

219a – Streichen, ändern, beibehalten – Argumente und Folgerungen

Die parlamentarische Debatte vom 22.02.2018 bot wenig Überraschendes. Die erwarteten unterschiedlichen Standpunkte wurden bekräftigt – von „Beibehalten“ (CDU/CSU sowie AfD) über Modifizieren (FDP) bis Streichen (Grüne und Linke, ggf. Teile der SPD). Streichung ist die weitreichendste Forderung, gestützt im übrigen durch Fachverbände wie pro familia, Deutscher Juristinnenbund, Deutscher Ärztinnenbund, Marburger Bund, Berufsverband der Frauenärzte, selbst die evangelischen Frauen in Deutschland und viele andere – natürlich auch dieses so initiative Bündnis.

In der nächsten Sitzungswoche soll bereits ein Gruppenantrag verhandelt werden, relevante Beteiligte signalisieren Kompromissbereitschaft, damit es nicht bleiben muss wie es ist. Es scheint also auf Änderung hinauszulaufen, um so bedeutsamer die Argumentation zu überprüfen. Nun sind Anhörungen im Bundestag zu erwarten, ist Politikberatung erforderlich und werden differenziertere fachliche Statements für die Medien und öffentliche Diskussionen gebraucht. Die *grundsätzlichen* Ausgangspunkte und Forderungen sind hinlänglich benannt, so im Kern die Informationsfreiheit für Frauen und Ärzt_innen. Von Streichungsgegnern, aber z.T. auch Änderungsbefürwortern werden immer wieder Argumente geäußert, die eine fundierte Auseinandersetzung verlangen. Auf einige davon soll im Folgenden eingegangen werden:

- 1. Ganz zentral von konservativer Position aus wird argumentiert, das Schutzkonzept für ungeborenes Leben erfordere das Gesamtpaket des 218/219, mithin auch den 219a.** Begibt man sich in die Argumentationslogik der Konservativen (und es ist ratsam, dies zu tun), wird durch jede Änderung des Gesamtkonstrukts eine Schwämmerung dieses Schutzanspruchs erwartet. Damit befinden wir uns sofort in einem verfassungsrechtlich relevanten Feld (das BVerfG hat dazu die Maßstäbe gesetzt 1975 und 1993). Aber selbstverständlich gibt es hier unterschiedliche, ja konträre Sichtweisen. Gehen wir *zunächst* einmal davon aus, dass der § 218 besteht und jetzt nicht in einem Atemzug „miterledigt werden kann“ (es ist wichtig, sich auf die Streichung des § 219a zu konzentrieren, wenn diese erreichbar sein soll) und begeben wir uns in die Logik des existierenden Gesetzes. Danach ist der *Schutzauftrag für das Ungeborene bereits durch die §§218, 218a-c, 219 StGB verwirklicht*, hier insbesondere durch die Beratungsregelung und das darauf basierende SchKG. Der 219a ist davon nicht tangiert – er bestand zudem bereits weit vor der Festlegung des Lebensschutzes als Staatsauftrag in den BVerfG-Urteilen und wurde 1995 „nur“ unnummeriert von 219 in 219a. Der neu geschaffene § 219 sollte nun die Beratungsregelung fixieren und damit den Schutz des ungeborenen Lebens

bei einem Abbruch nach § 218a. Wenn Frauen Ärzt_innen für die medizinische Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch suchen, hat die gesetzlich vorgeschriebene Beratung bereits stattgefunden, ist die Entscheidung getroffen. Damit ist ein Abbruch straffrei möglich. Was Frauen jetzt brauchen, ist einen niedrighschwelligen Zugang zu den *Informationen, der sie die Schritte gehen lässt, für die sie sich rechtskonform entschieden haben*. Eine straffreie Handlung nachträglich zu behindern, eigentlich immer noch zu stigmatisieren als rechtswidrig (was nicht mal korrekt ist, die Rechtsmäßigkeit ist nur nicht festgestellt, da es hier keine Indikation durch einen Arzt gibt – so das BVerfGE) ist zumindest ein eklatanter Wertungswiderspruch und in der Folge ein unwürdiges Prozedere, eigentlich Ausdruck eines verlängerten Bestrafungsimpulses.

- 2. Es ist weiterhin wertungswidersprüchlich, wenn selbst ein bloßer Hinweis auf die Durchführung von nach §218a StGB nicht strafbaren Schwangerschaftsabbrüchen und damit auf straffreies ärztliches Handeln dazu führt, dass gegen Ärzt_innen strafrechtlich ermittelt wird.** Dies führt zu einer eklatanten Rechtsunsicherheit auch bei den Professionellen. Die steigende Zahl der Anzeigen gegen Ärzt_innen spricht eine beredte Sprache zu diesem Verunsicherungspotential – und die getätigten Anzeigen sind nur die Spitze eines Eisberges. Nur wenige Ärzt_innen gehen den Weg von Kristina Hänel, die meisten schweigen, zahlen eine Ordnungsstrafe, nehmen die Informationen von der Webseite, wenn sie sie überhaupt darauf hatten.... Es ist eine Bedrohungssituation entstanden, die dazu beiträgt, dass sich letztlich zunehmend Ärzt_innen aus der Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch zurückziehen. Es gibt ernste Hinweise auf erhebliche medizinische Versorgungsdefizite; eklatant die Situation in Bayern, aber auch in Hessen, Niedersachsen etc. Der Staat selbst hat die angemessene Durchführung straffreier Schwangerschaftsabbrüche als „Staatsaufgabe“ (BVerfGE 1993; 88, 203, 328) definiert, tut aber nichts zu deren Erfüllung. Das SchKG spricht in § 13.2 von der Pflicht, ein „ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen vorzuhalten“. Überprüft wird das nicht, geschweige denn beeinflusst (denn der SSA ist ja eine freiwillige ärztliche Leistung, der Gewissensentscheidung des Arztes unterstellt – ein Thema für sich). So gibt es Landeszahlen zu zugelassenen Ärzten, die offenbar weit von der Realität entfernt sind. Hinter den Zahlen stehen weiterreichende Problemlagen: Welcher Arzt will es sich in dieser Situation noch zumuten, diese Leistung anzubieten? Die, die es noch tun, fühlen sich z.T. in der Ärzteschaft ihrer Regionen stigmatisiert (vor allem in ländlichen Gebieten) und sie z.T. sind aufgrund der bestehenden Bedarfe in Relation zu den wenigen anbietenden Ärzt_innen so überfordert, dass sie sich z.B. nicht mal trauen, in den Ruhestand zu gehen, weil es dann niemanden mehr gibt, der für die Frauen da ist – so Ärzte in Passau und in München. Ein Kreislauf für Ärzt_innen, ihre Bereitschaft zum Schwangerschaftsabbruch betreffend. Mit Versorgungssicherheit für Frauen hat das nichts zu tun. Der 219a ist zwar nur *eine* Ursache für diese

Situation, aber eine bedeutsame und es besteht hier und jetzt die Möglichkeit dies zu ändern.

- 3. Immer wieder wird von Streichungsgegnern mit einer Normalisierungs- und Bagatellisierungsgefahr argumentiert.** Das geht nicht nur sachlich in mehrfacher Hinsicht fehl, sondern ist auch zynisch: Der Normalisierungsbegriff setzt einen Standard, der alles davon Abweichende als unnormale und verurteilenswert diskreditiert. Eine gute Frau trägt aus, ein guter Arzt tötet kein Leben. Auch wenn dies der Logik der strafrechtlichen und gesellschaftlichen Missbilligung des § 218 ff. folgt (also einem *normativen Konstrukt*), so ist dies nahezu absurd angesichts der Tatsache (also von *faktischer Realität*), dass fast jede 4. Frau einmal in ihrem Leben einen SSA vornehmen lässt und dies einer der am meisten durchgeführten gynäkologischen Eingriffe ist. Fünfunddreißig reproduktive Jahre im Leben einer heterosexuell orientierten Frau sind nun einmal mit der Möglichkeit verbunden, dass Verhütung nicht gelingen kann oder nicht stattgefunden hat. Welches technizistische und menschenfeindliche Bild von Verhütung und Sexualität steht hier eigentlich im Raum, erst recht das Diktum der Gebärpflicht? Ungewollte Schwangerschaften kommen vor im Frauenleben und werden es immer geben. Moralische oder rechtliche Sanktionen verhindern diese nicht, beeinflussen wohl aber die Bedingungen, unter denen Frauen, Männer, Ärzt_innen mit dieser Situation umgehen können. Zudem: Die Mehrheit der ungewollt schwangeren Frauen (57%) entscheidet sich aus den verschiedensten Gründen *gegen* einen Abbruch. Und: Die Entscheidung, schwanger zu bleiben oder nicht, trifft keine Frau mal eben so, wie gern unterstellt wird – oder weil ein Poster so schön bunt ist oder ein Arzt oder eine Klinik auf ihrer Homepage über die Möglichkeit eines Abbruchs informiert. Eine ungewollte Schwangerschaft ist eine sehr besondere Situation im Leben einer Frau und sie findet *ihre* Antwort. Der §219a StGB aber schränkt Frauen in ihrer Informationsfreiheit und ihren Persönlichkeitsrechten unverhältnismäßig ein. Gerade in dieser emotional besonderen Situation und angesichts einer bereits getroffenen Entscheidung die respektiert gehört und die ja straffrei ist, ist eher *diese* rigide Argumentationsweise die unmoralische. Und sie spricht für ein wirklich mehr als überlebtes Frauenbild.
- 4. Eine oft wiederkehrende Aussage ist, Beratungsstellen und Behörden würden über Ärzt_innen informieren, die Abbrüche durchführen. Diese Kannbestimmung führt aber nicht dazu, dass Informationssuchende wirklich in der notwendigen Gänze informiert werden.** Zunächst *die kommunalen oder Landesbehörden*: Es gibt nur wenige, die diese Informationen überhaupt oder niedrigschwellig vorhalten (z.B. HH). Eine Journalistin vom Bayerischen Rundfunk 2 hat in ihrer Sendung am 19.02.2018 ihre Odyssee exemplarisch beschrieben: Landesbehörden, kommunale Behörden, KV.... niemand hat oder gibt die Informationen, der eine verweist auf den anderen.... Und in Berlin ist die beim Senat existierende Liste wohl von 1996. Und *Beratungsstellen*: Sie können nur über die Ärztinnen und Ärzte informieren, die sie

kennen. Im Passau ist das überschaubar (nur einer), in manchen anderen Orten keiner (Fulda verweist an Kliniken in Frankfurt/Main oder Würzburg), in anderen Regionen, insbes. Großstädten, ist es noch anders. Beratungsstellen kennen i.d.R. nur diejenigen, die im unmittelbaren Umfeld praktizieren. Da sich nur wenige Ärztinnen aktiv in Beratungsstellen melden, müssen Informationen beständig recherchiert werden, ebenso weil sich Praxisleistungen ändern. Es geht nicht nur um Adressen, sondern Informationen, bis zu welcher Woche und mit welcher Methode Schwangerschaftsabbrüche durch den/die jeweiligen Arzt/Ärztin durchgeführt werden. Zudem bieten die auf Listen benannten Ärtzi_nnen Abbrüche häufig nur ihren *eigenen* Patientinnen an und nicht generell. So bleiben diese Listen bei Beratungsstellen nur bedingt aussagefähig (was helfen sie einer Berliner Studentin, die ihren Abbruch in ihrer Heimatstadt Aachen vornehmen lassen will). Und zahlreiche Beratungsstellen verschiedener Träger sind unsicher, was sie dürfen (Bsp. München – eine pro familia Beraterin berichtete von Klientinnen, die zwar bei Beratungsstellen anderer Träger die 219-Beratung hatten, aber dann zu ihnen verwiesen werden wegen der Adressen) oder sie haben sogar von ihrer Kommune ein diesbezügliches Verbot erhalten. *Bedeutsam ist aber grundsätzlich*: selbst eine vorhandene Informationsmöglichkeit oder gar -pflicht von Beratungsstellen oder Behörden darf das Informationsrecht von Ärzt_innen und Frauen und damit die freie Arztwahl nicht einschränken. Eine solche Einschränkung ist nicht nur Zeichen inhärenter Diskreditierung, sondern erschwert vor allem die notwendigen Abläufe bereits getroffener und durch den Beratungsschein rechtlich legitimierter Entscheidungen. Wichtig in diesem Kontext ist nicht nur das Recht von Frauen auf Information, sondern ihr Recht auf *neutrale* Informationen und eigene Entscheidung.

- 5. Immer wieder wird ein rechtliches Vakuum befürchtet durch die Streichung des 219a. Das ist mitnichten so, wenn bestimmte Aspekte mitgedacht werden.** Das ärztliche Berufsrecht fixiert Rechte und Pflichten zu sachgerechter und angemessener Information sowie Verbote von anpreisender, irreführender, vergleichende Werbung. Aber: dies ist keine *bundeseinheitliche* Regelung und es dabei zu belassen bringt die Gefahr mit sich, dass die Bundesländer die berufsrechtliche Ausgestaltung sehr unterschiedlich handhaben können und Ärzt_innen im Falle der Fälle unkalkulierbare Rechtswege beschreiten müssen. Das ist keine ausreichende Option. Bundeseinheitliche Regelungen könnten gefunden werden, wenn Jurist_innen diese Materie ausloten. Das Heilmittelwerbegesetz böte dazu Möglichkeiten, ebenso u.U. das SchKG – so der DJB. Eine bloße Reform des § 219a StGB würde zudem Auslegungsspielräume bestehen lassen, die – wie schon heute – geeignet sind, Druck auf Ärzt_innen auszuüben. Was z.B. unterscheidet eine „grob anstößige“ Werbung von einer „anstößigen“ und wäre diese dann erlaubt oder wie ist überhaupt die Trennschärfe zwischen Werbung und Information, wenn „Lebensschützer“ agieren? Merkwürdig zudem, was Streichungsgegner veranlasst, auf einmal rauf und runter grob anstößige Werbung befürchten – nach dem Motto

„kommt zu mir, ich mach zwei für einen“, wie die Ärztin Christiane Tennhardt ironisch kommentierte. Die tatsächlich grob anstößigen Darstellungen von Abtreibungsgegnern auf ihren Homepages scheinen nicht gegen Persönlichkeitsrechte von Frauen und Ärzt_innen zu verstoßen, so immer wieder Urteile, was diese hinzunehmen haben.

Last but not least: Ein internationaler Vergleich zeigt die beschämende Umgangsweise in Deutschland. Dieser Eingriff in die Informationsfreiheit von Ärzt_innen und Frauen ist m.E. einzigartig in Europa. Selbst Länder, die ebenfalls strafrechtliche Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch haben (u.a. die Schweiz, Österreich, GB), kennen kein derartiges Verbot oder schreiben sogar eine entsprechende Informationsmöglichkeit durch Behörden und Institutionen regelrecht vor. Ein Klick im Internet und den Frauen sind die Klinik- oder Praxisadressen verfügbar. In Frankreich z.B. ist der SSA nicht strafrechtlich geregelt, sondern im Gesundheitsgesetz. Es gibt eine staatliche Homepage, aus der alle Informationen inklusive der Adressen zu entnehmen sind. Und all diese Länder sind nicht in Sodom und Gomorra versunken. Deutschland gibt sich gern als führende Nation in Europa – hier ist eher ein sehr trauriges Kapitel aufgeschlagen und wird eine unwürdige Situation hingenommen.

Die Streichung des §219a StGB stellt den seit Mitte der 1990er Jahre geltenden Kompromiss zum Schwangerschaftsabbruch nicht infrage. Er verabschiedet sich aber endlich von einem überholten, juristisch und gesellschaftlich verzichtbaren Paragraphen.