn eine Abtreibung zwar nach der zwölften, aber vor der 23. Woche erfolgt sowie eine Be-



Foto: Maria Seitz

ratung stattgefunden hat. Das Gericht kann nach § 218 IV 2 StGB von Strafe absehen, wenn die Abtreibung vor der 23. Woche durchgeführt, und zwar keine Beratung vorgenommen wurde, jedoch „die Schwangere sich zur Zeit des Eingriffs in besonderer Bedrängnis befunden hat.“ (§ 218a IV StGB). In all diesen Fällen muss der Abbruch durch eine_n andere_n Ärztin/Arzt durchgeführt werden, als der oder demjenigen, die/der die Indikation gestellt oder die Beratung durchgeführt hat.

Die Beratung ist im § 219 StGB und im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) geregelt. Sie soll „dem Schutz des ungeborenen Lebens“ dienen, das „ein eigenes Recht auf Leben hat“ (§ 219 I StGB), ist aber „ergebnisoffen zu führen“ (§ 5 I SchKG). Berater_innen weisen darauf hin, dass diese Regelung widersprüchlich ist. In der Praxis müssen sie den Spagat wagen, das Vertrauen der Schwangeren zu erwerben – also in deren Sinne zu handeln – und gleichzeitig einen dem entgegenstehenden gesetzlichen Auftrag zu erfüllen. Die Schwangere soll der/dem Berater_in ihre Gründe mitteilen, muss dies aber nicht.

How to: Abtreibung

Es existieren zwei Arten der Abtreibung: die instrumentelle und die medikamentöse. Die Abtreibung kann (bis zur 9. Woche) medikamentös mit Mifegyne erfolgen, oder instrumentell per Absaugen oder Ausschaben. Bei ersterem bekommt frau zunächst Mifegyne, das die Schwangerschaft beendet. Zwei bis drei Tage später wird Prostaglandin eingenommen, das die Abstoßung des Schwangerschaftsgewebes herbeiführt. Dieses Medikament wird normalerweise in der Arztpraxis eingenommen, wo frau dann noch einige Stunden bleibt. Die Blutungen können schmerzhaft sein. Eine Absaugung oder Ausschabung kann mit örtlicher Betäubung oder unter Vollnarkose durchgeführt werden.

Welche Methode abzutreiben als besser empfunden wird, ist sehr individuell. Allerdings ist die Wahlmöglichkeit zwischen den verschiedenen Methoden nicht immer gegeben. Eine Absaugung ist im Allgemeinen schonender als eine Ausschabung, dies hat sich aber noch nicht bei allen Ärzt_innen durchgesetzt. In der BRD werden relativ wenige Abbrüche mit Mifegyne durchgeführt, 2009 etwa 14 Prozent.³ Auch ist die Zugänglichkeit zu Mifegyne in den Bundesländern unterschiedlich, in Thüringen wurden 24,4 % der Abbrüche mit dem Medikament durchgeführt,⁴ in Bayern nur 5,7 %.⁵

Eine Abtreibung kostet je nach Methode 360 bis 460 Euro. Bei einem Nettoeinkommen unter 1001 Euro in Westdeutschland oder 984 Euro in Ostdeutschland kann bei der Krankenkasse die Kostenübernahme beantragt werden. Der Antrag muss vor dem Schwangerschaftsabbruch gestellt werden.

Wer, Wie, Was: Zahlen

Die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche sinkt laut Zahlen des statistischen Bundesamtes konstant: Waren es 1996, ein Jahr nach der Gesetzesänderung, noch 130.899,⁶ so fiel die Zahl im letzten Jahr auf 110.694 Abtreibungen⁷. Die kriminologische Indikation wird dabei gleichbleibend selten genutzt. In keinem Jahr gab es mehr als 50 Fälle, 2009 waren es sogar nur 14 Frauen.⁸ Dies liegt wohl daran, dass für die Beratungsregelung und die kriminologische Indikation die gleichen Fristen gelten und die Frauen, die von sexuellen Nötigungen betroffen waren, eine Zwangsberatung einfacher finden, als eine Untersuchung auf eine Vergewaltigung. Auch die Zahl der Abbrüche nach medizinischer Indikation ist gesunken: Waren es 1996 noch 4.818 Abbrüche,⁹ fiel die Zahl 2009 auf 3.200.¹⁰ Dies sind jedoch gut 200 mehr als im Vorjahr. Auf die Beratungsregelung entfallen die

meisten Abbrüche. 2009 waren es 107.480.¹¹ Nur 237 aller Fälle von 2009 waren so genannte Spätabtreibungen ab der 23. Woche – einem Zeitpunkt, zu dem ein Fötus nach dem derzeitigen Stand der Medizin als lebensfähig gilt.

Nach Angaben von Pro Familia treiben ca. 600 Frauen aus Deutschland pro Jahr nach der 13. Woche in den Niederlanden ab, da sie keinen Arzt finden, der eine Indikation stellt, oder keine Klinik, die den Abbruch durchführt.¹² Das bedeutet, dass für diesen medizinischen Eingriff ca. ein Fünftel aller Patientinnen ins Ausland fährt.

2009: Spätabtreibung Pfui

Im Mai letzten Jahres wurde eine Verschärfung des SchKG beschlossen. Demnach sind Ärzt_innen künftig verpflichtet, die Frauen auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinzuweisen. Tun sie das nicht oder nicht ausreichend, können sie mit einer Geldbuße bis zu 5.000 Euro belegt werden. Zudem muss demnächst eine Bedenkzeit von drei Tagen zwischen Diagnose und Indikationsstellung eingehalten werden. Dies gilt nur dann nicht, wenn das Leben der Frau unmittelbar bedroht ist. Diese Änderung ging auf den Koalitionsvertrag von SPD und den Unionsparteien von 2005 zurück, in dem festgelegt wurde, die Situation bei Spätabtreibungen zu verbessern. Die gesellschaftliche, mediale und politische Auseinandersetzung wurde demnach auch konsequent als Spätabtreibungsdebatte bezeichnet. Die Diskussion um das Gesetz reduzierte sich so auf die knapp 240 Abtreibungen nach der 23. Schwangerschaftswoche. Auch wurde suggeriert, es handle sich um Abtreibungen nach einer negativen Pränataldiagnose, also nach einem Befund auf Missbildungen beim Fötus. Die Veränderung betrifft aber alle Frauen, die nach medizinischer Indikation abtreiben.

Zwar nimmt das neue Gesetz vor allem die Ärzt_innen in die Pflicht. Eine Wartezeit von drei Tagen kann jedoch enormen psychischen Druck auf die betroffenen Frauen ausüben. Die drohende Geldbuße und die Unklarheit, wie schwer die Beeinträchtigung für die Gesundheit der Schwangeren bei einer medizinischen Indikation nach dem Gesetz sein muss, wird Ärzt_innen vor einer Indikationsstellung zurückschrecken lassen. Schon jetzt ergeben sich in manchen Gegenden logistische Probleme für Frauen, weil kein medizinisches Personal in der Nähe ist, das einen Abbruch vornimmt.

Unklar und zugleich problematisch ist auch, warum es einen Unterschied zwischen der Diagnose (also dem Feststellen der Gefahr für

¹ BVerfG, Urteil v. 25.02.1975, 1 BvF 1/74.

² Bundestags-Drucksache 13/285, 17.

³ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12: Gesundheit, Reihe 3: Schwangerschaftsabbrüche, 2010, 7.

⁴ Ebenda, 12.

⁵ Ebenda, 11.

⁶ Statistisches Bundesamt, Fachserie 12: Gesundheit, Reihe 3: Schwangerschaftsabbrüche, 2009, 23.

⁷ Statistisches Bundesamt, 2010 (Fn. 3), 24.

⁸ Ebenda, 24.

⁹ Statistisches Bundesamt, 2009 (Fn. 6), 23.

¹⁰ Statistisches Bundesamt, 2010 (Fn. 3), 24.

¹¹ Ebenda, 24.

¹² Sybill Schulz, Wortbeitrag auf der Veranstaltung „Schwangerschaftsabbruch heute – Gesetzesverschärfung fördert Abtreibungstourismus?“, Familienplanungszentrum Berlin, 27.05.2009.

die Gesundheit der Schwangeren) und einer Indikationsstellung (also der schriftlichen Feststellung dieser Gefahr) geben soll. Ist die Gesundheit der Frau gefährdet, sind Diagnose und Indikationsstellung dasselbe. Wird aber eine Missbildung des Fötus festgestellt, aufgrund derer die psychische Gesundheit der Frau gefährdet ist, betrifft die Diagnose den Fötus, die Indikation muss aber nach geltendem Recht für die Frau ausgestellt werden. Annähernd Sinn macht die Unterscheidung zwischen Diagnose und Indikation nur, wenn man sich eingesteht, dass die Abschaffung der embryopathischen Indikation in der Praxis wenig geändert hat – weder an der Herangehensweise von Ärzt_innen, noch in der gesellschaftlichen Wahrnehmung von „Behinderung“ als Defizit und an den Schwierigkeiten, die Frauen und Eltern auf sich zukommen sehen, wenn sie ein solches Kind erwarten. Diesen Problemen muss die Politik aber ganz anders begegnen als durch eine solche Gesetzesänderung. Beispielsweise würde es mehr Sinn machen, eine intensive Beratung über die Vor- und Nachteile von Pränataldiagnostik bereits vor der Diagnose durchzuführen, da nach einer solchen Diagnose die Entscheidungsfähigkeit beschränkt sein dürfte. Nötig wäre ein anderes Bild von Behinderung, das sich nicht nur um Defizite und Einschränkungen dreht. Nötig wäre ein anderes Schulsystem, welches Kinder mit „Behinderungen“ nicht auf Sonderschulen abschiebt.¹³ Nötig wäre auch eine nicht auf Profitmaximierung und Leistungsoptimierung ausgerichtete Gesellschaft, in der Zwischenmenschliches und Sorgearbeit höher bewertet würden.

Die gesetzliche Verschärfung bedeutet eine weitere Bevormundung von Frauen. Unterstellt wird, dass viele Frauen leichtfertig abtreiben und gezwungen werden müssen, zumindest drei Tage darüber nachzudenken. Außerdem wird der gesellschaftliche Umgang mit Behinderung weiter individualisiert.

2010: Präimplantationsdiagnostik Hui

Am 6. Juli dieses Jahres hat der Bundesgerichtshof (BGH) eine Grundsatzentscheidung zur Präimplantationsdiagnostik (PID) getroffen.¹⁴ Danach sind Voruntersuchungen zur Erkennung von Gendefekten bei Embryonen in manchen Fällen zulässig. Verhandelt wurde der Fall eines Gynäkologen, der die PID in den Jahren 2005 und 2006 angewandt und sich daraufhin selber angezeigt hatte. Die Untersuchungen dienten dem Zweck, nur Embryonen ohne genetische Anomalien einzusetzen.

Anzeige

Solidarität organisieren – Mitglied werden!

ROTE HILFE e.V.
 Bundesgeschäftsstelle
 Postfach 3255
 37022 Göttingen

Tel.: 0551 – 770 80 08
 (Di. & Do. 15:00 – 20:00 Uhr)
 Fax: 0551 – 770 80 09
 bundesvorstand@rote-hilfe.de
 www.rote-hilfe.de

Spendenkonto: Rote Hilfe e.V.
 Konto-Nr: 19 11 00 – 462
 BLZ: 440 100 46, Postbank Dortmund
 IBAN: DE75 4401 0046 0191 1004 62
 BIC: PBNKDEFF

Bisher war unumstritten, dass solche Untersuchungsmethoden durch das 1991 verabschiedete Embryonenschutzgesetz ausgeschlossen seien. Dem widersprachen die BGH-Richter_innen nun ausdrücklich. PID sei erst Anfang der Neunziger Jahre entwickelt worden, sie habe daher keine Aufnahme in das Gesetz gefunden, und verstoße „weder gegen den Wortlaut noch gegen den Sinn des Gesetzes“.¹⁵ Vielmehr beruhe ein komplettes Verbot der Untersuchungsmethode „hohe Risiken“, vor allem, „dass im weiteren Verlauf nach einer – hier ärztlicherseits strikt angezeigten [...] und mit denselben Diagnosemethoden durchgeführten [...] Pränataldiagnostik [...] im Rahmen des [...] § 218a [...] Schwangerschaftsabbruch vorgenommen wird.“¹⁶

Hierbei wird das Verbot von eugenischen Abtreibungen in Deutschland ignoriert. Es ist, wie oben ausgeführt, nicht erlaubt, einen Fötus auf Grund von Missbildungen oder Anomalien abzutreiben. Erlaubt ist dies nur dann, wenn die Gesundheit der Frau dadurch gefährdet ist. In seinem Urteil geht der BGH offenbar davon aus, dass ein Kind mit Behinderung eine unzumutbar große Belastung darstellen würde. Damit spricht er Behinderten indirekt ein lebenswertes Leben ab.

Die vom BGH verhandelten Fälle betreffen darüber hinaus genetisch vererbte Erkrankungen (z. B. Trisomie 21), deren Schwere weder mit einer Pränataldiagnostik im fortgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft noch mit einer PID abzusehen ist. Bei letzterer lässt sich lediglich die genetische Prädisposition feststellen. Die Erlaubnis, diese zu testen und Embryonen daraufhin nicht einzusetzen, ermöglicht eine Selektion, die zwischen „wertem“ und „unwertem“ Leben unterscheidet. Diese Interpretation teilt auch das Genethische Netzwerk, das die PID in einer Presseerklärung nach dem Urteil als „nicht neutral“ bezeichnet. Vielmehr bedeute sie „für alle Kranken, Behinderten oder nicht der gesellschaftlichen Leistungsnorm entsprechenden Menschen eine indirekte Infragestellung ihrer ‚Existenzberechtigung‘.“¹⁷

Die letzten Gesetzesänderungen und BGH-Urteile bedeuten einen Schritt zurück im Hinblick auf die Selbstbestimmung von Frauen und Behinderten. Für ein solidarischeres Miteinander dürfen diese Gruppen sich jedoch nicht gegeneinander ausspielen lassen, sondern sie müssen grundlegende Fehlorganisationen der Gesellschaft gemeinsam kritisieren.

Kirsten Achtnik ist diplomierte Soziologin und Politologin und arbeitet als freie Journalistin in Berlin.

Weiterführende Literatur:

Barbara Duden, Die Gene im Kopf - der Fötus im Bauch. Historisches zum Frauenkörper, 2002.

<http://no218nofundis.wordpress.com>: Neuigkeiten und Kritisches zu Abtreibungsregelungen aus aller Welt.

¹³ Dazu: Almut Peters, Alles Inklusiv? – Zum Recht auf gemeinsamen Schulunterricht von Kindern mit und ohne Behinderung, Forum Recht 2010, 98-100.

¹⁴ Bundesgerichtshof, Urteil v. 06.07.2010 - 5 StR 386/09.

¹⁵ Ebenda, Rn. 24.

¹⁶ Ebenda, Rn. 26.

¹⁷ Alexander Schwerin, Präimplantationsdiagnostik ist keine Vorsorge sondern Selektion!, www.gen-ethisches-netzwerk.de (Stand: 01.09.2010).