

**Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur  
Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch**

Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU und SPD

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Information über einen  
Schwangerschaftsabbruch

BT-Drucksache 19/7693

Gesetzentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Verbesserung der Information über einen  
Schwangerschaftsabbruch

BT-Drucksache 19/...

BR-Drucksache 71/19

Prof. Dr. Ulrike Busch  
Institut für Angewandte Sexualwissenschaft  
Hochschule Merseburg  
Berlin, den 16. 02. 2019

Kontakt:

[ulrike.busch@hs-merseburg.de](mailto:ulrike.busch@hs-merseburg.de)

Der vorliegende Gesetzentwurf zur Reform der § 219a StGB ist ungeeignet, um die Information über den Schwangerschaftsabbruch wirksam zu verbessern. Zwar wird die nun als „Ausnahmetatbestand“ eingeräumte grundsätzliche Informationsmöglichkeit für die Ärzt\_innen als Erfolg des Kompromisses herausgestellt, ebenso die Schaffung weiterer Informationsmöglichkeiten durch BÄK/BZgA und eine Anhebung der Altersgrenze für die Kostenübernahme von Kontrazeptiva. Nach wie vor bleiben aber die Informationsrechte von Frauen und Ärzt\_innen strafrechtlich limitiert. In der Auseinandersetzung mit diesem Kompromissvorschlag und zur Begründung seiner Ablehnung ist hervorzuheben:

1. Frauen können nun auf den Homepages von Ärzt\_innen die Angabe finden, dass diese Abbrüche durchführen, nicht aber, mit welcher Methode, von/bis zu welcher Schwangerschaftswoche und weitere für sie bedeutsame Informationen. Derartige Aspekte sind von unmittelbarem Interesse für die Frauen und zudem originärer Bestandteil sachlicher Information. Selbst in der Begründung des Gesetzes ist der „dringende Bedarf an diesen Informationen“ formuliert und dass sie den Frauen „ohne Zeitverzug“ zugänglich sein müssen, dann aber wird ein Umweg festgelegt (vgl. 2./3.), der noch dazu den Zugang der Frauen zu diesen Möglichkeiten voraussetzt. Die WHO hat bereits 2012 in ihren Leitlinien für Gesundheitssysteme im Abschnitt 4.2.2.7 die Bedeutung umfassender Information hervorgehoben: „Das Zensieren, Zurückhalten ... kann zu einem fehlenden Zugang zu Dienstleistungen oder Verzögerungen führen“<sup>1</sup>. Der Gesetzentwurf begrenzt durch die Limitierung ärztlicher Information weiterhin den direkten und freien Zugang zu erforderlicher Information. Im europäischen Vergleich bleibt Deutschland damit eines von wenigen Ländern, das Information zum Schwangerschaftsabbruch derart einschränkt<sup>2</sup>. Der Gesetzentwurf versagt sich der europaweit üblichen Rechtspraxis, Ärzt\_innen die Möglichkeit zu sachlicher Information zu legalem Schwangerschaftsabbruch einzuräumen.
2. Frauen sollen sich diese relevanten weiteren Informationen über eine Liste der BÄK/BZgA oder Auskunft beim Notruftelefon bzw. Beratungsstellen holen, die ebenfalls auf diese Listen Zugriff haben. So sehr überregionale Informationsmöglichkeiten grundsätzlich zu begrüßen sind, so haben sie *allenfalls einen ergänzenden Status*. Frauen werden über den nun zu gehenden Umweg weiterhin nicht in ihrem Recht auf Selbstbestimmung in ihren höchstpersönlichen Belangen und ihrer Informationsfreiheit respektiert. Die Installation dieses Wegs enthält implizit eine moralisch negative Bewertung ihrer rechtskonform getroffenen Entscheidung. Der UN-Ausschuß für Wirtschaft, Soziales und kulturelle Rechte hat 2016 vor Stigmatisierung und Diskriminierungseffekten gewarnt, die mit der Beschränkung des Zugangs zu Information verknüpft sind<sup>3</sup>. Die Betonung der Notwendigkeit des „Umwegs“ für den Zugang zu weiterführender Information trägt diesen Diskriminierungseffekt in sich. Frauen entscheiden sich *nicht* für den Abbruch einer ungewollten Schwanger-

schaft, weil sie eine entsprechende Information eines Arztes vorfinden, sondern sie suchen die ärztliche Information, weil sie zu diesem Zeitpunkt ihre Entscheidung aus i. d. R. komplexen lebensbezogenen Gründen bereits getroffen haben und nach der Pflichtberatung ihren Weg auf rechtskonformer Basis gehen wollen. Was für ein verwunderliches Bild von Frauen im Kontext ungewollter Schwangerschaft am Beginn des 21. Jahrhunderts. Zudem ist nicht verständlich, dass die Information, die „die Liste“ gibt, als Aufgabe im Rahmen der öffentlichen Fürsorge durch den Staat legitimiert wird (so der Gesetzentwurf in seiner Begründung), aber in der direkten Linie dem Arzt untersagt bleibt. Ein ernst gemeinter Fürsorgeanspruch sollte sowohl das eine als auch das andere ermöglichen. Die faktische Limitierung umfassender, sachlicher Informationsmöglichkeit von Frauen und Ärzt\_innen ist unnötig und trägt der Aufrechterhaltung einer Symbolik im Rahmen der Missbilligung des Schwangerschaftsabbruchs Rechnung.

3. Mit hohen Kosten und großem Aufwand sollen auf der Basis der Selbstmitteilung durch die Ärzt\_innen die entsprechenden Angaben erhoben und beständig aktualisiert werden. Zunächst erschließt sich schon grundsätzlich nicht, inwiefern die Information durch diese Institutionen dem Schutzauftrag des Staates entspricht, die direkte Information durch die Ärzt\_innen aber nicht. Es erschließt sich auch nicht, was an weiterführender Information durch die Ärzt\_innen weniger sachlich sein sollte, als wenn sie nur grundsätzlich informieren über die Tatsache, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Besonders diskreditierend für Ärzt\_innen in ihrem ethischen Anspruch, für Frauen in dieser besonderen Lebenssituation zur Verfügung zu stehen, ist die Begründung, mit der Liste eine „unkoordinierte Informationsfreigabe“ vermeiden zu wollen, Einheitlichkeit, Aktualität und Verlässlichkeit gewährleistet werden sollen. Natürlich kann eine zentrale Listung nach bestimmten Indikatoren koordiniert Information zur Verfügung stellen. Aber auch und gerade Ärzt\_innen können erfahrungsbasiert, praxisbezogen und auf fachlicher/wissenschaftlicher Grundlage die relevante Information vermitteln. Der vorliegende Entwurf betrachtet diese weiterführende sachliche Information durch Ärzt\_innen als Straftatbestand, dieselbe Information auf der Liste bzw. den Verweis auf der ärztlichen Homepage darauf aber nicht. Vor allem aber: Die Lückenhaftigkeit der Liste ist vorhersehbar. Es ist damit zu rechnen, dass viele Ärzt\_innen sich *in dem gesellschaftlichen Klima der Stigmatisierung* nicht auf einer *derart exponierten Liste* präsentieren wollen. Wenn Ärzt\_innen auf ihrer eigenen Homepage im Katalog der sonstigen Leistungen auch über den Schwangerschaftsabbruch informieren, ist dies ein integriertes Angebot, das dort seinen adäquaten Platz hat. Wie mit der avisierten Liste die angekündigte Qualität der Information gesichert werden kann, bleibt unklar. Der vorliegende Gesetzentwurf ist Ärzt\_innen gegenüber inhärent diskreditierend und von Misstrauen geprägt:

Bei keiner anderen medizinischen Leistung ist es Ärzt\_innen versagt, zu informieren und statt dessen empfohlen, ihre Information auf einer separaten Liste auszuweisen. Die Absurdität wird exemplarisch dadurch deutlich, dass bereits die Einfügung von zwei Adjektiven im Kontext Schwangerschaftsabbruch (z. B. *medikamentös* und *operativ*) zum Straftatbestand der Werbung mutiert, allerdings nur für die einzelne Praxis/Einrichtung, nicht aber auf der Liste. Wie in diesem Gesamtkontext eine zuverlässige Liste gewährleistet werden soll, inklusive sich verändernder Leistungsangebote in Praxen, Praxisschließungen u. v. a. bleibt rätselhaft. Mit großem Aufwand müssten BÄK/BZgA beständig Angaben überprüfen. Interessanterweise sind dies Angaben, die dem Statistischen Bundesamt vorliegen, da Ärzt\_innen zu Quartalsberichten mit ausführlichen Indikatoren verpflichtet sind.

4. Ich schließe mich explizit der Stellungnahme des pro familia-Bundesverbandes vom 04. 02. 2019 an, die betont: „Wichtig wäre ein klares Statement der Politik für die Anerkennung der ‚Normalisierung‘ von Informationswegen und Informationsinhalten zum Schwangerschaftsabbruch ... Gleichzeitig sollte ein klares Zeichen gesetzt werden, dass die Gesellschaft Ärzt\_innen ... vor den Aktionen politischer Gruppen, die das Recht auf Zugang zur Gesundheitsversorgung unterlaufen wollen, schützt.“ Das Bedrohungspotential bleibt erhalten – sowohl durch diese politischen Gruppierungen als auch durch die Möglichkeit, dass Ärzt\_innen wegen unerlaubter Werbung angezeigt werden könnten, wenn sie weiterführend informieren (bzw. dieselbe Information geben wollen, die auch ihr Link auf die Liste ausweist). Und das Bedrohungspotential durch bestimmte politische Gruppierungen betrifft nicht nur Ärzt\_innen, sondern auch Frauen und Berater\_innen, wie immer wieder einschlägige Aktionen dieser Gruppierungen zeigen.
5. Bei der Ausgestaltung des Gesetzes wurde versäumt, die im Rahmen der Debatten zum § 219a StGB seit Monaten immer wieder beklagten Defizite in der Versorgungssituation zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland<sup>4</sup> zum Anlass zu nehmen, diesbezüglich eine grundlegende Veränderung einzuleiten. Das BVerfG hat in seinem Urteil 1993 betont, dass eine adäquate Versorgung „Staatsaufgabe“ sei und das SchKG § 13 Absatz 2 untersetzt die Verpflichtung zur Sicherung eines „ausreichenden und flächendeckenden Angebots sowohl ambulanter als auch stationärer Einrichtungen“ für die Bundesländer. Dies wird weder überprüft noch beeinflusst! Zwar ist die hochdotierte Studie zu den seelischen Folgen nun nicht mehr Gegenstand des Kompromissentwurfs, sie ist vom Bundeskabinett für das Gesundheitsressort dennoch beschlossen. Kritische Anmerkungen zum Sinn einer solchen Studie sowie ihrer Zielstellung durch Beratungsfachverbände oder auch u. a. die Evangelischen Frauen in Deutschland werden nicht berücksichtigt, geschweige denn internationale Befunde, wonach der Abbruch einer Schwanger-

schaft psychisch nicht risikobehafteter ist als das Austragen, wenn die jeweilige Entscheidung klar getroffen werden konnte und belastende und stigmatisierende Rahmenbedingungen ausgeschlossen werden können<sup>5</sup>. Es ist dringend erforderlich, die mehrfach öffentlich kritisierte defizitäre Versorgungssituation (quantitativ *und* qualitativ) zum Anlass zu nehmen, diese systematisch zu analysieren (so u. a. auch bzgl. der Bedeutung der bestehenden Gesetzeslage für die problematische Entwicklung) und darauf basierend Konzepte für Konsequenzen abzuleiten.

6. Völlig unverständlich ist die *willkürliche Anhebung der Altersgrenze* zur Kostenübernahme für Kontrazeptiva auf 22 Jahre. Seit Jahren wird über die Frage der Kostenübernahme diskutiert und werden dringend entsprechende Regelungen gefordert, so auch auf der Anhörung im Gesundheitsausschuss vom 07. 11. 2018. Weder generell noch wenigstens bei dringender sozialer Bedarfslage ist eine Lösung in Sicht. Die eigentlich anstehenden Veränderungen in diesem Bereich werden indes weiter vertagt. Wenn man ungewollte Schwangerschaft und in der Folge ggf. Schwangerschaftsabbruch ernsthaft minimieren wollte, wäre es konsequent, die Kostenübernahme für Kontrazeptiva endlich in den *Leistungskatalog gesetzlicher Krankenkassen* zu übernehmen. Auch ein Vergleich mit anderen europäischen Ländern macht die unbefriedigende Situation in Deutschland deutlich: In vier Ländern Europas werden Kontrazeptiva von den Krankenkassen finanziert, in 15 Ländern nach Einkommenssituation und in 13 Ländern nach dem Alter<sup>6</sup>. Last but not least: Verwunderlich ist auch die Platzierung der Kostenübernahme in einem Gesetz zur Verbesserung der Information über einen Schwangerschaftsabbruch.

Im europäischen Vergleich gehört Deutschland inzwischen zu den Ländern mit der restriktivsten rechtlichen Regelung zum Schwangerschaftsabbruch. Aktuell wird dies an der Debatte zum Informationsrecht von Frauen und Ärzt\_innen deutlich. Selbst in Ländern, die ebenfalls über strafrechtliche Regelungen verfügen (u. a. Schweiz, Österreich, Großbritannien) gibt es kein derartiges Informationsverbot für Ärzt\_innen. Beispielhaft ist vor allem Frankreich: Schwangerschaftsabbruch ist nicht strafrechtlich, sondern im Gesundheitsmodernisierungsgesetz geregelt und der Abbruch ist kassenfinanziert. Auf einer Homepage des französischen Gesundheitsministeriums sind aktuell und vollständig Angaben zum Schwangerschaftsabbruch für alle Regionen Frankreichs einsehbar. Das ist möglich, weil der jährliche Abgleich mit den Daten der Krankenkassen dazu die Grundlage bildet. Und selbstverständlich schließt das die Informationsmöglichkeit durch die einzelnen Ärzt\_innen nicht aus. All diese Länder zeitigen keine Befunde grob anstößiger Werbung, einer Bagatellisierung von Abtreibung oder eines Verfalls des moralischen Klimas. Die vielzitierte (und nicht zu erwartende) grob anstößige Werbung ließe sich auch anders regeln, als dass es des Strafgesetzbuches bedürfte. Dazu hat es diverse Vorschläge gegeben (u. a. djb).

Abschließend: Der Entwurf bleibt trotz aller bereits geäußerten verfassungsrechtlichen Argumente zu seiner Verzichtbarkeit bei der Beibehaltung des § 219a StGB, wenn auch um einen „Ausnahmetatbestand“ erweitert. Verschiedentlich wurde herausgearbeitet, dass das Konstrukt des Schutzes des ungeborenen Lebens nach den §§ 218/219 StGB den § 219a StGB nicht braucht<sup>7</sup>. Dieser Paragraph bestand zudem bereits, bevor im Rahmen der einschlägigen Reformen 1975 und 1993 das Lebensschutzargument durch die Urteile des Bundesverfassungsgerichts überhaupt geltend gemacht wurde. Das Strafrecht als schwerstes Eingriffsargument des Staates wird unverhältnismäßig in den Kontext sachlicher ärztlicher Information gestellt, wiewohl das Gesetz gerade auf die Verbesserung der Information zielen will. Die besondere Dringlichkeit einer strafrechtlichen Sanktionierung ist nicht zu erkennen, auch nicht der Nachweis einer Eignung für den behaupteten Zweck. Im Effekt werden damit sowohl Ärzt\_innen in ihrem Informationsbemühen um ihr bedeutsames Leistungsangebot für Frauen als auch die Frauen, die es in Anspruch nehmen, stigmatisiert. Aus ideologischen Gründen und letztlich auch parteipolitischen Erwägungen wird an einem verzichtbaren und gesellschaftlich überholten Paragraphen festgehalten.

---

<sup>1</sup> WHO (2012): Safe abortion: technical and policy guidance for health systems – 2nd ed. 2012, S.97.

<sup>2</sup> Vgl. COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS OF THE COUNCIL OF EUROPE, Women’s Sexual and Reproductive Health and Rights in Europe (2017), available at <https://rm.coe.int/women-s-sexual-and-reproductive-health-and-rights-ineurope-issue-pape/168076dead>.

<sup>3</sup> UN-Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General comment No. 22 (2016) on the right to sexual and reproductive health, siehe u.a. Artikel 41.

<sup>4</sup> Laut ARD-Recherche beim Statistischen Bundesamt vom August 2018 nahm die Zahl der Ärzt\_innen, die Abbrüche durchführten, zwischen 2006 und 2016 um 40 % ab.

<sup>5</sup> American Psychological Association (2008), Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion, <https://www.apa.org/pi/women/programs/abortion/mental-health.pdf>.; Corinne H. Rocca, Katrina Kimport, Sarah C. M. Roberts, Heather Gould, John Neuhaus, Diana G. Foster: Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States. A Longitudinal Study. PLOS ONE journal. July 8, 2015

<sup>6</sup> Vgl. Contraception Atlas 2018. European Parliamentary Forum on Population & Development (EPF).

<sup>7</sup> So Prof. Reinhard Merkel bereits in seiner Stellungnahme zur Anhörung am 27. 06. 2018.