

„Gehsteigbelästigung“ vor einer Arztpraxis für grundsätzlich zulässig erklärt, solange nur keine Bilder zerstückelter Föten gezeigt werden.² Sollte das Gericht hier einen allgemeinen Rechtsgrundsatz zu neuen Formen des öffentlichen „Meinungskampfes“ aufstellen wollen, sehen wir sehr interessanten Zuständen im öffentlichen Raum entgegen. Sollte, was wahrscheinlicher ist, das Gericht hier ein Sonderrecht für schwangere Personen etablieren, sieht es sich unvermeidbar mit dem Vorwurf der Geschlechtsdiskriminierung konfrontiert. Zudem belegen alle internationalen Erfahrungen, dass ein Verbot oder die faktische Unmöglichkeit von Schwangerschaftsabbrüchen nicht deren Zahl verringert, sondern den medizinischen Standard.³ Das VG München hat damit auch die staatlichen Schutzpflichten in Bezug auf die körperliche Unversehrtheit ungewollt Schwangerer völlig verkannt.

Wer „Gehsteigbelästigung“ betreibt, kann sich erfolgreich weder auf die Religions- noch Meinungsfreiheit berufen. Zwar schützt die Religionsfreiheit nicht nur den Glauben als solchen, sondern auch ein Leben nach religiösen Überzeugungen, aber dabei geht es um das eigene Leben, nicht darum, anderen diese religiöse Lebensweise aufzuzwingen. Auch die Meinungsfreiheit

schützt das Haben und Äußern von Meinungen, nicht aber das Aufzwingen der eigenen Meinung an Personen, die nicht ausweichen können (Pflichtberatung, wenige Kliniken) und/oder besonders verletzlich sind (existentielle intime Entscheidung).

Die betroffene Klinik in München musste „nur“ umziehen. Vergewaltigte Minderjährige in Argentinien, Brasilien und Polen mussten aufgrund religiös begründeter Hasskampagnen legale Schwangerschaftsabbrüche schließlich unter Bedingungen vornehmen lassen, welche das menschenrechtliche Folterverbot verletzen.⁴ In Deutschland sind alle staatlichen Stellen aufgerufen, das Recht auf Schutz der Intimsphäre, auf Gleichberechtigung, auf körperliche Unversehrtheit und auf Zugang zu medizinischer Versorgung durchzusetzen, denn diese Rechte gelten unteilbar auch für schwangere Personen.

2 VG München v. 12.05.2016 – M 22 K 15.4369.

3 Siehe nur Parliamentary Assembly, Resolution 1607 of 16 April 2008.

4 Grundlegend Ronli Sifris, Reproductive Freedom, Torture and International Human Rights. Challenging the Masculinisation of Torture, 2013.

DOI: 10.5771/1866-377X-2017-1-12

Der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland Stationen einer Reise mit Hindernissen

Christiane Tennhardt und Dr. Blanka Kothé

niedergelassene Fachärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe,
Berlin

Zeit: Donnerstagabend um 18.10 Uhr. Ort: Gynäkologische Praxis. Frau M., 37 Jahre alt, zwei Kinder, alleinerziehend, vor zwei Monaten nach langer Arbeitslosigkeit endlich wieder einen Job gefunden. Neue Beziehung seit fünf Monaten, Kondomunfall, sofort die „Pille danach“ genommen, trotzdem jetzt schwanger in einer frühen Woche. Sie möchte die Schwangerschaft nicht. Ich erkläre ihr das Prozedere.

Sie schaut mich ungläubig an, will nicht glauben, dass sie a) diese intime Angelegenheit mit einer fremden Person diskutieren muss, was sie in den letzten Tagen mit ihrem Partner durchgesprochen hat, b) dann drei Tage darüber nachdenken soll, was ihr jetzt schon klar ist. Sie möchte, dass ich den Schwangerschaftsabbruch so schnell wie möglich vornehme und zwar so, dass sie nicht auf Arbeit fehlen muss. Soweit der verständliche Anspruch der Klientin. Das Stragesetzbuch nach § 218 ist anderer Meinung.

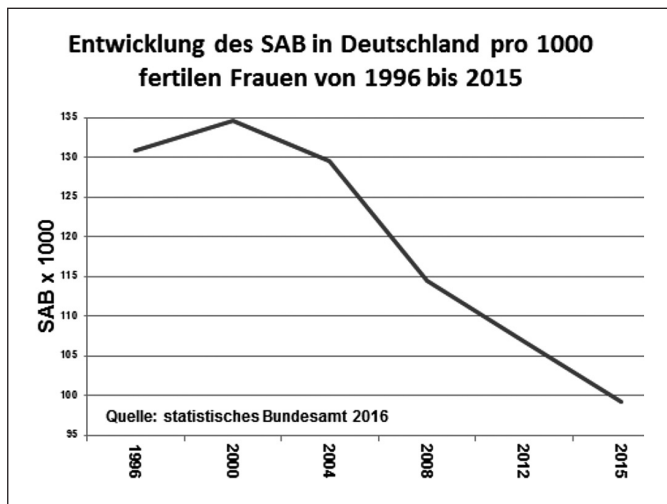
Bedingungen erfüllt werden. Dazu gehört eine Beratung, nicht bei der Ärzt_in des Vertrauens, sondern bei „berechtigten“ Ärzt_innen oder anerkannten Beratungsstellen. Die Schwangerschaftskonfliktberatung dient explizit dem „Schutz des ungeborenen Lebens“. Diese Regelung, welche Inhalte und Ort der „Beratung“ gesetzlich definiert, ist einmalig auf der Welt. In abgeschwächter Form besteht eine Pflicht zur „Beratung“ in Westeuropa noch in Belgien, Italien und Holland; wird dort allerdings als Gespräch mit einer Ärzt_in definiert. Viele Länder verzichten auf eine Pflichtberatung (optional bei Bedarf), z.B. Österreich, Schweiz, Frankreich und Schweden.

Seit Jahren nimmt die Zahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche ab (siehe Statistik Nr.1). Es entsteht der Eindruck, dass es hierzulande einfach ist, einen SAB durchführen zu lassen. Als Ärztin, die vor allem medikamentöse SABs durchführt, stehe ich vor einem Dschungel von Vorschriften und Auflagen.

Start der Reise: Wo finde ich Informationen und eine Ärzt_in?

Ärztliche Webseiten informieren über medizinische Leistungen. Nach § 219a StGB darf für einen SAB keine Werbung gemacht werden. Geben Ärzt_innen auf ihrer Website Hinweise auf diese medizinische Dienstleistung, laufen sie real Gefahr, von den sogenannten „Lebensschützern“ angezeigt zu werden. Also tun es die Gynäkolog_innen nicht. Wie findet man eine Ärztin, wenn man einen SAB wünscht? Nach dem Gesetz muss der Eingriff

Der Schwangerschaftsabbruch (SAB) ist immer noch Gegenstand des Stragesetzbuches und nur dann straffrei, wenn mehrere



▲ Statistik Entwicklung SAB in Deutschland

„von einem Arzt“ durchgeführt werden. Als Betroffene würde ich noch hinzufügen wollen: von einem „ausgebildeten Arzt“! Der SAB ist leider weder in der ärztlichen Ausbildung noch in der Mehrzahl der Ausbildungskrankenhäuser obligat verankert. Auf großen Kongressen und Fortbildungen in Deutschland sucht man vergeblich Angebote zum SAB. Außerdem haben alle Ärzt_innen und medizinisches Personal ein Weigerungsrecht (§ 12 SchKG), d.h. außer bei Lebensgefahr müssen sie keine SABs durchführen oder unterstützen, auch wenn sie im einzigen Krankenhaus der Region arbeiten.

Verspätungen!

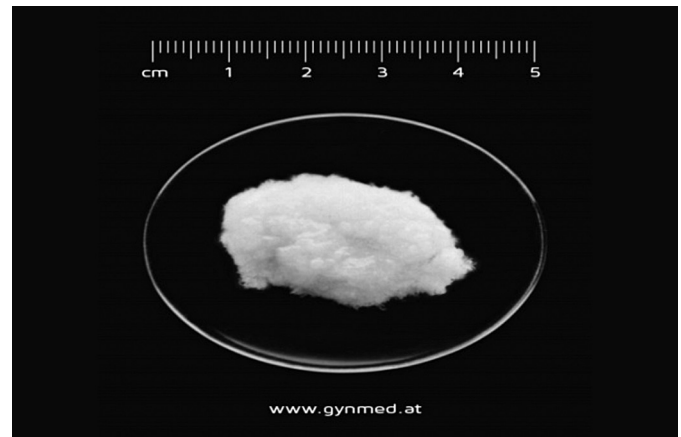
Was bei medizinischen Vorgängen normal ist, gilt für den SAB nicht, denn hier gibt es eine Bedenkzeit von drei Tagen gegenüber 24 Stunden bei anderen medizinischen Eingriffen. Meine Ärztin berät mich vor einem Eingriff und führt ihn dann durch. Das ist nach § 219 StGB nicht zulässig. Beratung und Durchführung müssen getrennt sein. Wie willkürlich solche Verordnungen sind, zeigt ein Blick ins Ausland: Bedenkzeiten variieren von drei bis zehn Tagen, in Belgien muss die beratende Institution auch den SAB durchführen. Es gibt aber auch Länder, in denen weder eine Beratungspflicht noch eine Bedenkzeit vorgeschrieben ist. Studien zeigten, dass eine Beratung nur bei sehr unentschlossenen Schwangeren etwas bringt, d.h. ein freiwilliges Angebot ist zu befürworten.

Das Ticket!

Die Kosten für einen SAB sind – im Vergleich zu anderen medizinischen Eingriffen – nicht Teil der Krankenkassenleistungen. Aber das „Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten“ (SchKG) regelt auch das. Der SAB muss im Allgemeinen selbst bezahlt werden (zwischen 300 und 600 Euro). Bei geringem Einkommen übernehmen die jeweiligen Bundesländer die Kosten, abgewickelt über die Krankenkassen. Dort muss die Betroffene eine Kostenübernahme beantragen. Jedes Bundesland hat eine andere Art, den SAB abzurechnen und zahlt unterschiedlich für ein und dasselbe Prozedere. In Schweden und der Schweiz ist der SAB eine medizinische Leistung und wird von der Krankenkasse bezahlt.

Schienenersatzverkehr, viele Umwege!

Neben dem operativen SAB (opSAB) gibt es die Möglichkeit, die Schwangerschaft mit Medikamenten (mSAB) zu beenden. Ein international anerkanntes, gut untersuchtes und bewährtes Vorgehen, vor allem bei frühen Schwangerschaftswochen (siehe Bild Nr.1).



▲ Bild einer sechsten Schwangerschaftswoche

Quelle: https://www.gynmed.at/sites/default/files/fruchtsack_6te_schwangerschaftswoche.jpg

Der medikamentöse SAB ist in der BRD bis zur neunten Woche nach letzter Monatsblutung erlaubt. Das benötigte Medikament Mifegyne® (Mifepriston) kann man nicht über ein Rezept in der Apotheke verordnen. Die Ärztin muss es bei der (einzigen) vertreibenden Firma bestellen, d.h. es gibt einen „Sondervertriebsweg“. Außerdem hat jedes Bundesland eigene Zulassungsbedingungen, welche Ärztin den medikamentösen SAB durchführen darf. Diese Informationen sind nicht einfach zu erfragen und es gibt bislang keine Aufstellung darüber. Einige Bundesländer haben keine, andere (z.B. Bayern) sehr strenge Auflagen. Das zweite Medikament, Cytotec®, wurde als Magen-Therapeutikum entwickelt und zugelassen. Vor mehr als 25 Jahren fing die Gynäkologie an, dieses Mittel zu benutzen. Es bringt die Gebärmutter dazu, sich zusammen zu ziehen und den Muttermund aufzumachen. Cytotec® hat hierzu in Deutschland keine Zulassung. Beide Medikamente, Mifegyne® und Cytotec®, stehen jedoch auf der Liste der „essentiellen Medikamente“ der Weltgesundheitsorganisation für die medizinische Basisversorgung eines Landes. 1999 wurde der medikamentöse SAB in der Schweiz und in Deutschland zugelassen. Im Nachbarland werden ca. 70 Prozent aller SABs mit den Medikamenten durchgeführt. In Deutschland waren es 2015 unter 19 Prozent mit sehr starken regionalen Unterschieden. In Bremen waren es nur 3,5 Prozent, in Berlin 30,5 Prozent. Dies liegt nicht an Unterschieden bei den Frauen, sondern an der Bereitschaft der Ärzt_innen, diese besonders schonende, aber administrativ komplizierte Methode anzubieten. Aber auch beim operativen SAB gibt es Probleme, ein Krankenhaus oder eine Ärzt_in zu finden, die den SAB durchführt. Nach § 13 Abs. 2 SchKG „... stellen die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von

Schwangerschaftsabbrüchen sicher“. In Bayern z.B. müssen Betroffene stundenlange Wege in Kauf nehmen, da es in ihrer Nähe keine durchführenden Ärzt_innen gibt. Zum einen liegt das an der allgemeinen Stigmatisierung, zum anderen gibt es bei Gynäkolog_innen eine zunehmend abweisende Haltung gegenüber dem SAB. Kommen die Länder ihrer gesetzlichen Pflicht nach? Wer kontrolliert das und nach welchen Kriterien?

Besondere Reisebedingungen

Noch bedenklicher ist die Situation für Frauen jenseits der 14. Woche nach letzter Blutung. Etwa vier Prozent aller SABs werden nach der 14. Schwangerschaftswoche – meist nach medizinischer Indikation – durchgeführt. Für sie gilt die Beratungsregelung nicht mehr. Die einzige Möglichkeit ist eine medizinische Indikation nach § 218a Abs. 2 StGB unter Berücksichtigung der Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis, „um Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, wenn die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann.“

Wie bei der Beratungsindikation darf die indizierende Ärzt_in nicht die Ausführende sein, d.h. die Schwangere muss eine Einrichtung finden, die auch Ärzt_innen hat, die ihn durchführen (siehe oben „Weigerungsrecht“). Die Wahlfreiheit der Abbruchmethode lassen wir jetzt ganz außen vor. Die Betroffene muss also großes Glück haben, um eine Indikation und die entsprechende medizi-

nische Dienstleistung des SAB zu erhalten. Rückt der Zeitpunkt der Lebensfähigkeit des Fötus näher, wird beides faktisch nahezu unmöglich. Etwa 1.000 Frauen pro Jahr wählen den einfacheren Weg nach Holland (700-1000 Euro plus Reisekosten). Sie könnten strafrechtlich belangt werden. Was heißt es aber, wenn bei der Pränatal-Diagnostik (PND) eine schwere Beeinträchtigung des Fötus festgestellt wird? Dies ist kein Grund für einen SAB! Die Indikation beruht auch hier auf der ärztlichen Einschätzung, dass durch die Befunde der PND die seelische Gesundheit der Schwangeren gefährdet ist. Zusätzlich verpflichtet § 2a SchKG seit 2010 zum Angebot einer psychosozialen Beratung und einer dreitägigen Frist zwischen Diagnose und Indikation. Dann folgt die Suche nach einer durchführenden Klinik. Viele Kliniken verlangen vor dem SAB das „Abtöten“/Fetozid des Fötus im Mutterleib, besonders ab der 24. Woche, da dann die Lebensfähigkeit gegeben ist. Einige Kliniken führen – gesetzesfern – Ethikkommissionen ein, die über die Indikation entscheiden. Neuerdings jedoch droht den wenigen Kolleg_innen, die die Betroffenen gut in diesen schwierigen Situationen begleiten und eine professionelle Betreuung gewährleisten, die Kriminalisierung. So kam es kürzlich in Berlin nach einem Spätabbruch zu einer Anzeige durch angrenzende Berufsgruppen und entsprechenden Krisengesprächen. In der Folge könnte es in Berlin gar keine späten SABe mehr geben. Schlusswort: Dass Frauen auch ohne Gesetze ihre Rechte auf einen Schwangerschaftsabbruch regeln können, zeigt Kanada. Dort gibt es seit 1984 keinerlei gesetzliche Bestimmungen mehr. Es geht auch ohne staatliche Bevormundung!

DOI: 10.5771/1866-377X-2017-1-14

Reproduktive Gesundheit von Migrantinnen in prekären Aufenthaltsituationen

Prof. Dr. Dorothee Frings

Mitglied der djb-Kommission Recht der sozialen Sicherung, Familienlastenausgleich, Mitglied im Arbeitsstab Flüchtlinge, Professorin für Verfassungs-, Verwaltungs- und Sozialrecht für die Soziale Arbeit am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule Niederrhein, Mönchengladbach

Als prekär sollen in Hinblick auf die hier in Rede stehende Teilhabe an sozialen Rechten die Aufenthaltsituationen von Drittstaatsangehörigen gelten, die unter § 1 AsylbLG fallen. Erfasst werden also geflüchtete Frauen während eines Asylverfahrens, Frauen, deren Abschiebung ausgesetzt wird (Geduldete) oder die in sonstiger Weise ausreisepflichtig sind sowie Frauen mit einer humanitären Aufenthaltserlaubnis, die lediglich einen vorübergehenden rechtmäßigen Aufenthalt gestattet. Diese Gruppe ist bereits deshalb von der „Bürgerversicherung“ ausgeschlossen, weil die Versorgung nach dem AsylbLG als vorrangig gilt (§ 5 Abs. 11 Satz 3 SGB V). Personen nach § 1

AsylbLG erhalten in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts Regelleistungen nach § 3 AsylbLG und ab dem 16. Monat sogenannte „Analogleistungen zum SGB XII“ nach § 2 AsylbLG. Ein Wechsel in die „Analogleistungen“ erfolgt nicht, wenn den Betroffenen vorgeworfen wird, die Dauer ihres Aufenthalts rechtsmissbräuchlich beeinflusst zu haben (z.B. keine Mitwirkung bei der Passbeschaffung). In den ersten 15 Monaten erfolgt die medizinische Versorgung auf Grundlage von § 4 Abs. 1 AsylbLG. Eine Erkrankung muss akut oder schmerzhaft sein, um einen Behandlungsanspruch auszulösen. Diese Reduzierung der Gesundheitsleistungen auf die Notfallbehandlung lässt sich mit Art. 12 UN-Sozialcharta, die unabhängig vom Aufenthaltsstatus „ein Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand“ zuspricht, ebenso wenig vereinbaren wie mit der Menschenwürdegarantie nach Art. 1 Abs. 1 GG¹ oder nach

1 Zur Frage der migrationspolitischen Relativierbarkeit der Menschenwürde: BVerfG v. 18.7.2012 – 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11.