

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

Reproduktive Rechte

Ulrike Lembke

REPRODUKTIVE RECHTE
ALS GLEICHE FREIHEIT

Roman Birke

KLEINE GESCHICHTE
DER MODERNEN
REPRODUKTIONSPOLITIK

Anthea Kyere · Susanne Schultz

REPRODUKTIVE
GERECHTIGKEIT

Liane Wörner · Irme Stetter-Karp

ENTKRIMINALISIERUNG
DES SCHWANGER-
SCHAFTSABBRUCHS?
ZWEI PERSPEKTIVEN

Daphne Hahn

REPRODUKTIVE
GESUNDHEIT

Catherina Hinz

30 JAHRE
KAIRO-KONFERENZ

APuZ

ZEITSCHRIFT DER BUNDESZENTRALE
FÜR POLITISCHE BILDUNG

Beilage zur Wochenzeitung Das **Parlament**



Reproduktive Rechte

APuZ 43–44/2024

ULRIKE LEMBKE

REPRODUKTIVE RECHTE ALS GLEICHE FREIHEIT

Reproduktive Rechte sind ein voraussetzungs-
volles Konzept, dessen Durchsetzung auch im
deutschen Recht noch immer auf Widerstand
stößt. Die mit ihm aufgeworfenen Fragen von
Freiheit und Gleichheit gehen weit über die
Frage des Schwangerschaftsabbruchs hinaus.

Seite 04–10

ROMAN BIRKE

KLEINE GESCHICHTE DER MODERNEN REPRODUKTIONSPOLITIK

Die Geschichte moderner Reproduktionspolitik
erstreckt sich vom 18. Jahrhundert bis heute. Im
Laufe der Zeit haben sich nicht nur reproduktions-
politische Vorstellungen gewandelt, sondern
auch das technisch-medizinische Wissen und die
Idee individueller Rechte.

Seite 11–16

ANTHEA KYERE · SUSANNE SCHULTZ

REPRODUKTIVE GERECHTIGKEIT

Reproduktive Gerechtigkeit ist ein transnational
„reisendes“ Konzept, das vermehrt auch im
deutschen Diskurs präsent ist. Ein Blick auf
hiesige Reproduktionsverhältnisse zeigt vielfache
Dimensionen von Unterdrückung, aber auch
Potenziale für bewegungspolitische Allianzen.

Seite 17–22

LIANE WÖRNER · IRME STETTER-KARP

ENTKRIMINALISIERUNG DES SCHWANGER- SCHAFTSABBRUCHS? ZWEI PERSPEKTIVEN

Mit der Vorlage des Abschlussberichts der
Kommission zur reproduktiven Selbstbestim-
mung und Fortpflanzungsmedizin erhält auch
die Frage, ob der Schwangerschaftsabbruch in
Deutschland weiter strafrechtlich sanktioniert
werden soll und muss, neue Dringlichkeit.

Seite 23–33

DAPHNE HAHN

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

Historische und gesellschaftliche Einflüsse prä-
gen die Zugänge zu reproduktiver Gesundheit.
Notwendig ist ein gleichberechtigter Zugang zu
reproduktiven Dienstleistungen – als Ausdruck
sozialer Gerechtigkeit und individueller Ent-
scheidungsfreiheit.

Seite 34–40

CATHERINA HINZ

30 JAHRE KAIRO-KONFERENZ

Die Ergebnisse der Internationalen Bevölke-
rungskonferenz der Vereinten Nationen in
Kairo 1994 kamen einem Paradigmenwechsel im
Bereich sexueller und reproduktiver Gesundheit
und Rechte gleich. Heute geht es darum, die
Fortschritte von damals zu verteidigen.

Seite 41–46

EDITORIAL

Als der Oberste Gerichtshof der USA im Juni 2022 das bundesweite Recht auf Abtreibung kippte, das er selbst 1973 in seinem Grundsatzurteil „Roe v. Wade“ etabliert hatte, war dies nicht nur für die US-Gesellschaft folgenreich. Auch außerhalb der Vereinigten Staaten rückte die Frage des Schwangerschaftsabbruchs wieder stärker in den Fokus gesellschaftlicher und politischer Auseinandersetzungen. Hierzulande hatten SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP schon Ende 2021 in ihrem Koalitionsvertrag vereinbart, die reproduktive Selbstbestimmung und Gesundheit insbesondere von Frauen weiter stärken zu wollen. Unter anderem setzte die Bundesregierung eine Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin ein, die auch eine Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafrechts prüfen sollte.

Bei reproduktiven Rechten geht es jedoch um weit mehr als um Fragen des Abtreibungsrechts. Der Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen, eine ausreichende Hebammenversorgung oder finanzielle und soziale Unterstützung während und nach der Schwangerschaft sind ebenso wichtig wie die Frage des Zugangs zu Verhütungsmitteln, das Recht auf reproduktive Gleichberechtigung in der Partnerschaft, das Verbot von Zwangssterilisationen, der Umgang mit Menschen mit Behinderung oder eine Gesundheitsversorgung ohne rassistische oder andere Formen der Diskriminierung.

Wie umfangreich – oder restriktiv – reproduktive Rechte ausgestaltet sind, erzählt viel über den Wert der Gleichheit in einer Gesellschaft und die Qualität ihres Zusammenlebens. Im Kern geht es um die Frage, wie es einer Gesellschaft, die sich selbst als frei und gleich versteht, gelingen kann, unterschiedliche Rechtsansprüche auf faire Weise auszutarieren. Während der US Supreme Court die Beantwortung dieser Frage im Falle des Schwangerschaftsabbruchs neuerdings den politischen Mehrheiten in den Bundesstaaten überlässt, gilt in Deutschland eine maßgeblich durch das Bundesverfassungsgericht vorgegebene Regelung. Den Konflikt dauerhaft zu befrieden, vermochten beide Wege bislang nicht.

Sascha Kneip

REPRODUKTIVE RECHTE ALS GLEICHE FREIHEIT

Ulrike Lembke

Bereits die Frauenbewegungen in Kaiserreich und Weimarer Republik erhoben politische Forderungen, wie wir sie heute mit dem Terminus „reproduktive Rechte“ verbinden: Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, angemessene Hebammenversorgung, Mutterschutz inklusive Lohnfortzahlung und Kündigungsschutz, medizinische und finanzielle Unterstützung während der Schwangerschaft und nach der Geburt, unentgeltliche Kinderbetreuung von angemessener Qualität, Zugang zu Verhütungsmitteln und Schwangerschaftsabbrüchen als Leistungen der Krankenhilfe, Gleichberechtigung der Frau in der Ehe sowie Nichtdiskriminierung unverheirateter Mütter und ihrer Kinder.

Viele dieser Forderungen wurden in der zweiten Frauenbewegung ab den 1960er Jahren („Das Private ist politisch!“) wieder aufgegriffen, etliche sind bis heute unerfüllt. Zugleich darf beim Blick auf die Geschichte feministischer Rechtskämpfe nicht übersehen werden, dass Kolonialrassismus und eugenische Vernichtungsfantasien seinerzeit nicht adressiert wurden. Sie waren selbst Bestandteil emanzipatorischer Rhetoriken und wurden normalisiert oder unsichtbar gemacht. Es bleibt eine der großen Herausforderungen, reproduktive Rechte gegen antinatalistische Ausgrenzung einerseits und gegen Unterdrückung durch einen pronatalistischen Zwang zur Mutterschaft andererseits zu formulieren. Die Konzepte reproduktiver Gerechtigkeit und reproduktiver Menschenrechte bieten hier wichtige Ansätze.

REPRODUKTIVE GERECHTIGKEIT: FREIHEIT FÜR WEN?

Reproduktive Rechte sind ein umfassendes Konzept. Mit ihnen verbinden sich nicht nur die oben genannten Forderungen, sondern auch sichere und gewaltfreie Geburten, Schutz und Unterstützung von schwangeren und stillenden Personen, das Verbot von Zwangssterilisationen, die Verhütung und Behandlung von Unfruchtbarkeit oder

der Zugang zu altersgerechten und vertraulichen Informationen über sexuelle und reproduktive Rechte. Ebenfalls erfasst sind allgemein zugängliche Beratungsangebote, eine altersgerechte und zielgruppenorientierte Sexualpädagogik, eine reproduktive Gesundheitsversorgung ohne Diskriminierung aufgrund rassistischer Zuschreibung, Staatsangehörigkeit oder Aufenthaltsstatus, die Elternassistenz für Menschen mit Behinderungen, die Anerkennung von Elternschaft unabhängig von Geschlecht oder sexueller Orientierung und eine inklusive Gesellschaft, in der Kinder gut aufwachsen können. Kurzum: Reproduktive Rechte sind umfangreich und voraussetzungsvoll – und berühren grundlegende Fragen des Zusammenlebens in demokratischen Gemeinwesen.

Dennoch fokussieren politische Auseinandersetzungen und die mediale Aufmerksamkeit immer wieder allein auf die Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Das ist einerseits berechtigt, weil die Auferlegung einer Austragungspflicht, erzwungene Schwangerschaften und Zwangsgeburten fundamentale Eingriffe in die körperliche Integrität, Autonomie, Intimsphäre, Persönlichkeit und Zukunft der Betroffenen sind. Andererseits birgt eine solche Fokussierung die Gefahr, dass die Dimension antinatalistischer Repression ebenso verschwindet wie die Breite und Vielfalt reproduktiver Rechte.

In den USA hatten feministische Bewegungen in den 1970er Jahren erfolgreich das Recht auf Schwangerschaftsabbruch als Recht auf Privatheit eingeklagt. Der Supreme Court folgte 1973 in seiner Grundsatzentscheidung *Roe v. Wade* der Argumentation, dass die Frage der Fortsetzung einer Schwangerschaft so höchstpersönlich sei, dass der Staat sich hier nicht einmischen dürfe. Aus Schwarzen emanzipatorischen Bewegungen wurde aber bereits früh kritisiert, dass der Kampf um eine individuelle und private Freiheit vom Staat überwiegend privilegierten *weißen* Frauen helfe.⁰¹ Ausgeblendet werde die reproduktive Unterdrückung von Menschen, die von

Armut und Ausgrenzung, Rassismus oder intersektionaler Diskriminierung betroffen sind – und die sich Verhütungsmittel oder einen Schwangerschaftsabbruch entweder nicht leisten können oder umgekehrt daran gehindert werden, Kinder zu bekommen.

Im Juni 1994 entwickelten zwölf Schwarze Frauen im Rahmen einer Konferenz zur Gesundheitsreform in Chicago das Konzept reproduktiver Gerechtigkeit (*reproductive justice*), das reproduktive Rechte (*reproductive rights*) und soziale Gerechtigkeit (*social justice*) miteinander verbindet.⁰² Das Konzept umfasst auch den Schwangerschaftsabbruch, möchte ihm aber keinen politischen Vorrang vor dem Verbot von ungewollten Sterilisationen, der Garantie von Elternassistenten, Geburtshilfe oder Mutterschutz einräumen. Vielmehr geht es um die Diversität reproduktiver Interessen und Bedürfnisse, um die tatsächliche Ausübung reproduktiver Rechte durch marginalisierte und unterdrückte Gruppen – nicht um ein Recht, das sich manche leisten können und andere eben nicht – und um die solidarische politische Arbeit gegen Ausgrenzung, Abwertung, Benachteiligung und Verdrängung „unerwünschter“ Bevölkerungsgruppen.

DER LANGE SCHATTEN DER BEVÖLKERUNGSPOLITIK

Auch Deutschland hat eine lange Tradition menschenverachtender Bevölkerungspolitiken.⁰³ Im nationalsozialistischen Deutschland wurden rassenideologisch erwünschte „arische“ Familien durch eine Vielzahl familienpolitischer Leistungen unterstützt, sofern sie nicht arm, krank oder „politisch unzuverlässig“ waren; der ideologische Kult um „die deutsche Mutter“ ging so weit, dass der Schwangerschaftsabbruch durch „arische“ Frauen sogar mit der Todesstrafe geahndet wurde. Zugleich wurden mit rassenideologischen Begründungen sechs Millionen europäische

Jüdinnen*Juden, 500 000 Sinti*zze und Rom*nja und 300 000 Menschen mit Behinderungen oder Krankheiten ermordet sowie ungefähr 400 000 Menschen mit Behinderungen zwangssterilisiert.⁰⁴

Die ideologische Mischung von Vererbungslehre, Sozialdarwinismus und Rassenideologie war nicht neu. Schon das Deutsche Kaiserreich war geprägt von großen Degenerationserzählungen, wonach der erwünschten gesunden, *weißen* deutschen Familie durch die Zunahme von „Erbkrankheiten“, die „Vermischung“ mit oder Ausbreitung von „niederen Rassen“ und durch Alkoholismus oder mangelnden Arbeitswillen der „Unterschicht“ die Verdrängung beziehungsweise der Untergang drohe. Auch in der Weimarer Republik wurden „rassenhygienische“ und eugenische Vorstellungen in allen politischen Lagern, von völkisch-national bis emanzipatorisch, vertreten. Rassistisch begründete oder als „Euthanasie“ verharmloste Massenmorde an nicht-*weißen* oder behinderten Menschen wurden offen propagiert – nicht selten als „Wissenschaft“ deklariert und untrennbar verbunden mit der Förderung der „richtigen“ Familie.

Manche dieser bevölkerungspolitischen Ansichten und Praktiken setzten sich auch nach 1945 fort: Die Vergabe von Verhütungsmitteln mit dem Effekt der Sterilisation an Frauen mit Behinderungen ohne deren Einverständnis geschieht auch heute noch, faktisch sterilisierende geschlechtsanpassende Operationen an intergeschlechtlichen Kleinkindern sind erst seit 2021 grundsätzlich verboten. Bis 2011 mussten sich Trans*-Personen sterilisieren lassen, wenn sie ihren Geschlechtseintrag ändern wollten. Geflüchtete Frauen, Migrantinnen und Schwarze Menschen erleben unprofessionelle oder gar schädigende medizinische Behandlungen. Sinti*zze und Rom*nja werden regelmäßig Leistungen der Familienförderung vorenthalten, Menschen mit Behinderungen erhalten oft nicht die notwendige Elternassistenten, und gleichgeschlechtliche Paare haben es nach wie vor schwer, als Eltern anerkannt zu werden.⁰⁵

01 Zur Schreibweise: Die Schreibung der Begriffe *weiß* und *Schwarz* soll deutlich machen, dass es sich um soziale (Herrschafts-) Konstruktionen handelt; die Irritation des Leseflusses ist beabsichtigt.

02 Vgl. Loretta J. Ross/Rickie Solinger, *Reproductive Justice*. An Introduction, Oakland 2017, S. 9 ff.; Zakiya Luna/Kristin Luker, *Reproductive Justice*, in: *Annual Review of Law and Social Science* 9/2013, S. 327–352. Siehe auch den Beitrag von Anthea Kyere und Susanne Schultz in dieser Ausgabe (*Anm. d. Red.*).

03 Siehe auch die Beiträge von Roman Birke und Catherina Hinz in dieser Ausgabe (*Anm. d. Red.*).

04 Vgl. mit vielen Nachweisen Ulrike Lembke, *Familienrecht „ohne Geschlecht“? – Familienrecht ohne Geschlechtsdiskriminierung!*, in: Anne Röthel/Bettina Heiderhoff (Hrsg.), *Geschlecht im Familienrecht – eine überholte Kategorie?*, Frankfurt/M. 2023, S. 87–196, hier S. 121 ff.

05 Vgl. Theresa Anna Richarz, *The State's Hands in Our Underpants. Rechtliche Regulierung von Reproduktion in Deutschland*, in: Marie Fröhlich/Ronja Schütz/Katharina Wolf (Hrsg.), *Politiken der Reproduktion*, Bielefeld 2022, S. 47–67, m. w. N.

REPRODUKTIVE MENSCHENRECHTE

Artikel 16 (e) der UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) und Artikel 23 Absatz 1 (b) der UN-Behindertenrechtskonvention (CRPD) garantieren explizit das Recht von Frauen und Menschen mit Behinderungen auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersabstand ihrer Kinder sowie die hierfür notwendigen Informationen und Mittel.⁰⁶ Alle UN-Menschenrechtsausschüsse zählen reproduktive Rechte zum Kernbestand der Menschenrechte. Diese umfassen sowohl Aspekte der Selbstbestimmung und der reproduktiven Entscheidung frei von Gewalt, Zwang oder Diskriminierung als auch Ansprüche auf staatliches Tätigwerden und staatliche Leistungen im Sinne sozialer Infrastruktur, also das Vorhandensein von Ärzt*innen, Krankenhäusern, medizinischen Leistungen und Mitteln sowie Informationen.⁰⁷

Menschenrechtliche Verpflichtungen haben stets drei Dimensionen: Achtung, Schutz und Gewährleistung (*respect, protect, fulfil*). Der Staat muss also das Recht auf reproduktive Gesundheit achten und darf sich grundsätzlich nicht in reproduktive höchstpersönliche Entscheidungen einmischen, erst recht nicht auf diskriminierende Art und Weise. Er muss reproduktive Rechte vor Angriffen und Eingriffen durch staatliche Stellen oder private Dritte schützen, aber auch vor unsachgemäßer oder unterlassener medizinischer Versorgung aufgrund von Vorurteilen oder fehlenden Ressourcen. Und er muss aktiv Maßnahmen ergreifen, um reproduktive Gesundheit für alle Menschen zu gewährleisten.

Alle UN-Menschenrechtsverträge haben in Deutschland gemäß Artikel 59 Absatz 2 Grundgesetz (GG) innerstaatliche Verbindlichkeit erlangt. Gesetzgeber, Regierungen, Verwaltungen und Gerichte müssen sie als Bestandteil der deutschen Rechtsordnung beachten und anwenden. Zugleich gelten die Menschenrechtsverträge als internationales Recht weiter; das gesamte deutsche Recht, einschließlich des Grundgesetzes, ist in ihrem Lichte auszulegen und zu praktizieren.

06 Siehe auch den Beitrag von Daphne Hahn in dieser Ausgabe (Anm. d. Red.).

07 Vgl. Ulrike Lembke, Reproduktive Selbstbestimmung und reproduktive Gerechtigkeit - ein intersektionaler Menschenrechtsansatz, in: GENDER 1/2024, S. 11–25.

Faktisch jedoch ist der deutsche Rechtsdiskurs nur wenig menschenrechtsfreundlich ausgestaltet – insbesondere die Spruchpraxis der UN-Menschenrechtsausschüsse wird häufig ignoriert. Damit werden nicht nur reproduktive (Menschen-) Rechte, sondern auch zentrale Garantien unserer Verfassung missachtet.

GLEICHE FREIHEIT UND IHRE VORAUSSETZUNGEN

Reproduktive Rechte sind im Grundgesetz durch das Recht auf Gesundheit und Freiheit, Gleichberechtigung und Nichtdiskriminierung, Menschenwürde und Gleichheit, Familienschutz und körperliche Integrität gesichert. Doch die umfassenden Gewährleistungen werden kaum entfaltet.

Traditionell war der deutsche Rechtsdiskurs von einem liberalistischen Verständnis geprägt, das allein Freiheit vom Staat postulierte und das vorgebliche Vorhandensein von Freien und Gleichen als unhinterfragten und entkontextualisierten Maßstab setzte. Damit wurden hauptsächlich die Freiheiten eher überschaubarer privilegierter Gruppen geschützt. Die (zu Recht) gelobten Freiheitsrechte des Grundgesetzes gewinnen jedoch erst dann an Kontur und Substanz, wenn nach ihren Voraussetzungen und nach Konzepten *gleicher* Freiheit gefragt wird. Die Berücksichtigung der Bedingungen individueller Freiheitsrechte, wie sie seit einigen Jahren in Teilen des deutsch(sprachig)en Rechtsdiskurses erfolgt, ist deshalb sehr zu begrüßen.⁰⁸ Gehaltvolle Konzepte von Selbstbestimmung in Verbindung mit Nichtdiskriminierung und materialer Gleichheit sind auch innovativen rechtswissenschaftlichen Befassungen mit reproduktiver Autonomie zu verdanken.⁰⁹

Die individuelle Freiheit *vom* Staat wird angesichts struktureller sozialer Ungleichheiten ergänzt um die Verantwortung *des* Staates für gleiche Freiheit, damit diese nicht zur leeren Phrase wird. Da das Grundgesetz keine ausbuchstabier-

08 Vgl. Susanne Baer/Ute Sacksofsky (Hrsg.), *Autonomie im Recht – Geschlechtertheoretisch vermessen*, Baden-Baden 2018; Angelika Siehr, *Das Recht am öffentlichen Raum. Theorie des öffentlichen Raumes und die räumliche Dimension von Freiheit*, Tübingen 2016.

09 Vgl. Andrea Büchler, *Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung. Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens*, Basel 2017; Laura Anna Klein, *Reproduktive Freiheiten*, Tübingen 2023.

ten sozialen Rechte kennt, sichert dieser Zugriff die tatsächliche Wirksamkeit von Freiheitsrechten – auch für bislang ausgeschlossene und diskriminierte Gruppen. Zugleich nähert sich die Grundrechtsdogmatik damit der menschenrechtlichen Pflichtentrias an, nach der es eben nicht genügt, dass der Staat Freiheitsrechte nicht selbst verletzt. Er muss auch vor Verletzungen durch Dritte schützen sowie die faktischen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Freiheitsrechten diskriminierungsfrei gewährleisten. Reproduktive Rechte beruhen nicht nur auf Selbstbestimmung und Autonomie, sondern betreffen auch Gleichberechtigung und Menschenwürde, Antidiskriminierung und Schutz der Familie.

Gleichberechtigung

Das Grundrecht auf Gleichberechtigung in Artikel 3 Absatz 2 GG musste erst erkämpft werden, denn die Väter des Grundgesetzes fürchteten um ihr patriarchales Familienrecht. Immer wieder mahnte das Bundesverfassungsgericht die Beachtung dieser „echten Rechtsnorm“ an. Doch noch Ende der 1980er Jahre hatte die Bundesrepublik im westeuropäischen Vergleich ein erhebliches Modernisierungsdefizit in Bezug auf die Geschlechterverhältnisse:¹⁰ Staatliche Gleichstellungspolitik existierten kaum, das Familienrecht war konservativ geprägt, die ökonomische Benachteiligung von Frauen eklatant, geschlechtsbezogene Gewalt wurde totgeschwiegen.

Im Zuge der Deutschen Einheit brachten Millionen neuer Staatsbürger*innen andere Erfahrungen und Erwartungen in Bezug auf die Geschlechterverhältnisse ein. Das alte bundesrepublikanische System, das sich selbst als umfassend überlegen begriff, geriet unter Druck. Der Konflikt kulminierte nicht in Fragen der Kinderbetreuung oder des Gesundheitssystems, sondern im Streit über den Schwangerschaftsabbruch. Im Koalitionsvertrag der ersten und letzten frei gewählten Regierung der DDR wurden parteiübergreifend „umfangreiche Beratungs-, Aufklärungs- und Unterstützungsangebote sowie kostenlose Bereitstellung der Kontrazeptiva für Frauen bei Beibehaltung der Fristenregelung“ vereinbart. Nach Artikel 31 Absatz 4 des Einigungsvertrages galt daher ab 1990 in den alten

Bundesländern die Indikationenregelung, in den neuen Ländern die Fristenregelung.

In der Nacht vom 25. auf den 26. Juni 1992 beschloss der Deutsche Bundestag dann mit klarer Mehrheit den gesamtdeutschen Kompromiss einer Fristenregelung mit Beratungspflicht. Dies hätte der Startschuss für eine gesamtdeutsche Modernisierung reproduktiver Rechte und Gleichberechtigung insgesamt sein können, doch das Gegenteil trat ein. Die beschlossene Regelung kam nie zur Anwendung, sondern wurde 1993 durch das Bundesverfassungsgericht – mit fünf zu drei Stimmen – für verfassungswidrig erklärt. Der westdeutsche Rechtsdiskurs, nahezu ausschließlich von männlichen Juristen geführt, konzipierte den Schwangerschaftsabbruch als Tötungsdelikt statt als medizinische Dienstleistung; Grundrechte der Schwangeren wurden ignoriert oder als „hedonistische Selbstverwirklichung“ gegen die „natürliche Bestimmung“ zur Mutterschaft verunglimpft; Forderungen nach Gleichberechtigung wurden pauschal zu „DDR-Unrecht“ erklärt.¹¹

Wer die seit 1995 geltende Fassung der §§ 218ff. StGB als „Kompromiss“ bezeichnet, verfälscht die Geschichte. Dies ist nur die mit großer Verspätung und knapper parlamentarischer Mehrheit erfolgte Umsetzung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, mit welcher der über Monate umstrittene und am 26. Juni 1992 errungene große Kompromiss gekippt wurde. Nebenbei wurde auch die Gleichstellung von Frauen auf unbestimmte Zeit vertagt.

Bis heute zeigen die fortwährende Lohnungleichheit zwischen Männern und Frauen (Gender Pay Gap), die ungerechte Verteilung von Sorgearbeit, die sinkende politische Beteiligung von Frauen oder die Zunahme geschlechtsbezogener Gewalt das Ausmaß der verpassten Chancen, im Zuge der Deutschen Einheit patriarchale Strukturen zu überwinden und bessere Bedingungen für die nächste Generation zu schaffen.

Menschenwürde

Die Menschenwürde steht am Anfang des Grundgesetzes, sie bindet und verpflichtet alle staatliche Gewalt. Mit ihr wird deutlich, dass der Staat

¹⁰ Vgl. Ute Gerhard, *Für eine andere Gerechtigkeit. Dimensionen feministischer Rechtskritik*, Frankfurt/M.–New York 2018, S. 293ff., m. w. N.

¹¹ Vgl. Ulrike Lembke, *Verpasste Modernisierung. Die Konsolidierung patriarchaler Staatlichkeit in juristischen Diskursen über die gesamtdeutsche Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs 1990 bis 1993*, in: *Ariadne* 77/2021, S. 182–203.

um des Menschen willen da ist und nicht umgekehrt – und dass niemand zum reinen Objekt staatlicher Politiken gemacht werden darf. Eine Formulierung wie in der Weimarer Reichsverfassung, wonach der Schutz der Ehe der „Erhaltung und Vermehrung der Nation dient“, ist damit ausgeschlossen. Reproduktive Rechte stehen nicht unter dem Vorbehalt staatlicher Nützlichkeitsabwägungen und Bevölkerungspolitiken.

Damit kaum vereinbar ist die Annahme einer „Austragungspflicht“ für alle (auch ungewollt) Schwangeren, wie sie das Bundesverfassungsgericht 1993 postuliert hat. Vor der extrauterinen Lebensfähigkeit kann der Staat den Embryo oder Fötus nicht ohne oder gegen die Schwangere schützen, weil er ihn nicht wie ein Kind aus der Familie herausnehmen und durch staatlich Beauftragte versorgen lassen kann. Mit einer strafbewehrten Austragungspflicht macht der Staat die Schwangere zum *Objekt* der Erfüllung seiner Schutzpflichten. Diese Aufhebung des Subjektstatus von Schwangeren ist verfassungsrechtlich nicht begründbar.

Dabei ist das dystopische Potenzial noch gar nicht ausgeschöpft: Sind Schwangere und Embryo erst einmal juristisch getrennt und wird der Embryo entgegen der gesamten deutschen (und internationalen) Rechtsordnung¹² in seiner Rechtssubjektivität einem geborenen Kind gleichgestellt, sind nahezu unbegrenzte staatliche Zugriffe auf Körper, Persönlichkeit und Leben der Schwangeren eigentlich nur konsequent. In den USA sind bereits Drogen konsumierende oder zu „gefährlichem Verhalten“ neigende Schwangere staatlicher Kontrolle bis hin zu erzwungenem Gewahrsam unterstellt. Fortschreitende ärztliche Überwachung und Medikalisierung von Schwangerschaft und Geburt könnten ein staatlich durchzusetzendes Recht des Embryos auf pränatale Untersuchungen und pränatale Therapien unter Verzicht auf das Einverständnis der Schwangeren plausibel

12 Nach § 1 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) beginnt die Rechtsfähigkeit des Menschen mit der Vollendung der Geburt. Dies gilt ausnahmslos; so fingiert § 1923 Absatz 2 BGB nicht etwa eine Erbfähigkeit des Fötus, sondern umgekehrt den Eintritt des Erbfalls erst nach der Geburt. Überlegungen zu einem pränatalen Sorgerecht sind daher grober Unfug. Schon die gegenüber § 211 ff. eigenständige Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs in §§ 218 ff. StGB belegt, dass die Geburt eine wesentliche rechtliche Zäsur ist. Und auch die UN-Kinderrechtskonvention ist kein Embryonenschutzvertrag, sondern gilt allein für (geborene) Kinder.

machen.¹³ Ein pränataler „Kindesschutz“ (oder vielmehr: staatlicher Embryonenschutz) könnte unbegrenzte staatliche Eingriffe ermöglichen; pränatale Sorgerechtsstreitigkeiten wären plötzlich ebenso denkbar wie eine Haftung der Mutter für postnatale Schäden des Kindes, wenn ihr ein „Fehlverhalten“ während der Schwangerschaft nachgewiesen werden kann.

Antidiskriminierung

Seit 1949 ist in Artikel 3 Absatz 3 GG das Verbot der Diskriminierung aufgrund der „Rasse“ verankert. Gemeint waren und sind alle Erscheinungsformen von Antisemitismus, Rassismus und Antiziganismus. Obwohl rassistische Diskriminierung in Deutschland täglich geschieht, blieb das Diskriminierungsverbot über Jahrzehnte eine vergessene Norm. Doch rassistische Bevölkerungspolitiken wirken weiter. Geflüchtete Frauen erhalten keine reproduktive Gesundheitsversorgung, (potenzielle) Eltern mit Migrationsgeschichte keine Familienförderung. Da Rassismus und Armut oft eng verknüpft sind, leiden von Rassismus Betroffene auch vermehrt unter Einsparungen im Gesundheitssystem und bei Geburtshilfe, Nachsorge oder Mutterschutz. Reproduktive Gerechtigkeit und Antidiskriminierung aus Artikel 3 Absatz 3 GG sind untrennbar miteinander verbunden.

Obwohl das Grundgesetz in weiten Teilen als Antwort auf den Nationalsozialismus verstanden wird, war es lange Zeit ebenfalls blind für die Diskriminierung behinderter Menschen. Anstaltsmorde und Zwangssterilisationen wurden nach 1949 kaum öffentlich diskutiert, anerkannt oder gar entschädigt. Erst 1994 wurde der Schutz vor Benachteiligung wegen Behinderung in Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 GG eingefügt. Dennoch erhielten Frauen mit Lernschwierigkeiten („geistige Behinderung“) weiter gesundheitsschädliche Verhütungsmittel, die zu ihrer Unfruchtbarkeit führten. Vom betreuenden Personal, Eltern oder Ärzt*innen wurden sie über diesen Effekt häufig nicht aufgeklärt oder sogar gezielt getäuscht, und der deutsche Staat ergriff keine effektiven Maßnahmen gegen diese menschenrechtswidrigen Zwangssterilisationen. Menschen mit Behinderungen wird oft auch die notwendige Elternassistenz verwehrt; Eltern von Kindern mit Behinderungen berichten über endlose Kämpfe um ihnen

13 Vgl. Büchler (Anm. 9), S. 94ff.

rechtlich zustehende Unterstützung, beständige Diskriminierung und erhebliche gesellschaftliche Feindseligkeit.

Die Entsolidarisierung wird verschärft durch die Fortentwicklung pränataler diagnostischer Methoden, die weniger auf therapierbare Erkrankungen zielen als auf das Auffinden von nicht heilbaren Krankheiten und Behinderungen.¹⁴ Die Zulassung nicht-invasiver pränataler Bluttests als Kassenleistung etwa kommt einer faktischen pränatalen Selektion nahe. Auch Ärzt*innen, die sich grundsätzlich gegen Schwangerschaftsabbrüche positionieren, ändern mitunter ihre Meinung, wenn ein „auffälliger“ Befund vorliegt. Die Lebensbedingungen und sozialen Sicherungen für Familien mit behinderten Kindern sind dringend so zu verbessern, dass eine Entscheidung für ein Kind nicht mehr wesentlich von dieser Frage abhängt.

In aktuellen Diskursen werden jedoch weniger substanzielle soziale Verbesserungen, eine Stärkung der Solidargemeinschaft oder eine kulturelle Abkehr von den Kontinuitäten eugenischer Diskriminierung und Vernichtung gefordert,¹⁵ sondern Diskriminierung aufgrund von Behinderung wird nahezu ausschließlich als Argument gegen eine Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs angeführt. Dabei lässt sich das eine nicht gegen das andere ausspielen.¹⁶ Nichtdiskriminierung aufgrund von Behinderung und aufgrund von weiblichen reproduktiven Fähigkeiten gelten uneingeschränkt nebeneinander, wie zuletzt auch in einer gemeinsamen Erklärung der Ausschüsse für die UN-Frauenrechtskonvention und die UN-Behindertenrechtskonvention betont wurde.

Ehe und Familie

Wer nach reproduktiven Rechten im Grundgesetz sucht, wird auch auf den „besonderen Schutz von Ehe und Familie“ stoßen. Obwohl die Abkehr von der Weimarer Formulierung zur „Erhaltung der Nation“ eindeutig ist, wurde und wird ein spezifischer Zusammenhang zwischen Ehe und Familie behauptet. Längst nicht mehr

vertretbar ist die Position, dass nur die ehebaasierte Familie geschützt sei, doch wird sie noch immer als „vollständigste“ Familienform gelobt. Weit mehr irritiert, dass sich trotz der Öffnung der Ehe für gleichgeschlechtliche Paare 2017 hartnäckig die Behauptung hält, mit Ehe im Sinne des Grundgesetzes sei nur die verschiedengeschlechtliche Ehe gemeint, da nur diese auf Nachwuchs angelegt sei und damit zur Zukunftsfähigkeit von Staat und Gesellschaft beitrage. Das ist grundrechtsdogmatisch wie tatsächlich in jeder Hinsicht abwegig.

Gleichwohl bereitet diese Argumentation den Boden für Diskriminierungen aufgrund von sexueller Orientierung oder Geschlechtsidentität.¹⁷ Wird in die Ehe von zwei Frauen ein Kind geboren, so ist die nicht gebärende Ehepartnerin nicht automatisch Mutter, sondern muss nach derzeitiger Rechtslage ihr Kind adoptieren. Die Elternschaft von inter- oder transgeschlechtlichen Personen steht noch grundsätzlich in Frage. Für solche nach Artikel 3 Absatz 3 GG verbotenen Geschlechtsdiskriminierungen gibt es keinerlei Rechtfertigung, aber wie verbotene rassistische oder behindertenfeindliche Diskriminierung finden auch sie Rückhalt in Teilen der Gesellschaft.

Eine andere Frage ist, ob der besondere Schutz der Familie auch ein Grundrecht auf Familiengründung, gegebenenfalls auch durch Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischen Maßnahmen sowie deren Bereitstellung und Finanzierung, umfasst. Grundsätzlich gilt, dass die bestehende Familie besonders geschützt ist, nicht jeder Weg zu einer künftigen.¹⁸ Auch aus reproduktiven Menschenrechten ergibt sich kein Anspruch auf jede mögliche reproduktionsmedizinische Maßnahme. Einige solcher Maßnahmen betreffen zudem die Grundrechte Dritter, insbesondere bei der Leihmutterchaft. Insgesamt ist der Auffassung entgegenzutreten, es gebe ein Recht auf ein – überdies genetisch „eigenes“ und „gesundes“ – Kind. Allerdings: Wenn reproduktionsmedizinische Maßnahmen zur allgemeinen und rechtmäßigen Gesundheitsversorgung gehören, darf beim Zugang nicht diskriminiert werden.

¹⁴ Vgl. Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, www.netzwerk-praenataldiagnostik.de.

¹⁵ Vgl. Dagmar Herzog, *Eugenische Phantasmen. Eine deutsche Geschichte*, Berlin 2024.

¹⁶ Vgl. Kirsten Achtelik, *Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung*, Berlin 2015.

¹⁷ Vgl. Lembke (Anm. 4), S. 109 ff., S. 117 ff., S. 126 ff.

¹⁸ Lesenswert aber: Maren Klein, *Zur verfassungsrechtlichen Rechtfertigung des Verbots der Eizellspende mit dem Argument des Schutzes des Kindeswohls*, Berlin 2019.

DEMOKRATIE UND RECHTSSTAAT

Reproduktive Gerechtigkeit und reproduktive Menschenrechte verlangen einen erheblichen Einstellungswandel, Ressourcenumverteilung und neue Politiken. Und beide gehen davon aus, dass reproduktive Rechte die Grundlage sind für ein gutes Zusammenleben und eine demokratische Gesellschaft.

Der Ausschuss für die UN-Frauenrechtskonvention hat stets die Bedeutung reproduktiver Rechte für die Gleichberechtigung sowie die politische, gesellschaftliche, ökonomische und kulturelle Teilhabe von Frauen betont. Gleiches gilt für andere diskriminierte Gruppen. Wer nicht über den eigenen Körper, die eigene Familiengründung, die eigene Zukunft entscheiden kann, wird kaum als mündige Person zu Fragen des Gemeinwesens mitreden dürfen oder können. Wer unentwegt darum kämpfen muss, ein Kind bekommen oder großziehen zu dürfen – oder kein Kind bekommen zu müssen –, wird kaum die Ressourcen besitzen, sich in anderen gesellschaftlichen oder politischen Fragen zu engagieren. Gewaltsame antinatalistische Politiken vernichten Zukunft, pronatalistische reproduktive Unterdrückung ist mit grundlegenden Ausschlüssen aus Politik, Gesellschaft, Ökonomie und Kultur verbunden.

Reproduktive Menschenrechte sind insofern ein genuin demokratisches Konzept. Sie achten alle Menschen als frei und gleich und stellen Mehrheitsentscheidungen unter den Vorbehalt von Nichtdiskriminierung und Minderheitenschutz. Sie erteilen menschenverachtenden Bevölkerungspolitiken eine Absage und beharren auf dem Grundsatz, dass der Staat um des Menschen willen da ist und nicht umgekehrt. Die Beendigung reproduktiver Diskriminierung schafft erst die Grundlage für viele Menschen, sich auch aktiv für das Gemeinwesen einzubringen. Rechtspopulistische und rechtsextremistische Politiken versprechen, gesellschaftliche Probleme durch Ausschluss und insbesondere auch durch reproduktive Unterdrückung zu „lösen“. Dies ist nicht nur menschenverachtend, sondern auch kein zukunftsfähiges politisches Konzept. Erzwungene Gruppenhomogenität trägt zur Frage des künftigen Zusammenlebens nichts bei.

WIE WOLLEN WIR (ZUSAMMEN) LEBEN?

Reproduktive Grund- und Menschenrechte verlangen einen grundlegenden Wandel. Die Freiheit der Entscheidung, ein Kind zu haben oder (jetzt) kein (weiteres) Kind zu haben, wird zu einer komplexen gesellschaftlichen Aufgabe, wenn sie ohne Diskriminierung möglich und die hierfür notwendigen Einrichtungen, Dienste, Mittel und Informationen durch eine soziale Infrastruktur tatsächlich verfügbar sein müssen.

Hierzu gehört auch das Recht, Kinder in einer guten Umgebung aufzuziehen. Die vorgeburtliche Fixierung deutscher Debatten verstellt den Blick auf die Dimension des Zusammenlebens mit Kindern, obwohl diese Bedingungen auch erheblichen Einfluss auf reproduktive Entscheidungen haben. Zugleich bedeutet die effektive Bekämpfung reproduktiver Unterdrückung einen grundlegenden Wandel. Wenn es nicht mehr darum geht, andere Menschen zu bevormunden, zu verdrängen oder auszuschließen, rückt zwangsläufig die Frage in den Mittelpunkt, wie wir zusammenleben wollen. Reproduktive Rechte, Gesundheit und Gerechtigkeit werden erst langsam Teil unserer politischen, sozialen und rechtlichen Diskurse. Es wird Zeit, die Versprechen des Grundgesetzes auf Freiheit und Gleichheit zu erfüllen – und trotz allem Zukunft zu gestalten.

ULRIKE LEMBKE

ist Freie Rechtswissenschaftlerin und Expertin für rechtliche Geschlechterstudien. Von 2009 bis 2023 war sie Professorin für Öffentliches Recht und Geschlechterstudien an der Universität Hamburg, der Fernuniversität in Hagen und der Humboldt-Universität zu Berlin. Seit 2020 ist sie Richterin des Verfassungsgerichtshofs des Landes Berlin.

KLEINE GESCHICHTE DER MODERNEN REPRODUKTIONSPOLITIK

Roman Birke

Spätestens mit der Etablierung moderner europäischer Staaten interessierten sich Regierungen für die Entwicklung ihrer nun territorial abgrenzbaren Bevölkerungen. Im 18. und 19. Jahrhundert wurden erste Volkszählungen durchgeführt und statistische Ämter zur Erfassung von demografischen Kennzahlen gegründet. Wie der Historiker Thomas Etzemüller argumentiert, haben Regierungen den staatlichen Raum und seine Bevölkerung zunehmend als eine gemeinsame Größe verstanden, die optimiert werden sollte.⁰¹ Seitdem kann man von einer modernen Form der „Reproduktionspolitik“ sprechen, worunter im Folgenden Theorien, Bestrebungen, Diskussionsvorschläge oder praktische Versuche verstanden werden, die auf eine Beeinflussung menschlichen reproduktiven Verhaltens zielen.

Diese Aspekte der Geschichte der vergangenen 250 Jahre können unter dem vom politischen Theoretiker und Philosophen Michel Foucault geprägten Begriff der „Biopolitik“ gefasst werden, worunter dieser die Regulierung der Prozesse menschlichen Lebens inklusive der Fortpflanzung und Reproduktion verstand.⁰² Während dieses theoretische Modell die Ähnlichkeiten in der Reproduktionspolitik der Moderne gut beschreiben kann – die staatliche Beschäftigung mit einer möglichen Optimierung von Bevölkerungen –, erfasst es nur unzureichend die großen historischen Unterschiede in spezifischen Regionen zu verschiedenen Zeiten. Um einige dieser Entwicklungen erkennen zu können, sollen im Folgenden vier Phasen der modernen Reproduktionspolitik unterschieden werden: eine konstituierende Phase von Utopien der Naturbeherrschung im 18. Jahrhundert, eine Phase der eugenischen Bewegungen im 19. und 20. Jahrhundert, eine Phase der zunehmenden Problematisierung des globalen Bevölkerungswachstums seit den 1940er Jahren und eine seit den 1960er Jahren bis heute andauernde Phase von rapiden technischen Fortschritten zur Analyse und Veränderung des menschlichen Genoms.

Diese Phasen unterscheiden sich in drei zentralen Dimensionen: der Wirkungsmacht reproduktionspolitischer Vorstellungen, dem technisch-medizinischen Wissen der Zeit und der jeweils spezifischen Konfiguration von Rechtsgütern. Im Kern drehte sich die Diskussion über Reproduktionspolitik immer auch darum, wer Entscheidungen über Reproduktion treffen kann und soll: Ist es eine rein individuelle Entscheidung? Soll der Staat in diese Entscheidungen eingreifen dürfen? Sollen Individuen zwar formell selbst entscheiden dürfen, aber nur unter Einbeziehung moralischer, politischer oder religiöser Vorstellungen? Ansprüche und Imaginationen von Recht begleiten die moderne Reproduktionspolitik seit ihrem Entstehen.

UTOPIEN DER NATURBEHERRSCHUNG SEIT DEM 18. JAHRHUNDERT

Die Französische Revolution 1789 produzierte glühende Anhänger und Gegner von gesellschaftlich radikaler Umwälzung. In ihrem Selbstverständnis zielten die französischen Revolutionäre nicht nur auf die Etablierung einer neuen Staatsform, sie wollten auch eine grundlegende Umwälzung der Gesellschaft – und änderten dafür sogar die Zeitmessung.

Auch im Bereich der Reproduktionspolitik verfolgten die Revolutionäre radikal-utopische Vorstellungen. Wie in den sowjetischen Revolutionsutopien etwa 130 Jahre später, gingen auch die französischen Revolutionäre davon aus, dass die Menschheit durch gezielte Planung grundlegend verbessert werden könne. Wie der Historiker William Max Nelson jüngst gezeigt hat, waren politische Theoretiker und Philosophen wie Jean-Jacques Rousseau oder Joachim Faiguet de Ville-neuve der Auffassung, dass es zwar gut sei, „Menschen so einzusetzen, wie sie sind“, es aber noch besser wäre, „sie so zu machen, wie man sie brau-

chen kann“. Es komme darauf an, die „unterschiedlichen Ausdrucksformen der Natur auf intelligente Weise zu kombinieren“. Die Französische Revolution radikalisierte diese Ideologien bis hin zu Vorschlägen für eine bewusste Heranzüchtung neuer „Menschenarten“, die bestimmte Funktionen im postrevolutionären Gefüge spielen sollten.⁰³

Das Besondere dieser historischen Phase besteht darin, dass der Glaube an die Notwendigkeit einer Veränderung von Bevölkerung politische Ideologien überspannte und nicht nur in revolutionären, sondern auch in konservativen Vorstellungen überzeugungsfähig wurde. Neben der französischen Revolutionsromantik bildeten sich hegemoniale Diskurse über Reproduktion und Sexualität heraus, die eng mit der Rationalisierung und Arbeitsteilung einer aufsteigenden bürgerlichen Gesellschaft verbunden waren. Nicht zufällig bezeichnete der mit seinem „Essay on the Principle of Population“ berühmt gewordene britische Ökonom Robert Malthus die Thesen seines Kollegen Adam Smith als „wichtigstes Argument“ auch für seine eigene Arbeit. Zwar nannte er die Vorstellungen zur Perfektionierung der Menschheit in Abgrenzung zur französischen Revolutionsutopie „absurd“, gleichzeitig glaubte er jedoch daran, „gewisse Grade der Verbesserung“ der Menschheit durch einen „Fokus auf gezielte Fortpflanzung“ erreichen zu können.⁰⁴

Diese Vorstellungen verbanden sich mit spezifischen Diskursen über Geschlechtlichkeit und geschlechtliche Arbeitsteilung und zogen eine lebendige Debatte über die „richtige“ Sexualität nach sich, die mit neuen gesellschaftlichen Leitbildern nach Vermehrung und Verbesserung der Körper korrespondierte. Frauen wurden dabei vor allem als Hüterinnen von Moral und Anstand verstanden, denen kein eigenes sexuelles Begehren zugeschrieben wurde. Sie sollten „sparsam“ mit ihrem Körper umgehen, um ihre Reproduk-

tionsfähigkeit zu schützen und gesunde Kinder hervorbringen zu können. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse waren jedoch dazu geeignet, diese Geschlechterordnungen herauszufordern. Die 1875 erstmals veröffentlichte Erkenntnis, dass nicht nur die Eizelle für die Entwicklung des Kindes verantwortlich war, sondern sich Samen und Eizelle dafür verbanden, löste eine leidenschaftliche Debatte über Vererbung und die Verantwortung geteilter Elternschaft aus.⁰⁵

EUGENIK UND SEXUALREFORM IM SPÄTEN 19. JAHRHUNDERT

Die reproduktionspolitischen Vorstellungen der französischen Revolutionäre blieben wie jene ihrer konservativen Gegenspieler Theorie. Im 19. Jahrhundert begann sich dies zu ändern. Das seit den 1860er Jahren zunehmende Wissen über die Vererbung von Eigenschaften führte zusammen mit dem Anstieg des europäischen Nationalismus zur Herausbildung einer eugenischen Bewegung, die sich die bewusste Veränderung eines national gedachten „Volkskörpers“ zum Ziel setzte. 1905 wurde etwa die deutsche Gesellschaft für Rassenhygiene gegründet, 1907 die britische Eugenics Education Society, 1922 das schwedische Staatliche Institut für Rassenbiologie und 1929 die American Eugenics Society. Diese politisch diversen Organisationen umfassten linke wie rechte Positionen: In rechten Vorstellungen ging es darum, den national gedachten Volkskörper zu perfektionieren, linke Theoretikerinnen und Theoretiker argumentierten für eine Verbesserung der Arbeiterschaft und eine Eliminierung des „Lumpenproletariats“.⁰⁶ Eugenikerinnen und Eugeniker stritten für Gesetze, die die Reproduktivität von als genetisch „hochwertig“ beschriebenen Paaren fördern und jene von als „minderwertig“ bezeichneten einschränken sollten. Als besonders bedrohlich empfand die Mehrheit der Eugenikerinnen und Eugeniker die unterschiedliche Geburtenrate in den verschiedenen sozialen Milieus. Sie befürchteten, dass die im Vergleich zu bürgerlichen Schichten höheren Geburtenraten so-

01 Vgl. Thomas Etzemüller, Ein ewigwährender Untergang. Der apokalyptische Bevölkerungsdiskurs im 20. Jahrhundert, Bielefeld 2007.

02 Vgl. Michel Foucault, Die Geburt der Biopolitik. Geschichte der Gouvernementalität II. Vorlesungen am Collège de France 1978/1979, Frankfurt/M. 2022².

03 Vgl. William Max Nelson, Enlightenment Biopolitics. A History of Race, Eugenics, and the Making of Citizens, Chicago 2024 (diese und alle folgenden Zitate: eig. Übersetzung).

04 Vgl. Thomas Robert Malthus, An Essay on the Principle of Population, as It Affects the Future Improvement of Society, London 1798.

05 Vgl. Bettina Bock von Wülfling, Die Familie unter dem Mikroskop. Das Bürgerliche Gesetzbuch und die Eizelle, 1870–1900, Göttingen 2021.

06 Vgl. Michael Schwartz, „Proletarier“ und „Lumpen“. Sozialistische Ursprünge eugenischen Denkens, in: Vierteljahrshefte für Zeitgeschichte 4/1994, S. 537–570.

zial schwacher Milieus „die Nation in einem biologischen Sinne zum Proletariat herabminder[n]“ könnten, wie es etwa der schwedische Eugeniker Herman Lundborg 1927 ausdrückte.⁰⁷

Eugenische Gesetze gab es in vielen Staaten der Welt. Sie bedeuteten einen radikalen Eingriff in die individuelle Entscheidungsfähigkeit von Paaren über ihre eigene Nachkommenschaft. Archetypisch für diese Gesetze wurden Sterilisationsverordnungen, die eine Unfruchtbarmachung gegen den Willen der Betroffenen ermöglichten. Der US-Bundesstaat Indiana führte als erstes Land 1907 ein Gesetz ein, das Zwangssterilisationen erlaubte und das in den 1920er Jahren auf andere Bundesstaaten ausgedehnt wurde. Europäische Staaten wie Dänemark oder Schweden nahmen sich diese Gesetze zum Vorbild, und auch in manchen außereuropäischen Regionen wurden eugenische Gesetze erlassen, in Japan etwa 1940. Das weitreichendste Gesetz trat 1934 im nationalsozialistischen Deutschland in Kraft: Im Rahmen des sogenannten Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses wurden etwa 400 000 Menschen einer Zwangssterilisation unterzogen.⁰⁸

Die eugenische Bewegung war eng mit einer aufkommenden Bewegung für Sexualreform verbunden, die maßgeblich von Feministinnen getragen wurde, die sich für die Freigabe und Verfügbarmachung von Verhütungsmitteln einsetzten. Die amerikanischen und britischen Aktivistinnen Margaret Sanger und Marie Stopes etwa stritten leidenschaftlich für die Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln für Frauen. Sie vertraten die Ansicht, dass die Kontrolle über die eigene Fortpflanzung ein wesentlicher Aspekt der gesellschaftlichen Emanzipation sei. Als Sanger 1914 die Zeitung „Woman Rebel“ ins Leben rief, beschrieb sie das Ziel der Zeitung damit, „arbeitende Frauen zum eigenständigen Denken anzuregen und einen bewussten, kämpferischen Charakter zu entwickeln“.⁰⁹ Um Frauen den Einstieg in die Politik zu ermöglichen, wurde in der Zeitung für die Freigabe von Verhütungsmitteln geworben. Als konsequente Eugenikerin wollte Sanger diese Rechte

jedoch nur jenen Frauen zukommen lassen, die ihrer Ansicht nach verantwortungsvolle Entscheidungen über die eigene Reproduktivität treffen konnten. Sie argumentierte, dass „das dringendste Problem heute darin besteht, die übermäßige Fruchtbarkeit der geistig und körperlich Defekten zu begrenzen und zu verhindern“.¹⁰

Eugenische Vorstellungen waren insofern ein integraler Bestandteil der sexualreformerischen Bewegung. Gleichzeitig brachten diese Aktivistinnen jedoch ein Argument in die Debatte ein, das in der eugenischen Bewegung fehlte: Sie verstanden Verhütung nicht notwendigerweise – und in ihrer Mehrheit vermutlich auch nicht primär – als Zweck zur Erreichung eugenischer Ziele. Übergeordnet war vielmehr ein moralisches Argument, das Frauen mehr Entscheidungsfreiheit über ihren eigenen Körper geben sollte. Mary Stopes etwa bezeichnete das Verbot von Verhütungsmitteln als amoralisch, da eine schnelle Abfolge von Schwangerschaften Frauen und ihre Kinder schwäche.

SORGEN VOR GLOBALER „ÜBERBEVÖLKERUNG“

In den 1940er und 1950er Jahren sind dann zwei parallele Entwicklungen zu beobachten: Zum einen verlor die Eugenik wegen der von ihr verantworteten und einer breiten Öffentlichkeit bekannt gewordenen Medizinverbrechen massiv an Ansehen. Zum anderen kam es zu einer zunehmenden Problematisierung des globalen Bevölkerungswachstums – zum Teil durch dieselben Akteurinnen und Akteure, die zuvor in der eugenischen Bewegung führend gewesen waren. Entsprechende Broschüren und Bücher wurden zu in mehrere Sprachen übersetzten Bestsellern, die eindringlich vor den Konsequenzen eines prognostizierten Missverhältnisses zwischen natürlichen Ressourcen und der Anzahl von Menschen warnten.¹¹ Diese Sorgen bezogen sich nicht nur, aber in starkem Ausmaß auf Länder in Südostasien, Nordafrika und Lateinamerika, denen im Vergleich zu Europa und den USA besonders hohe Geburtenraten bescheinigt wurden.

07 Zit. nach Margaret Sanger (Hrsg.), *Proceedings of the World Population Conference 1927*, London 1927, S. 347 f.

08 Vgl. z. B. Wolfgang Benz, *Verweigerte Erinnerung als zweite Diskriminierung der Opfer nationalsozialistischer Politik, Stellungnahme im Ausschuss für Kultur und Medien des Deutschen Bundestages*, Berlin, 26. 9. 2022.

09 *The Woman Rebel* 1/1914, www.docsteach.org/documents/document/woman-rebel-no-1.

10 Margaret Sanger, *The Eugenic Value of Birth Control Propaganda*, in: *The Birth Control Review*, Oktober 1921, S. 5.

11 Vgl. Fairfield Osborn, *Our Plundered Planet*, Boston 1948; Giseler Wirsing, *Die Menschenlawine. Der Bevölkerungswachstum als weltpolitisches Problem*, Stuttgart 1956; Hugh Moore Fund, *The Population Bomb*, New York 1954; Paul Ehrlich, *The Population Bomb*, New York 1968.

Die Ängste vor Überbevölkerung zogen auch explorative Programme ab den 1960er Jahren nach sich, die durch eine Verteilung von Verhütungsmitteln die Geburtenraten zu senken versuchten. Anfang der 1970er Jahre hatten 26 Länder in Asien, Afrika und Lateinamerika solche Programme gestartet. Insgesamt gab es in diesen Ländern 45 366 Kliniken für Familienplanung, in denen mehr als 1,7 Millionen Beschäftigte den Menschen die Vorteile von kleineren Familien nahezubringen versuchten.¹² Viele dieser Programme übten im Gegensatz zu manchen eugenischen Programmen der Zwischenkriegszeit keinen direkten Zwang aus, versprachen aber Geld oder lobten Prämien aus. Soziologische und historische Untersuchungen haben gezeigt, dass mögliche Nebenwirkungen von Verhütungsmitteln dabei häufig verschwiegen wurden, um deren Akzeptanz zu erhöhen.¹³

Rechtlich bildete sich zu dieser Zeit eine paradoxe Vorstellung von Menschenrechten heraus, die auch die Vereinten Nationen erfasste. 1968 beschloss die UN auf der Weltmenschrechtskonferenz in Teheran ein neues Menschenrecht auf Verhütungsmittel, das Paare „frei und verantwortungsvoll“ umsetzen sollten. In der Präambel der entsprechenden Resolution wurde jedoch deutlich, dass mit einem „verantwortungsvollen Verhalten“ vor allem gemeint war, die möglichen Folgen des Bevölkerungswachstums in die Entscheidung über den eigenen Kinderwunsch einzubeziehen. Denn die „aktuelle rapide Geburtenrate in manchen Weltregionen“, so die Resolution, hindere den Kampf gegen „Hunger und Armut“, was zu einer „Beeinträchtigung von Menschenrechten“ führe.¹⁴ Die behauptete Bedrohung der Menschenrechte durch das Bevölkerungswachstum wurde damit zu einem Argument für die Einschränkung von Geburtenraten – und legitimierte paradoxerweise die oft autoritären Geburtenkontrollprogramme im Globalen Süden.¹⁵

¹² Vgl. Dorothy Nortman, *Population and Family Planning Programs. A Factbook*, in: *Reports on Population/Family Planning* 2/1971, S. 1–48.

¹³ Vgl. Donald P. Warwick, *Bitter Pills. Population Policies and Their Implementation in Eight Developing Countries*, New York 1982.

¹⁴ United Nations, *Proclamation of Teheran, Final Act of the International Conference on Human Rights, Teheran, 22.4.–13.5.1968*, New York 1968, S. 14f.

¹⁵ Vgl. Roman Birke, *Geburtenkontrolle als Menschenrecht. Die Diskussion um globale Überbevölkerung seit den 1940er Jahren*, Göttingen 2020.

In der historischen Rückschau werden diese Programme häufig als neokoloniale Interventionen verstanden. Der Westen habe Dominanz über den Globalen Süden ausgeübt, um aus rassistischen Motiven das Wachstum nicht-weißer Bevölkerungen zu beschränken. Während rassistische Äußerungen von einzelnen Protagonisten dieser Bewegung dokumentiert sind (und andere diesen Rassismus wiederum explizit von sich wiesen), kann man diese Programme vielleicht eher als global verfolgtes Elitenprojekt denn als neokolonial beschreiben. Während westliche Staaten die Ausbreitung des Kommunismus durch hohe Geburtenraten fürchteten, sahen politische und ökonomische Eliten des Globalen Südens ihre postkolonialen Modernitätsversprechen auf schnelles ökonomisches Wachstum durch ein zu hohes Bevölkerungswachstum gefährdet. Die indische Premierministerin Indira Gandhi etwa rechtfertigte das unter ihrer Administration umgesetzte Sterilisationsprogramm Mitte der 1970er Jahre mit einem „Menschenrecht der Nation auf Entwicklung“ und ließ beinahe acht Millionen Menschen im Namen des Fortschritts sterilisieren.¹⁶ Die global geteilten Vorstellungen von kollektiven „Schutzrechten gegen das Bevölkerungswachstum“ schufen gemeinsam mit westlicher Finanzierung und den auf Modernisierung bedachten Eliten des Globalen Südens eine toxische Kombination für die Betroffenen vor Ort, deren Folgen bis heute nicht völlig aufgearbeitet sind.

GENETISCHE SCREENINGS SEIT DEN 1960ER JAHREN

Unabhängig davon, ob hinter den Geburtenkontrollprogrammen eine rassistische Intention stand oder nicht, ist es auffällig, dass arme Bevölkerungsschichten des Globalen Südens oft als Kollektiv wahrgenommen wurden, während zur gleichen Zeit im Westen individuelle reproduktionspolitische Präferenzen in den Vordergrund rückten. Technische Neuerungen im Bereich der Reproduktionsmedizin seit den 1960er Jahren veränderten sowohl das gesellschaftliche Denken als auch das individuelle Empfinden über Reproduktion und Schwangerschaft. Der erstmals 1966 geglückte Versuch, die Chromosomen eines ungeborenen Kindes anhand der Zellen im Frucht-

¹⁶ Vgl. Rebecca Jane Williams, *Storming the Citadels of Poverty: Family Planning under the Emergency in India, 1975–1977*, in: *The Journal of Asian Studies* 2/2014, S. 471–492.

wasser zu untersuchen, ermöglichte eine genauere Prognose genetischer Krankheiten.

Rasch verbanden sich auch eugenische Überlegungen mit dieser neuen Methode. In einer von der Weltgesundheitsorganisation WHO 1966 eingesetzten Kommission wurden die Möglichkeiten von genetischen Screenings kontrovers diskutiert. Einige WHO-Delegierte betrachteten diese Untersuchungen als ein wirksames Instrument zur Eliminierung von Krankheit und Armut. Sie plädierten für ein globales Angebot genetischer Beratung, um „gesunde Köpfe in gesunden Körpern“ zu schaffen, und behaupteten, dass „der geistig behinderte Mensch eine Belastung für die Gesellschaft darstellt“. In Anbetracht der geografisch ungleichen Verteilung genetischer Krankheiten wie etwa der vor allem in Afrika auftretenden Sichelzellenanämie waren solche Perspektiven eng mit Debatten über die Migration afrikanischer Bevölkerungsgruppen nach Europa verbunden. Andere Teilnehmer der WHO-Debatten lehnten eugenische Vorstellungen ab und betonten, dass Beraterinnen und Berater im Rahmen von Genscreenings „kein genetisches Programm verfolgen sollte[n], das künftigen Generationen zugute kommt“ – eine Vorwegnahme späterer Deklarationen der Vereinten Nationen, etwa der Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights.¹⁷

Potenziale und Gefahren dieses neuen Wissens wurden auf beiden Seiten des Eisernen Vorhangs kontrovers diskutiert. Organisationen wie „March of Dimes“ in den USA, „Aktion Sorgenkind“ in der Bundesrepublik oder die „Gesellschaft für Humangenetik“ in der DDR setzten sich für eine Ausweitung genetischer Beratungsangebote für werdende Eltern ein. „March of Dimes“ versuchte etwa 1974, den US-Präsidenten Gerald Ford davon zu überzeugen, einen „Birth Defects Prevention Month“ auszurufen, um Eltern die „vernichtende Nachricht“ eines behinderten Kindes zu „ersparen“. DDR-Genetiker argumentierten in Abgrenzung zur als bürgerlich verstandenen Eugenik zwar, dass individuelles Glück von primärer Bedeutung sei, verwiesen jedoch gleichzeitig darauf, dass DDR-Bürgerinnen und -Bürger bei ihren reproduktiven Entscheidungen ihre „gesellschaftliche Verantwortung“ in Betracht ziehen sollten,

17 Vgl. WHO, *Human Genetics and Public Health. Second Report of the WHO Expert Committee on Human Genetics*, Genf 1964, S. 5, S. 8; dies., *Genetic Counselling. Third Report of the WHO Expert Committee on Human Genetics*, Genf 1969, S. 13.

womit sie auf das Ziel einer möglichst gesunden sozialistischen Gesellschaft verwiesen.¹⁸ Zugleich zog die Ausweitung der genetischen Beratungsangebote Kritik nach sich, bis hin zu Aktionen militant-feministischer Gruppen in Westdeutschland, die Mitte der 1980er Jahre Anschläge auf die ersten genetischen Beratungsstellen in der Bundesrepublik verübten, die sie als Teil einer „flächendeckenden genetischen und sozialen Kontrolle über menschliches Leben und Reproduktion“ verstanden. Wie die Historikerin Maud Bracke in ihren Arbeiten herausstellt, verbanden sich kritische Perspektiven auf Geburtenkontrollprogramme aus dem Globalen Süden mit einer radikalen Kritik an moderner Genetik aus dem Westen.¹⁹

Solche radikalen Positionen blieben im Vergleich zu den bis heute relevanten Stimmen der Behindertenbewegung jedoch marginal, nicht zuletzt deshalb, weil die neuen Technologien breit nachgefragt wurden. Denn mit den technischen Möglichkeiten wie Ultraschalluntersuchungen, Tests zur Schwangerschaftsfrüherkennung oder der Risikoabschätzung über mögliche genetische Krankheiten hat sich auch das Empfinden über Schwangerschaften grundlegend verändert. Wie die Historikerin Lara Freidenfelds zeigt, hat sich damit der Glaube an eine „perfekte“ Schwangerschaft kulturell festgesetzt, in der alle Risikofaktoren möglichst ausgeschaltet werden müssen. Durch bildgebende Verfahren wie Ultraschall und 3D-Modellierung entwickeln sich im Vergleich zu vorherigen Jahrhunderten frühere emotionale Bindungen von Eltern an ihre ungeborenen Kinder.²⁰

Diese Kultur einer „perfekten Schwangerschaft für ein perfektes Kind“ ist nicht von oben diktiert, sondern entspricht einer gesellschaftlichen Nachfrage nach gesunden Lebensstilen. Solche „bottom-up“-Forderungen nach genetischer Gesundheit lassen sich auch an historischen Gerichtsverfahren zeigen, in denen Eltern für ein

18 Vgl. Susanne Doetz, „The Happiness of the Individual Is of Primary Importance“: *Genetic Counselling in the GDR*, in: Heike I. Petermann/Peter S. Harper/dies. (Hrsg.), *History of Human Genetics. Aspects of Its Development and Global Perspectives*, Cham 2017, S. 393–419; Hans-Martin Dietl/Heinz Gahse/Hans-Georg Kranhold, *Humangenetik in der sozialistischen Gesellschaft. Philosophisch-ethische und soziale Probleme*, Jena 1977, S. 100.

19 Vgl. Maud Anne Bracke, „Contesting Global Sisterhood“: *The Global Women’s Health Movement, the United Nations and the Different Meanings of Reproductive Rights (1970s–80s)*, in: *Gender & History* 3/2023, S. 811–829.

20 Vgl. Lara Freidenfelds, *The Myth of the Perfect Pregnancy. A History of Miscarriage in America*, Oxford 2020.

Recht auf genetische Screenings kämpften. Sowohl in den USA als auch in der Bundesrepublik zogen Eltern vor Gericht, um Schadenersatzforderungen für ihre mit genetischen Krankheiten geborenen Kinder zu verlangen. Eine Familie in North Carolina argumentierte etwa 1985, dass aufgrund einer Verschleppung von genetischer Beratung kein Schwangerschaftsabbruch mehr möglich gewesen sei, was zum „wrongful birth“ ihres Kindes geführt habe. In einem Verfahren vor dem Bundesgerichtshof 1992 wurden die Unterhaltskosten eines mit einer genetischen Krankheit geborenen Kindes aus demselben Grund als „Schadensfall“ bezeichnet. Diese Verfahren zeigen das komplexe Verhältnis zwischen historischen Sedimenten eugenischen Denkens, die gleichzeitig zu einer Verankerung von reproduktiven Rechten – in diesem Fall dem Recht auf genetische Beratung – geführt haben und individuelle Entscheidungsfreiheiten von Frauen und Paaren erweitern konnten.²¹ Bis heute ist die Debatte über Reproduktionspolitik und genetische Beratung daher eng mit den Kontroversen rund um das Thema Schwangerschaftsabbruch und der Frage nach den Konsequenzen für behinderte Menschen verknüpft.

REPRODUKTIONS- UND GESCHICHTSPOLITIK BIS HEUTE

Über alle beschriebenen Phasen hinweg lässt sich ein zunehmender menschlicher Glaube an die Beherrschung der Natur feststellen, der immer stärker auch den Bereich menschlicher Reproduktion zu umfassen begann. Die von Max Horkheimer gemachte Beobachtung, der Mensch teile im Prozess der zunehmenden Kontrolle über die Natur „das Schicksal seiner eigenen Welt“, liefert dafür eine treffende Beschreibung. Der Möglichkeitsraum zur Veränderung der menschlichen Umwelt erstreckte sich bald auch auf den Menschen selbst, wodurch er zum Gegenstand von Interventionen wurde. Wie Horkheimer pointiert formulierte: „Naturbeherrschung ist Menschenbeherrschung.“²² Die seit der Genschere CRISPR vorhandenen und bisher

noch illegalen Möglichkeiten, in die Keimbahn des Menschen einzugreifen und unerwünschte Gensequenzen auszuschalten, eröffneten eine neue Dimension in dieser Debatte.

Die kontroverse Geschichte der Reproduktionspolitik dient bis heute als Folie für politische Argumente, etwa in der Debatte für oder gegen das Recht zum Schwangerschaftsabbruch. In Polen oder den USA verweisen Abtreibungsgegner immer wieder auf die eugenische Geschichte der International Planned Parenthood Federation und ihrer Gründerin Margaret Sanger. Im Gegenzug verteidigen sich diese Organisationen als Verfechterinnen von Frauen- und Menschenrechten. Geradlinige Argumente bleiben in dieser Geschichte jedoch schwierig, da sich die Bedeutung von Begriffen wie „Menschenrechte“ oder „Eugenik/Genetik“ konstant verändert – und nicht friktionsfrei auf heutige politische Debatten übertragbar ist.

Foucaults Begriff der Biopolitik ist vielleicht zu breit, um die unterschiedlichen Aspekte der Reproduktionspolitik der vergangenen 250 Jahre zu beschreiben. Was die Theorie der Biopolitik jedoch nachhaltig in die Debatte eingebracht hat, ist eine Distanzierung von einem Repressionsparadigma, das die Regulierung von Sexualität und Reproduktion nur als staatliche Kontrollpolitik verstand. Historisch zeigen sich im Gegensatz dazu sowohl Versuche der staatlichen Kontrolle als auch der individuellen Selbstermächtigung bei der Ausnutzung von neuen Spielräumen. So wurden in den 1920er und 1930er Jahren etwa eugenische Beratungsstellen eingerichtet, die darauf zielten, genetisch „hochwertige“ Paare zur Zeugung von mehr Kindern anzuhalten. Tatsächlich nutzten Menschen diese Stellen jedoch, um Informationen über Sexualität und Verhütung einzuholen.²³ Und das von Jürgen Habermas als „liberale Eugenik“ beschriebene Begehren nach genetischer Gesundheit für uns selbst und unsere Nachkommenschaft zeigt die tiefe Verankerung von Vorstellungen genetischer Fitness, die zwar nicht staatlich verordnet sind, in ihrer Reichweite aber wohl über die Effekte der eugenischen Gesetze des 20. Jahrhunderts hinausgehen.²⁴

²¹ Vgl. dazu auch Dagmar Herzog, *Eugenische Phantasmen. Eine deutsche Geschichte*, Berlin 2024.

²² Max Horkheimer, *Zur Kritik der instrumentellen Vernunft*, in: *Gesammelte Schriften*, Bd. 6, Frankfurt/M. 1991, S. 106.

²³ Vgl. Maria Mesner, *Geburten/Kontrolle. Reproduktionspolitik im 20. Jahrhundert*, Wien–Köln–Weimar 2010.

²⁴ Vgl. Jürgen Habermas, *The Future of Human Nature*, Hoboken 2014.

ROMAN BIRKE

ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department für interdisziplinäre und multiskalare Area Studies an der Universität Regensburg. Er forscht zur transnationalen Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts mit einem Schwerpunkt auf Reproduktionspolitik, Menschenrechten und Kolonialismus.

VIELSTIMMIGE ALLIANZEN

Reproduktive Gerechtigkeit im Kontext deutscher Verhältnisse

Anthea Kyere · Susanne Schultz

Reproduktive Gerechtigkeit ist ein aktivistisch-theoretisches Konzept feministischer Bewegungen, das 1994 am Rande einer Gesundheitskonferenz in Chicago entworfen wurde. Eine Gruppe Schwarzer Feministinnen kritisierte damals, dass eine mehrheitlich weiß geprägte feministische Mainstream-Bewegung marginalisierte Perspektiven in ihrer politischen Praxis für reproduktive Rechte übergehe. Insbesondere der starke Fokus auf die gesetzliche Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs blende viele alltägliche Probleme von Frauen in prekären sozioökonomischen Lagen aus. Der Neologismus *reproductive justice* als eine Kombination reproduktiver Rechte (*reproductive rights*) mit sozialer Gerechtigkeit (*social justice*) wurde vorgeschlagen, um umfangreiche alltägliche Probleme rund um Verhütung, Abtreibung, Schwangerschaft, Geburt sowie Mutter- beziehungsweise Elternschaft anzusprechen und politisieren zu können.

Loretta J. Ross, eine wichtige Protagonistin dieser Bewegung, die das Konzept auch weiterhin theoretisch und politisch vertritt und verbreitet, erinnert sich: „Wir stellten uns selbst ins Zentrum unserer Analyse und erklärten, dass wir – obwohl das Recht auf Schwangerschaftsabbrüche für uns grundlegend war – ebenso umfassende gesundheitliche Versorgung, Bildung, Arbeitsplätze, Kinderbetreuung und das Recht auf Mutterschaft benötigten. Diese neuen Perspektiven, die so anders waren als die endlosen und lähmenden Debatten, die sich ausschließlich auf Abtreibung konzentrierten, veränderten unser Denken auf radikale Weise und brachten das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit hervor.“⁰¹ Im Laufe der Jahre eigneten sich zunächst etliche Schwarze und Women of Color-Organisationen in den USA das Konzept an.⁰² Reproductive Justice entwickelte sich zu einem politischen Rahmenkonzept, das dem liberalen und oft entkontextualisierenden Blick

vieler *Pro-Choice*-Kampagnen entgegengestellt wurde.⁰³

Seit einigen Jahren „reist“ dieses Konzept nun auch transnational und wird von Bewegungs-Akteur*innen ebenso genutzt wie zunehmend auch in der institutionalisierten Wissenschaft. Ob und inwiefern das Konzept angeeignet wird, ist stark kontextabhängig. In Brasilien etwa haben Schwarze feministische Organisationen das Konzept in den vergangenen Jahren aufgegriffen, um die extrem ungleich verteilten Erfahrungen reproduktiver Sterblichkeit⁰⁴ als Folgen eines strukturellen Rassismus zu analysieren oder rassistische Polizeigewalt als Gewalt zu thematisieren, die auch die Mütter der ermordeten Kinder trifft.⁰⁵ In Deutschland vernetzen sich seit 2018 verschiedene Gruppen, um das Konzept als Ansatzpunkt für intersektionale feministische Bündnisse auszuprobieren.⁰⁶ In verschiedenen Zusammensetzungen sind ein Manifest und eine kollektiv verfasste Bildungsbroschüre entstanden, um auszuloten, wie mit dem Konzept im Rahmen deutscher Verhältnisse Politik gemacht werden kann.⁰⁷

ERWEITERTER POLITISCH-ANALYTISCHER KANON

Das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit (im Folgenden RG) wird meist mit Bezug auf drei (oder manchmal vier) zentrale Grundsätze oder Forderungen eingeführt, um den komplexen und vielfältigen Erfahrungen reproduktiver Unterdrückung gerecht zu werden:

1. Das Recht, sich für Kinder zu entscheiden und die Formen der Schwangerschaftsversorgung und Geburtshilfe selbstbestimmt wählen zu können.
2. Das Recht, keine Kinder zu bekommen und einen sicheren Zugang zu Verhütungs- und Abtreibungsmöglichkeiten zu haben.

3. Das Recht, Kinder in selbstgewählten Umständen aufziehen zu können – frei von institutioneller, struktureller und interpersoneller Gewalt sowie unter guten sozialen, gesundheitlichen und ökologischen Bedingungen.
4. In einigen Darstellungen wird diesen drei Grundsätzen das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung als ein weiterer hinzugefügt.

Mit diesem Forderungskanon gehen im Vergleich zu hegemonialen Vorstellungen reproduktiver Rechte mehrere wichtige politisch-theoretische Verschiebungen einher: Erstens verlagert sich die Aufmerksamkeit weg von liberalen, individualisierenden Vorstellungen körperlicher Selbstbestimmung hin zu strukturellen Ungleichheiten als Voraussetzung für ein breites Spektrum reproduktiver Ungerechtigkeiten. Zweitens wird mit dem Konzept ein isolierter Fokus auf Geschlechterverhältnisse hinterfragt. Stattdessen wird eingefordert, diese – ganz im Sinne einer intersektionalen Reorientierung feministischer Bewegungen – immer im Zusammenhang mit vielfältigen weiteren Machtverhält-

nissen zu verstehen. Hierzu zählen Rassismus, Klassenverhältnisse, Behindertenfeindlichkeit, Heteronormativität, Grenzregime oder der institutionalisierte Freiheitsentzug in Gefängnissen. Drittens fordert dieser Kanon dazu auf, über die Frage der Abtreibungsrechte hinaus eine breite Palette reproduktiver Rechte zu berücksichtigen, insbesondere die Rechte, sich für das Kinderkriegen entscheiden und Kinder unter guten Bedingungen aufziehen zu können.

Auch für die Forderung nach dem Recht auf Schwangerschaftsabbrüche ermöglicht RG somit eine veränderte und erweiterte Perspektive. Im Fokus steht hier, wie marginalisierte Gruppen nicht nur ein formales Recht, sondern auch tatsächliche alltägliche Zugänge zu Informationen sowie kostenloser beziehungsweise bezahlbarer und respektvoller Versorgung bekommen können. Im Folgenden werden wir uns jedoch insbesondere auf die Grundsätze einer Politik gegen Antinatalismus und Selektion konzentrieren sowie auf das Recht auf Mutter-beziehungsweise Elternschaft. Dabei diskutieren wir jeweils auch, wie diese Forderungen auf den deutschen Kontext übertragen werden können. Und wir reflektieren, welche Fragen in den politisch-theoretischen Diskussionen zu RG oft noch zu kurz kommen oder offenbleiben.

RAHMENKONZEPT FÜR BREITE BÜNDNISSE UND VIELSTIMMIGES STORYTELLING

Das Konzept der RG verschiebt nicht nur inhaltlich-analytisch den Fokus der Debatte um Reproduktionsverhältnisse. Die US-amerikanischen Protagonist*innen verbinden mit der Idee eines Rahmenkonzeptes auch bestimmte Weisen, Politik zu machen und Bündnisse zu gestalten. Loretta J. Ross plädiert dafür, das Konzept als einen anti-essentialistischen Rahmen für vielstimmige intersektionale Kämpfe zu verstehen.⁰⁸ Es sei zwar wichtig, die Genealogie des Konzeptes in den Kämpfen Schwarzer Feminist*innen deutlich zu machen; prinzipiell sei es aber ein Rahmen, der für alle offen stehe, die sich darauf beziehen wollen, und den Schwarze Feminist*innen nicht für sich alleine beanspruchten.

Insofern ist RG als ein universelles Konzept zu verstehen. Die vielfältigen Unterdrückungser-

01 Loretta J. Ross, *Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine antiessentialistische und intersektionale Politik*, in: Kitchen Politics (Hrsg.), *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*, Münster 2021, S. 17–60, hier S. 18.

02 Vgl. ebd. und Loretta J. Ross et al., *Introduction*, in: dies. (Hrsg.), *Radical Reproductive Justice: Foundation, Theory, Practice, Critique*, New York 2017, S. 11–34.

03 Mit *Pro Choice* („für Wahlfreiheit“) werden die feministischen Organisationen und Positionen zusammengefasst, die sich seit vielen Jahrzehnten für das Recht auf Schwangerschaftsabbruch einsetzen.

04 Wir verwenden den Begriff „reproduktive Sterblichkeit“ statt des geläufigeren Begriffs der „Müttersterblichkeit“, denn er umfasst Todesfälle infolge ungewollter Schwangerschaften und infolge von Abtreibungen ebenso wie die Sterblichkeit bei oder nach der Geburt.

05 Vgl. Criola, *Dossiê Mulheres Negras e Justiça Reprodutiva*, Rio de Janeiro 2021, <https://criola.org.br>; Susanne Schultz, *Intersectional Convivialities. Brazilian Black and Popular Feminist Approaches to the Justiça Reprodutiva Framework*, in: dies., *Reproductive Racism. Migration, Birth Control and the Specter of Population*, London 2023, S. 151–189.

06 Vgl. *Kitchen Politics* (Anm. 1).

07 Vgl. Netzwerk Reproduktive Gerechtigkeit, *Warum wir von Reproduktiver Gerechtigkeit sprechen. Manifest des Netzwerks Reproduktive Gerechtigkeit*, Berlin 2021, <https://repro-gerechtigkeit.de>; AG Reproduktive Gerechtigkeit, *Reproduktive Gerechtigkeit. Eine Einführung*, Berlin 2023, www.gwi-boell.de/sites/default/files/2023-08/endif_reproduktiverechte_web_dopelseiten_1.pdf.

08 Vgl. Ross (Anm. 1); Ross et al. (Anm. 2), S. 19f.

fahrungen, die Menschen aus verschiedenen sozialen Gruppen im Kontext reproduktiver Politiken machen, können in ihrer Unterschiedlichkeit *und* in ihren Gemeinsamkeiten zusammengedacht werden. So lässt sich eine breite und zugleich differenzierte Perspektive auf Reproduktionsverhältnisse schaffen. Für diese Bezugnahme haben allerdings diejenigen, die das Konzept in Umlauf brachten, klare Kriterien entwickelt. Damit soll verhindert werden, dass es – gerade im Rahmen seiner enorm dynamischen Rezeption und Verbreitung – verwässert oder vereinnahmt wird. So ist zum Beispiel ein kollektives Verständnis von Menschenrechten ein wichtiges Kriterium: Gemeinsame Unterdrückungserfahrungen sollen als strukturelle Bedingungen für Handlungsspielräume kenntlich gemacht werden, um sich klar von (neo-)liberalen und individualistischen Bezügen abzugrenzen. Der gesellschaftlich vielfach verankerten Privatisierung gerade von Fragen rund um das Kinderkriegen und Mutter-/Elternschaft soll so entgegengewirkt werden. Zentrales Kriterium ist, dass Akteur*innen, die sich auf RG beziehen, ungleich verteilte Ressourcen ebenso wie institutionelle Kontrolle und Repression als Einflussfaktoren für den Grad an reproduktiver Selbstbestimmung herausarbeiten und ihre Wirkungen deutlich machen.

Des Weiteren zielt die Idee eines Rahmenkonzepts darauf ab, vielstimmige Allianzen zu ermöglichen, um reproduktive Unterdrückung als Erfahrungen zu verstehen, die auf geteilten, aber nicht identischen Geschichten beruhen.⁰⁹ Um dies zu ermöglichen, ist insbesondere die Methode des „Storytelling“ ein wichtiger Vorschlag im Rahmen der US-amerikanischen Debatte. Durch das Sprechen über und das Teilen von persönlichen Erfahrungen der reproduktiven Unterdrückung entsteht für die Betroffenen eine Deutungsmacht, die sie zu aktiven Akteur*innen in der Aushandlung politischer Perspektiven und Transformationsmöglichkeiten macht. Der Ansatz des Storytelling darf jedoch nicht verwechselt werden mit einem neoliberalen Ansatz, der in selbstoptimierender Manier zu individualisierten Veränderungen des eigenen Lebensstils aufruft. Stattdessen werden durch persönliche Erfahrungen Perspektiven für gesamtgesellschaftliche Veränderungen entwickelt.¹⁰

⁰⁹ Vgl. Ross (Anm. 1), S. 32.

¹⁰ Vgl. Ross et al. (Anm. 2), S. 22.

GEGEN ANTINATALISMUS UND SELEKTION: DAS RECHT, SICH FÜR KINDER ENTSCHEIDEN ZU KÖNNEN

Womit genau beschäftigen sich nun Analysen zu den spezifischen Grundsätzen der RG? Welche Forderungen werden erhoben? Zentrale und im *Pro-Choice*-Diskurs ausgeblendete Aspekte reproduktiver Gerechtigkeit ergeben sich zum Beispiel aus der Geschichte und Aktualität antinatalistischer und eugenischer Bevölkerungsprogramme. Diese waren oder sind darauf ausgerichtet, die Geburtenraten bestimmter sozial abgewerteter Bevölkerungsgruppen zu begrenzen oder zu verringern. In den USA bezieht sich die Debatte auf eine lange Geschichte der Sterilisierung von Schwarzen und Indigenen Menschen.¹¹ Auch wenn antirassistische Akteure dies seit den 1980er Jahren als systematische Praxis beenden konnten, haben NGOs auch danach immer wieder Beispiele für entsprechende Kontinuitäten ans Licht gebracht – so etwa die nicht medizinisch indizierte Entfernung von Gebärmüttern bei kalifornischen Gefangenen.¹²

Auch Verhütungsmittelprogramme spielen eine wichtige Rolle in der jüngeren Geschichte antinatalistischer Politik. So wurde in den USA das langzeitverhütende Hormonimplantat Norplant in den 1990er Jahren in Strafprozessen eingesetzt, um insbesondere Schwarze Frauen mit Unfruchtbarkeit zu bestrafen. Darüber hinaus wurde seine Nutzung mit sozialen Leistungen verknüpft – entweder als Bedingung, um Sozialleistungen zu erhalten, oder umgekehrt mit Bonuszahlungen als Anreiz, um sich das Implantat einsetzen zu lassen. Auch hier waren vor allem prekarierte Schwarze Personen betroffen.¹³ Norplant wurde allerdings vorrangig für den Einsatz im Globalen Süden entwickelt, was die transnationale Dimension antinatalistischer Programme verdeutlicht. Die Debatten um RG können dementsprechend an feministische Auseinandersetzungen um eine globale Bevölkerungspolitik anknüpfen, wie sie seit dem

¹¹ Vgl. Dorothy Roberts, *Killing the Black Body. Race, Reproduction, and the Meaning of Liberty*, New York 2017, S. 56ff.

¹² Vgl. Erin McCormick, *Survivors of California's Forced Sterilizations: „It's Like My Life Wasn't Worth Anything“*, 19.7.2021, www.theguardian.com/us-news/2021/jul/19/california-forced-sterilization-prison-survivors-reparations.

¹³ Vgl. Roberts (Anm. 11), S. 109.

Zweiten Weltkrieg etabliert wurde, um Geburtenraten im Globalen Süden durch Familienplanungsprogramme einzudämmen. Zwar wurde die entwicklungspolitische Bevölkerungsprogrammatische seit den 1990er Jahren im Sinne reproduktiver und sexueller Rechte und Gesundheit konzeptuell reformiert. Es blieb aber bei einer antinatalistischen Grundausrichtung, die in vielerlei Hinsicht von kolonialen Projektionen geprägt ist.¹⁴ In manchen Fällen ermöglichte dies auch eine Kontinuität offen repressiver Zwangsprogramme. Ein Beispiel war die Sterilisierung von über 200 000 Menschen, mehrheitlich bäuerlicher Indigener Frauen, in Peru Ende der 1990er Jahre.¹⁵

Inwiefern lässt sich die Debatte zu Antinatalismus und Selektion auf deutsche Verhältnisse übertragen? Erinnerungspolitisch spielt hier sicherlich die Geschichte der nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik und ihrer Nachwirkungen eine wichtige Rolle, so insbesondere die Sterilisierung von Jüd*innen, Rom*nja und Sint*izze, Schwarzen, behinderten Menschen und „Asozialen“. Bundesdeutsche Kontinuitäten betrafen etwa die Sterilisierung von behinderten Menschen auch nach 1945.¹⁶ Auch die Erinnerung daran, dass sich trans* Personen bis 2011 sterilisieren lassen mussten, wenn sie offiziell ihren Geschlechtseintrag ändern lassen wollten, wird in der RG-Debatte aufgegriffen. In der bundesdeutschen Gegenwart ist für die Thematik auch eine klassenselektiv-pronatalistische Familienpolitik seit den 2000er Jahren relevant. Diese konzentriert sich seit der Einführung des Elterngeldes auf die Förderung von Geburten in der deutschen Mittelschicht. Gleichzeitig wurden Transferleistungen für Erwerbslose, Wenigverdienende und Menschen mit prekärem Aufent-

haltsstatus abgebaut.¹⁷ Aktuell droht angesichts des Erstarkens rechter Positionen bis in die politische Mitte hinein ein Revival nationalistisch-völkischer Diskurse über eine bedrohte „deutsche Geburtenrate“. Die Kritik des Antinatalismus geht also immer auch mit der Frage einher, wessen und welche Kinder gesellschaftlich erwünscht sind und welche eher nicht.

Ein weiteres Thema, das für die Debatte um RG in Deutschland in den vergangenen Jahren wichtig geworden ist, ist die Frage der Ausweitung pränataldiagnostischer Screeningverfahren im Rahmen der gesetzlichen Gesundheitsversorgung. Etliche Organisationen haben etwa mit der Kampagne „No-NIPT“ deutlich gemacht, dass sie sich für das Recht auf Schwangerschaftsabbruch einsetzen, aber das selektive Aussortieren von Föten mit chromosomalen Besonderheiten auf der Grundlage neuer nicht-invasiver Testverfahren für gefährlich und behinderendiskriminierend halten.¹⁸

Eine noch offene Thematik für die RG-Diskussion ist, inwiefern mit dem Recht, sich für Kinder zu entscheiden, auch der Zugang zu neuen Reproduktionstechnologien verbunden ist. Diese ermöglichen einerseits Zugang zu biologischer Reproduktion jenseits heterosexueller „Fortpflanzung“, sind aber andererseits – Stichworte Leihgebären und Eizelltransfer – in neue globale reproduktive Ausbeutungsverhältnisse verwickelt. Zunächst einmal stellt die RG-Debatte hier ein kollektives Rechtsverständnis in den Mittelpunkt – das Recht, sich gegen strukturelle Gewalt und Fremdbestimmung zur Wehr setzen zu können. Dies unterscheidet sich prinzipiell von einem entkontextualisierten individuellen Recht, die Körper anderer für die Verwirklichung des eigenen Kinderwunsches instrumentalisieren beziehungsweise gesundheitlich beeinträchtigen zu dürfen. Was aus dieser politischen Prämisse folgt und wie konkrete medizinisch gestützte Praktiken des Kinderkriegens jenseits heteronormativer Familienkonstellationen jeweils politisch bewertet werden sollen, bleibt allerdings offen. Eine

14 Vgl. Kalpana Wilson, Re-Centring „Race“ in Development: Population Policies and Global Capital Accumulation in the Era of the SDGs, in: *Globalizations* 3/2017, S. 432–449; Daniel Bendix/Susanne Schultz, Antinatalismus und Big Pharma. Langzeitverhütung und das Rollback internationaler Entwicklungspolitik, in: Susanne Schultz, *Die Politik des Kinderkriegens. Zur Kritik demografischer Regierungsstrategien*, Bielefeld 2022, S. 191–220.

15 Vgl. Julieta Chaparro-Buitrago, Debilitated Lifeworlds: Women’s Narratives of Forced Sterilization as Delinking from Reproductive Rights, in: *Medical Anthropology Quarterly* 3/2022, S. 295–311.

16 Vgl. Jonte Lindemann, Historische Kontinuitäten der reproduktiven Selbstbestimmung von behinderten Menschen, in: *Gen-ethischer Informationsdienst* 266/2023, S. 14ff.

17 Vgl. Katrin Menke/Ute Klammer, Mehr Geschlechtergerechtigkeit – weniger soziale Gerechtigkeit. Familienpolitische Reformprozesse in Deutschland aus intersektionaler Perspektive, in: *Sozialer Fortschritt* 66/2017, S. 213–228.

18 Vgl. Bündnis gegen die Kassenfinanzierung des Bluttests auf Trisomien (#NoNIPT), *Selektive Pränataldiagnostik. Wollen wir das wirklich?*, August 2021, https://nonipt.de/wp-content/uploads/2021/09/NoNIPT_Broschuere.pdf.

kritische Einordnung dieser Frage nahm Loretta J. Ross 2022 in einer Debatte zu RG in Hamburg vor, bei der sie insbesondere die zugrundeliegende Genetisierung und Biologisierung von Verwandtschaft hinterfragte. Es gehe, so Ross, im Hype der Reproduktionsmedizin letztendlich nicht darum, für schon auf dieser Welt lebende Kinder zu sorgen, sondern um die narzisstische Selbsterhöhung der eigenen Biologie und Genetik.¹⁹

DAS RECHT, KINDER UNTER GUTEN BEDINGUNGEN AUFZUZIEHEN

Während der Protest gegen Antinatalismus und Selektion im Kontext transnationaler feministischer Bewegungen für reproduktive Rechte durchaus schon auf eine längere Geschichte zurückblicken kann, als es das Konzept der RG vermuten lässt, ist die dritte Forderung im Kanon der RG gewissermaßen neu. Denn Forderungen rund um marginalisierte Mutter- und Elternschaft wurden bisher kaum im Kontext der reproduktiven Rechte verhandelt, sondern eher in feministischen Debatten rund um Sorge- beziehungsweise Care-Arbeit. Die Perspektive der RG ist insofern etwas grundsätzlicher, als hier nicht nur thematisiert wird, welche gesellschaftlichen Verhältnisse Mutter- oder Elternschaft erschweren. Vielmehr drängt sich mit der dritten Forderung die Frage auf, welche sozialen Gruppen historisch und aktuell gesellschaftlich dazu „zugelassen“ beziehungsweise gefördert wurden und werden, Familie zu leben – wem es also überhaupt zugeschrieben wird, eine „gute Mutter“ sein zu können, und wem gerade nicht.

Historisch verweisen US-amerikanische Debatten auf die Geschichte der Versklavung und des systematischen Kindesentzugs.²⁰ Zudem setzen sie sich kritisch mit den Kontinuitäten institutioneller Gewalt durch Fürsorgeregime und die Kriminalisierung von Elternschaft auseinander. So leben in den USA Schwarze, Indigene und Kinder of Color aus verarmten Familien überproportional häufig in Pflegeheimen.²¹ Ansätze der RG stellen sich der Vorstellung von rassistisch

diskriminierten und prekär lebenden Familien als „dysfunktional“ oder „verdächtig“ entgegen. Statt individualisierend den Müttern beziehungsweise Eltern die Verantwortung für schlechte Lebensverhältnisse zuzuschreiben, wird gefordert, sie in ihren komplexen Bedarfen ernst zu nehmen und zu unterstützen.

In der deutschen RG-Debatte ist die Frage, wie marginalisierte Mütter oder Eltern ihre Kinder unter guten Bedingungen großziehen können – und welche Ausschlüsse es von dem Recht gibt, Familie leben zu können –, gerade erst am Anfang. Aber selbstverständlich kann an viele gesellschaftliche Auseinandersetzungen angeknüpft werden – für soziale Gerechtigkeit, für Antigewaltpolitiken, für diverse Familienformen, für verbesserte Lagen behinderter Eltern oder gegen institutionellen Rassismus.

Einerseits sind Forderungen nach ermöglichenden sozialen Bedingungen für Sorgearbeit wichtig, wie sie etwa auch in der „Care-Revolution-Kampagne“ angesprochen werden.²² So brauchen alleinerziehende Frauen als weiterhin eine der am meisten von Armut betroffenen sozialen Gruppen in Deutschland mehr Handlungsspielräume durch andere (Erwerbs-)Arbeitsverhältnisse und mehr öffentliche sowie kollektive Unterstützung, statt zur Zielscheibe reaktionärer Angriffe auf Bürgergeldempfänger*innen zu werden. Ebenso bleibt die Bekämpfung sexistischer Gewaltverhältnisse in Familien wichtig, um gute Sorgebedingungen zu ermöglichen.

Andererseits spielt für die RG-Debatte institutionalisierte Gewalt eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, wem die Mutter- oder Elternschaft ganz versagt wird: So sehen sich viele Menschen im Rahmen von Migrationsbewegungen dazu gezwungen, sich von ihren Kindern zu trennen. Repressive Grenzregime und ein verhinderter Familiennachzug führen dazu, dass sie oft dauerhaft von ihnen getrennt leben müssen.²³ Auch institutionelle Praktiken des Kindesentzugs gehören zu dieser Debatte, wenn etwa rassistische oder klassenhierarchische Projektionen auf marginalisierte Mütter und Eltern als nicht „erziehungsfähig“ eine Rolle spielen – und nicht tatsächliche Gewaltverhältnisse gegen Kinder. Einige Organisa-

¹⁹ Vgl. Loretta J. Ross, Was macht Deine DNA so besonders?, in: Gen-ethischer Informationsdienst 266/2023, S. 8.

²⁰ Vgl. Laura Briggs, Taking Children. A History of American Terror, Oakland 2020.

²¹ Vgl. ebd.

²² Vgl. <https://care-revolution.org>.

²³ Vgl. Miriam Gutekunst, „Und dieses Gesetz soll uns spalten.“ Ein Interview mit Aktivistinnen der Initiative „Familienleben für Alle!“, in: Movements 1/2023, S. 263–268.

tionen und Forschende fangen gerade erst damit an, sich dieser Problemlage anzunehmen und Fälle institutionellen Rassismus bei der staatlichen Inobhutnahme von Kindern zu dokumentieren.²⁴ Neben Sexarbeiter*innen sind es in Deutschland insbesondere Rom*nja und Sinti*zze, für die das Thema Kindesentzug mit kontinuierlichen Gewalterfahrungen verknüpft ist. So wird in einer aktuellen Studie über Rassismuserfahrungen von Rom*nja und Sinti*zze konstatiert, dass die massive Intervention des Kindesentzugs diese Gruppe „unverhältnismäßig und diskriminierend“ treffe. Gleichzeitig zeigt die Studie aber auch, dass Rassismus in Bezug auf Kinderschutz widersprüchlich funktioniert. Denn die in der Studie Interviewten beobachteten sowohl „unverhältnismäßige Interventionen“ als auch eine „mangelnde Handlungsbereitschaft der Jugendämter“ – und interpretierten Letzteres auch als „eine Vernachlässigung des Kindeswohls und der Schutzpflicht“.²⁵

Diese Beobachtung verweist darauf, dass die Problematik des institutionalisierten Kindesentzugs überaus komplex und spannungsreich ist und hier die Rechte von Herkunftsfamilien und Kindern auf Schutz vor Gewalt sowie die Rechte von Pflege- und Adoptiveltern zusammen diskutiert werden sollten. Es geht bei diesem Themenkomplex aber nicht nur um die oftmals bitteren Erfahrungen im Streit um Kinder, sondern auch um die vielen Möglichkeiten, mit Kindern in offenen Konstellationen, Nachbarschaften, Wahl- und Großfamilien oder „Dörfern“ – jedes Kind braucht bekanntlich ein ganzes Dorf, um großgezogen zu werden – gut zusammenzuleben.

WIE GEHT DIE REISE WEITER?

Das Konzept der RG ist in seinen transnationalen Reisen noch jung, und gleichzeitig gibt es eine

²⁴ Vgl. Lea Ulmer, Verletzbarkeit und Kindesentzug. Zum Begegnungsverhältnis alleinerziehender geflüchteter Frauen und dem Jugendamt, in: Camilla Angeli/Michaela Bstieler/Stephanie Schmidt (Hrsg.), Schauplätze der Verletzbarkeit. Kritische Perspektiven aus den Geistes- und Sozialwissenschaften, Berlin 2024, S. 117–132; Nina Winter, Rassismus im Jugendamt Berlin? Und plötzlich ist das Kind weg, 29.3.2023, www.nd-aktuell.de/artikel/1172009.rassismus-im-jugendamt-rassismus-im-jugendamt-berlin-und-plotzlich-ist-das-kind-weg.html.

²⁵ Isidora Randjelović et al., Studie zu Rassismuserfahrungen von Sinti:zze und Rom:nja in Deutschland, Alice Salomon Hochschule, Berlin 2020, S. 189f., S. 196.

starke Dynamik der Rezeption sowohl in Gesellschafts- und Geschlechterforschung als auch in intersektional-feministischen Bewegungen. Angedacht und angefangen wurde es als provokatives Bündniskonzept für eine Neuorientierung, Radikalisierung und Ausweitung feministischer Politiken rund um die Themen Abtreibung, Verhütung, Schwangerschaft Geburt und Elternschaft. Als theoriepolitisches Rahmenkonzept lädt es dazu ein, viele noch offene Fragen gemeinsam und vielstimmig zu diskutieren.

Zentral sind dabei zwei Anforderungen: einerseits der Aufruf zum Protagonismus, zur aktiven Unterstützung, und andererseits der Appell zur Präsenz derjenigen, die von multiplen Dimensionen reproduktiver Unterdrückung am meisten betroffen sind. Gleichzeitig gilt das Konzept als politische Programmatik, der sich alle anschließen können, die die ausdifferenzierte Kritik aktueller Reproduktionsverhältnisse und reproduktiver Ungerechtigkeiten verbreiten und politisch gegen die bestehenden Missstände angehen wollen. Wie bei vielen kritischen Bewegungskonzepten hängt das Gelingen beider Ansprüche nicht zuletzt davon ab, welche Allianzen, welche und wessen politische Bezugnahmen, welche Bildungskulturen und auch welche Arten und Schwerpunkte, Fragen der RG zu beforschen, sich in Zukunft weiterentwickeln werden. In bitteren Zeiten multippler Krisen und des Vordringens rechter Kräfte mit all ihren reaktionären biopolitischen Vorstellungen hängt viel von diesem Gelingen ab.

ANTHEA KYERE

ist Sozialwissenschaftlerin und Antidiskriminierungsberaterin. Sie ist Mitglied im Netzwerk Reproduktive Gerechtigkeit und publiziert regelmäßig zur Bedeutung von Reproduktiver Gerechtigkeit im deutschen Kontext.

SUSANNE SCHULTZ

ist Soziologin und Privatdozentin an der Goethe-Universität in Frankfurt am Main. Sie forscht unter anderem zu Politiken des Kinderkriegens, rassistischer Bevölkerungspolitik und unterschiedlichen Dimensionen selektiver Reproduktionsmedizin.

ENTKRIMINALISIERUNG DES SCHWANGERSCHAFTSABBRUCHS?

Zwei Perspektiven

Mit der Vorlage des Abschlussberichts der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin erhält auch die Frage, ob der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland strafrechtlich sanktioniert werden soll und muss, neue Dringlichkeit. Was spricht für, was gegen eine Reform?

Plädoyer für eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafrechts

Liane Wörner

Der Abbruch einer Schwangerschaft ist seit jeher maßgeblich mit seinen strafrechtlichen Konsequenzen konnotiert; er wird im Wesentlichen durch sein Verbot sichtbar.⁰¹ Oft nicht begründet wird, warum dies so ist – und nicht ausreichend begründbar ist, warum dies so sein muss.

NARRATIV UND CHANCE

Das Narrativ über den Schwangerschaftsabbruch ist zunächst maßgeblich ein bevölkerungspolitisches.⁰² Über die Entdeckung des Ungeborenen im Mutterleib⁰³ und den bevölkerungspolitischen Missbrauch des Themas in Deutschland⁰⁴ wurde es zu einer Erzählung über den Schutz ungeborenen Lebens. Für den Rechtswissenschaftler Walter Groppe sind deshalb die entsprechenden Vorschriften stets ein Seismograf für den Lebensschutz.⁰⁵ Im zeitgeschichtlichen Kontext trat erst spät die Erkenntnis hinzu, dass der Schutz des ungeborenen Lebens nur gemeinsam mit dem Schutz der Schwangeren und ihrer Gesundheit,

mit und nicht gegen ihren Willen zu verwirklichen ist.⁰⁶ Verkannt wurde dabei lange, dass mit dem Fokus auf den Lebensschutz für das Ungeborene mit Blick auf die Schwangere regelmäßig auf die Mutterrolle „vorgespult“⁰⁷ und das „Schwangergehen“⁰⁸ auf einen per se zumutbaren Ist- und Sollzustand verkürzt wird – und reproduktive Rechte auf ein Abwägungskriterium reduziert werden.

Dass die Übernahme einer ungewollten Schwangerschaft die Gesundheit einer Frau für den gesamten vor ihr liegenden Zeitraum der Schwangerschaft maßgeblich beeinträchtigt und mit einer Vielzahl gesundheitlicher Gefahren einhergeht,⁰⁹ gerät dabei ebenso wenig in den Blick wie die Tatsache, dass auch im sich an die Schwangerschaft anschließenden Zeitraum die gesamte physische und psychische Verfasstheit der Frau betroffen ist und identitätsprägend verändert wird. Dass in aller Regel eine vollständige Neuorganisation der gesamten Lebensumstände erforderlich ist, wird nicht beachtet. Mit dem Eintritt einer Schwangerschaft hat vielmehr ein Glückszustand zu bestehen,¹⁰ ganz gleich, ob die Umwelt einen solchen tatsächlich bereithält – und auch dann, wenn zur Herstellung dieses Glückszustands weder nahestehende Personen noch staatliche Institutionen mit erforderlichen Unterstützungsleistungen beitragen.

In einer umfassenden Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland läge die Chance einer strafrechtsdogmatisch denkbaren, widerspruchsfreien Vereinbarung reproduktiver Rechte mit dem Lebensschutz für Ungeborene. Ein umfassender Anspruch auf Beratung gerade

auch zu Schwangerschaft, Abbruch und Schwangerschaftskonflikt bei gleichzeitiger Sicherstellung der Versorgung böte die Chance einer erheblichen Verbesserung der Frauengesundheit, der Verbesserung von Lebenslagen von Frauen und damit einer Hilfestellung, die dann auch Hilfe für die Annahme einer Schwangerschaft sein kann. Erst mit der offenen möglichen Aussprache von Hindernissen, eine Schwangerschaft und ein Kind anzunehmen, lassen sich Wege entwickeln und aufzeigen, die bis heute weiter (ungebrochen und relativ) hohen Zahlen an frühen Schwangerschaftsabbrüchen zu senken. Deutschland käme so internationalen Vorgaben nach und könnte Vorreiter für eine Regelung sein, die die selbstbestimmte Entscheidung von Frauen über ihre grundlegenden reproduktiven Freiheiten respektiert, ihre Gesundheit schützt und verbessert und dabei zugleich den Lebensschutz für das Ungeborene entscheidend stärkt.

VERSORGUNGSSICHERUNG UND ENTSTIGMATISIERUNG

Die bei Einhaltung der gesetzlichen Voraussetzungen des §218a Absatz 1 StGB im Ergebnis straffreie, jedoch gleichwohl rechtswidrige Durchführung von Abbrüchen in der Frühphase der Schwangerschaft bedeutet weder deren Entkriminalisierung noch ein fehlendes Strafbarkeitsrisiko für die Beteiligten. Gleiches gilt für nach

01 Vgl. Günter Jerouschek, *Lebensschutz und Lebensbeginn. Kulturgeschichte des Abtreibungsverbots*, Stuttgart 1988. Dass die Strafbarkeit zugleich seit jeher in allen Kulturen Schwankungen unterworfen ist, betont schon Friedrich-Christian Schroeder, *Abtreibung, Reform des §218 StGB*, Berlin 1972, S. 1.

02 Vgl. Jerouschek (Anm. 1), S. 2ff.; Liane Wörner, Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, Arbeitsgruppe 1 – Möglichkeiten der Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuchs (im Folgenden: KOM-Bericht), Jülich 2024, Kap. 3.1.6.1.

03 Vgl. historisch Jerouschek (Anm. 1), S. 125 m.w.N., wobei zunächst der „Vorrang des Mutterlebens“ unstrittig blieb.

04 Vgl. ausführlich Christina Koch, *Schwangerschaftsabbruch: Reformdiskussion und Gesetzgebung von 1870 bis 1945*, Berlin u. a. 2004; Dirk von Behren, *Die Geschichte des §218 StGB*, Gießen 2004.

05 Vgl. Walter Gropp, §218, in: *Münchener Kommentar zum Strafgesetzbuch*, München 2003, Rn. 13.

06 Ausführlich zur Entwicklung des „notlagenorientierten Diskursmodells“ Albin Eser, *Das neue Schwangerschaftsabbruchsstrafrecht auf dem Prüfstand*, in: *Neue Juristische Wochenschrift (NJW)* 45/1992, S. 2913–2925; ders., *Schwangerschaftsabbruch: Auf dem verfassungsrechtlichen Prüfstand, Rechtsgutachten im Normenkontrollverfahren zum Schwangeren- und Familienhilfegesetz*, Baden-Baden 1994.

§218a Absatz 2 medizinisch und nach Absatz 3 kriminologisch indizierte (rechtmäßige) Abbrüche. Die Zulässigkeitsfrage spitzt sich hier in der Spätphase der Schwangerschaft mangels Leitlinien für den Umgang mit Abbrüchen nochmals zu, wenn jeweils im Einzelfall entschieden werden muss, wie mit außerhalb des Uterus lebensfähigen Feten umgegangen werden soll und darf.¹¹ Die Voraussetzungen für die Straffreiheit sind hier von den Beteiligten jeweils zu schaffen und zu erweisen. Steht ihr Vorliegen infrage, droht ein Strafverfahren; im Falle der Schwangerschaftsabbrüche in der Frühphase besteht nicht einmal die Chance auf ein rechtmäßiges Verhalten.

Die aktuelle Rechtslage schafft damit Zugangshindernisse, die die Versorgungssicherheit gefährden, und fördert die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen. Ärztinnen und Ärzte werden zur Mitwirkung an bürokratisch aufwendigen, gesondert abzurechnenden und im Falle der Abbrüche in der Frühphase sogar rechtswidrigen Verfahren verpflichtet¹² und setzen sich so ebenfalls den Risiken der Strafverfolgung aus. Ausweislich der ELSA-Studie¹³ nehmen von denjenigen Ärztinnen und Ärzten, die keine Schwangerschaftsabbrüche

07 So etwa das Bundesverfassungsgericht, wenn es das „Lebensrecht des Ungeborenen [zu keinem Zeitpunkt] der freien, rechtlich nicht gebundenen Entscheidung eines Dritten, und sei es selbst der Mutter, überantwortet“. BVerfGE 88, 203 (Schwangerschaftsabbruch II), Leitsatz 4.

08 Begriff und Aussage nach Barbara Duden, *Der Frauenleib als öffentlicher Ort – Vom Mißbrauch des Begriffs Leben*, Frankfurt/M. 1991, S. 1, S. 17; dies., *Zwischen „wahrer Wissen“ und Prophetie: Konzeption des Ungeborenen*, in: dies./Jürgen Schlumbohm/Patrice Veit (Hrsg.), *Geschichte des Ungeborenen*, Göttingen 2002, S. 11–48; Ian Donald/John McVicar/Tom Brown, *Investigation of Abdominal Masses by Pulsed Ultrasound*, in: *The Lancet* 1/1958, S. 1188–1195.

09 Zu den Gefahren und Risikofaktoren für Komplikationen in der Schwangerschaft vgl. Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, Arbeitsgruppe 2 – Möglichkeiten der Regulierung der Eizellspende und der altruistischen Leihmutterchaft, Jülich 2024, Kap. 1.4.2.1 und 1.4.2.2; vgl. auch Laura Klein/Friederike Wapler, *Reproduktive Gesundheit und Rechte*, in: APuZ 20/2019, S. 20–26.

10 Kritisch hierzu bereits Sarah Diehl, *Die Paragraphen 219 und 218 Strafgesetzbuch machen Deutschland zum Entwicklungsland*, in: APuZ 20/2019, S. 31–33.

11 Vgl. Stephanie Wallwiener, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 2.3.2.2 und 2.5.

12 Vgl. dies., KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 2.4; Daphne Hahn, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 4.4. Ein Weigerungsrecht nach §12 Schwangerschaftskonfliktgesetz gilt unbenommen.

13 Vgl. *Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA-Studie)*, <https://elsa-studie.de>. Vgl. auch Rona Torenz et al., *Data on*

vornehmen, nur etwa fünf Prozent aus Gewissensgründen nicht an den Verfahren teil; der weit überwiegende Anteil bleibt wegen der mit dem Verfahren einhergehenden Schwierigkeiten fern. Dass 2023 erneut 106 218 Abbrüche – davon 103 045 in der Frühschwangerschaft – und damit ein weiterer Anstieg um 2,2 Prozent zu verzeichnen war,¹⁴ ändert nichts daran, dass alle an diesen Abbrüchen Beteiligten die Straftatvoraussetzungen nach § 218 Absatz 1 StGB erfüllen – und Straffreiheit erst durch das Einhalten der Verfahrensmaßgaben erlangen konnten.

Stellt man dem die Zahlen der strafrechtlichen Verfolgung und Verurteilung gegenüber, zeigt sich, dass nur rund ein Prozent der statistisch erfassten Abbrüche polizeilich¹⁵ und davon wiederum nur rund zehn Prozent gerichtlich verfolgt werden, bei zumeist einstelligen jährlichen Verurteilungszahlen.¹⁶ Auch ärztliche Pflichtverletzungen nach §§ 218b und 218c StGB haben kaum kriminologische Relevanz. Die grundsätzliche Kriminalisierung verhindert also Schwangerschaftsabbrüche nicht, sondern führt nur dazu, dass sie unter erschwerten bis rechtlich unsicheren Bedingungen mit zugleich erheblicher strafrechtlicher Stigmatisierung erfolgen.¹⁷

Dass es nur zu wenigen strafrechtlichen Verfahren kommt, ist kein Argument gegen eine Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs,¹⁸ sondern stellt vielmehr gerade infrage, ob Straf-

recht als Ultima Ratio hier überhaupt zum Einsatz kommen darf.¹⁹ Selbst wenn man beachtet, dass die verbleibenden Verurteilungen wegen Schwangerschaftsabbruchs vornehmlich Fälle nicht einverständlichen Abbruchs in Verbindung mit Gewalttaten gegen Schwangere betreffen,²⁰ rechtfertigt dies gerade nicht den Kriminalappell gegenüber allen und schützt deshalb auch nicht das ungeborene Leben in besonderem Maße. Vielmehr besteht hier sogar eine Strafbarkeitslücke, deren Schließung die Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin dem Gesetzgeber ebenfalls dringend nahegelegt hat.²¹

Nach allem bedarf es des strafrechtlichen Schutzes der Schwangeren vor Abbrüchen gegen ihren Willen und vor unsicheren Abbrüchen – und es bedarf des Schutzes des ungeborenen Lebens vor Eingriffen gegen den Willen der Schwangeren, denn hier wird der Schwangerschaftsabbruch in der Strafstatistik relevant.

INTERNATIONALE VORGABEN

Unter Berücksichtigung internationaler Vorgaben erweist sich die Beibehaltung der aktuellen Rechtslage in Deutschland sogar in vielerlei Hinsicht als widersprüchlich.²² Denn unter dem Vorwand gefundener rechtlicher Kompromisse für das deutsche Recht – verkürzt: die Abwägung zwischen staatlichem Schutzauftrag zum Lebensschutz und dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren – wird übersehen, dass das Recht so zwar Embryo und Fetus weitreichende Leistungsansprüche gegenüber der Schwangeren zuerkennt,²³ deren reproduktive Gesundheit

Regional Availability and Accessibility of Abortion Providers in Germany, in: *Research in Health Services and Regions* 2/2023, <https://doi.org/10.1007/s43999-023-00036-4>.

14 Vgl. Statistisches Bundesamt, 2,2 % mehr Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2023, www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_164_233.html.

15 Nach den Zahlen der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) handelte es sich 2019 um 72, 2020 um 93, 2021 um 80 und 2022 um 90 Fälle. Siehe www.bka.de/DE/AktuelleInformationen/StatistikenLagebilder/PolizeilicheKriminalstatistik/pks_node.

16 2019: 11 Gerichtsverfahren, 5 Verurteilungen; 2020: 7 Verfahren, 6 Verurteilungen; 2021: 13 Verfahren, 7 Verurteilungen. Seit 2022 werden die Verurteilungen wegen der geringen Zahl nicht mehr gesondert ausgewiesen, sondern unter der Rubrik „andere Straftaten gegen die Person“ erfasst. Vgl. Statistisches Bundesamt, Strafverfolgung – Fachserie 10 Reihe 3 – 2021, 29. 11. 2022, www.destatis.de/DE/Themen/Staat/Justiz-Rechtspflege/Publicationen/Downloads-Strafverfolgung-Strafvollzug/strafverfolgung-2100300217004.html; siehe auch Liane Wörner, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 3.1.1.

17 Vgl. Daphne Hahn, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 4.4.6.

18 So aber Michael Kubiciel, Verfassungsrechtliche Grenzen einer Reform der §§ 218ff. StGB, Konrad-Adenauer-Stiftung, Berlin 2024, S. 4, www.kas.de/de/monitor/detail/-/content/verfassungsrechtliche-grenzen-einer-reform-der-218-ff-stgb.

19 Vgl. z. B. Deutscher Juristinnenbund, Neues Regelungsmodell für den Schwangerschaftsabbruch, Berlin 2023, S. 3; Eva Maria Bredler/Valentina Chiofalo, Für eine Zeitenwende im Abtreibungsrecht, 8. 2. 2023, <https://verfassungsblog.de/fur-eine-zeitenwende-im-abtreibungsrecht>; Céline Cathérine Feldmann, Strafrechtliche Perspektiven, in: AWO/Pro Familia/Deutscher Juristinnenbund, Factsheet zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs, Berlin, 28. 9. 2023; Liane Wörner, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 8.2.2.

20 So ausgeführt bei Kubiciel (Anm. 18), S. 5.

21 Vgl. Liane Wörner, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 3.1.1 und 8.2.2.

22 Vgl. Bettina Weißer, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 7.3; Paulina Starski, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 6.1.

23 Vgl. Ute Sacksofsky, „Produktive Sexualität“: Bevölkerungspolitik durch Recht, in: Ulrike Lembke (Hrsg.), *Regulierungen des Intimen*, Wiesbaden 2017, S. 97–116, hier S. 105.

und Selbstbestimmung aber weitgehend unbeachtet lässt.²⁴ Die existenzielle, unauflöslich relationale Verbundenheit, die mit einer Schwangerschaft zwangsläufig einhergeht, wird vielmehr ausschließlich zu Ungunsten der Schwangeren aufgelöst.²⁵ Der „verfassungsrechtlich vorgeprägte Mittelweg“²⁶ verfehlt, genau besehen, die Mitte. Hinzu kommt, dass die Maßnahmen der reproduktiven Gesundheit und Geburtshilfe in den vergangenen 30 Jahren weitgehend ökonomisiert wurden. Geburtsstationen wurden geschlossen, Hebammen sehen sich mit hohen Haftpflichtprämien konfrontiert, kostenfreie Verhütungsmittel gibt es nur für bestimmte Altersgruppen gesetzlich Versicherter – all dies hat zu Versorgungslücken beigetragen.²⁷

Im Mai 2023 wurde Deutschland vom UN-Ausschuss für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau gerügt, weil die auf die Pflichtberatung folgende dreitägige Wartezeit, die im Ergebnis nicht zu einer rechtmäßigen Handlung führt, den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen erheblich erschwert.²⁸ Die Zugangsbeschränkungen treffen aus Sicht des Gremiums einseitig die Schwangere, schränken ihre reproduktive Entscheidungsfreiheit und Autonomie ein und bedingen soziale und wirtschaftliche Abhängigkeiten, verbunden mit den Gefahren weiterer Diskriminierungen. Bereits 2017 hatte der

Ausschuss moniert, dass der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland keine Kassenleistung ist, und Regelungen zur Kostenerstattung über die Krankenversicherung für alle Schwangerschaftsabbrüche angemahnt.²⁹ Zwar ist die Bundesrepublik nicht unmittelbar zur Umsetzung der Empfehlungen verpflichtet, als Vertragsstaat hat sie jedoch die Frauenrechtskonvention (CEDAW) umzusetzen. Artikel 16 Absatz 1e CEDAW sowie Artikel 23 Absatz 1b der UN-Behindertenrechtskonvention (CRPD) garantieren zudem Frauen und Menschen mit Behinderungen das Recht auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl und den Altersunterschied ihrer Kinder sowie den Zugang zu den für die Ausübung dieses Rechts erforderlichen Informationen und Mitteln. Der Status als Vertragsstaat erfordert damit jedenfalls die Kenntnisnahme dieser Rechte und die Prüfung etwaiger Umsetzungsmöglichkeiten und -defizite.³⁰

In Bezug auf das nationale Strafrecht ist darüber hinaus festzuhalten, dass – nach der vom UN-Menschenrechtsausschuss unter Berücksichtigung des Rechts auf Leben aus Artikel 6 des Internationalen Pakts über die bürgerlichen und politischen Rechte ausgesprochenen Empfehlung – die Vertragsparteien sicherstellen sollen, dass keine strafrechtlichen Sanktionen für Personen greifen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen.³¹ Auch insoweit ist eine Prüfung angezeigt, ob eine Straffreiheit erst im Ergebnis – und nach Überwinden gesetzlich bestimmter Zugangshindernisse – ausreichend ist. Gefordert ist eine Verschränkung der international anerkannten reproduktiven Rechte mit den Grundlinien des deutschen Verfassungsrechts. Das muss sich für die Rechtsordnung insbesondere in den sensiblen Bereichen des Strafrechts und des Gesundheitsrechts auswirken.

24 Vgl. auch Klein/Wapler (Anm. 9), S. 26.

25 Deutlich kritisch dazu bereits Dagmar Oberlies, § 218 – ein Grenzfall des Rechts?, in: Kritische Justiz 2/1992, S. 199–213; Maria Wersig, Reproduktion zwischen „Lebensschutz“, Selbstbestimmung und Technologie, in: Lena Foljanty/Ulrike Lembke (Hrsg.), Feministische Rechtswissenschaft. Ein Studienbuch, Baden-Baden 2012, S. 186–201.

26 So zuletzt erneut Kubiciel (Anm. 18), S. 8.

27 Die Zahl der Krankenhäuser mit Entbindungsstationen hat sich seit 1991 von 1186 um rund 43 Prozent und seit 2007 um weitere 22 Prozent auf 672 Entbindungsstationen im Jahr 2017 reduziert, 2021 gab es noch 629 Entbindungsstationen. Vgl. Martin Albrecht et al., Stationäre Hebammenversorgung, Gutachten für das Bundesministerium für Gesundheit, September 2019, S. 77, www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Gesundheit/Berichte/stationaere_Hebammenversorgung_IGES-Gutachten.pdf; Statistisches Bundesamt, Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser, Fachserie 12, Reihe 6.1.1, Wiesbaden 2022, S. 85. Eine weitere Erhöhung der Altersgrenze zur kostenfreien Vergabe von Verhütungsmitteln scheint wegen der damit verbundenen hohen Kosten – rund 20 Millionen Euro je Altersgruppe – kaum möglich.

28 Vgl. United Nations, Concluding Observations on the Ninth Periodic Report of Germany, CEDAW/C/DEU/CO/9, 31.5.2023, Rn. 45.

29 Vgl. dies., Concluding Observations on the Seventh and Eighth Periodic Report of Germany, CEDAW/C/DEU/CO/7-8, 9.3.2017, Rn. 38.

30 Deutlich schon Beate Rudolf/Felicitas Chen, Die Bedeutung von CEDAW in Deutschland, in: Hanna Beate Schöpp-Schilling/Beate Rudolf/Antje Gothe (Hrsg.), Mit Recht zur Gleichheit. Die Bedeutung des CEDAW-Ausschusses für die Verwirklichung der Menschenrechte von Frauen weltweit, Baden-Baden 2015, S. 25–70; Paulina Starski, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 6.2.4 und 6.3.2.

31 Vgl. United Nations, General Comment No. 36, 3.9.2019, CCPR/C/GC/36, Rn. 8; dies., Concluding Observations on the Combined Tenth to Twelfth Reports of the United States of America, CERD/C/USA/CO/10-12, 21.9.2022, Rn. 36.

ZUR KORREKTUR DES DEUTSCHEN „MITTELWEGS“

Die andauernde (Fehl-)Erzählung des Schwangerschaftsabbruchs als Straftat, seine in der Durchführung insbesondere der frühen Abbrüche ungebrochen hohe statistische Relevanz bei strafprozessualer Nicht-Relevanz, die völkerrechtlichen Maßgaben zu reproduktiver Gesundheit und Lebensschutz für Frauen sowie die Empfehlungen zu barrierefreien, legal gesicherten und als Gesundheitsleistung zu finanzierenden Abbrüchen verdeutlichen, wie notwendig eine Neuabwägung der Strafbarkeitsfrage ist.

Dem wird man sich auf Basis der verfassungsgerichtlich gefestigten Argumentation zur staatlichen Schutzpflicht, auch gegenüber dem ungeborenen menschlichen Leben, nicht entziehen können. Die Fortgeltung verfassungsrechtlicher Grundlagen steht dabei nicht infrage. Die Schutzpflichtdogmatik ist heute anerkannt, sie erfasst die von Verfassungen wegen gebotene Pflicht des Staates, Leben, körperliche Unversehrtheit und Freiheit des Einzelnen zu schützen³² – und nach herrschender Ansicht in Artikel 2 Absatz 2 GG auch das ungeborene Leben, weil mit der Verschmelzung von Ei und Samenzelle ein identitätsstiftendes genetisches Programm zur Entwicklung menschlichen Lebens festgelegt wird.³³ Strittig ist nicht das „Ob“ des Schutzes, sondern das „Wie“ – und die Frage, inwieweit dem ungeborenen Leben bereits Menschenwürde oder „nur“ ein entsprechender Achtungsanspruch zukommt.³⁴ Für die hier erforderliche Neuabwägung kommt es aber nicht maßgeblich darauf an, ob das Bundesverfassungsgericht zukünftig zwischen dem Schutz Ungebo-

rener und Geborener zu Differenzierungen neigen wird, die es in der Vergangenheit verneint zu haben meinte.³⁵ Zum Schutz des ungeborenen Lebens bedarf es keiner neuer (normativer) Einsichten, abgesehen vielleicht von der Feststellung, dass dieser Schutz auch bisher schon nur lückenhaft und unzureichend erfolgte, wenn etwa Embryo und Fetus gegen Eingriffe gegen den Willen der Schwangeren nicht gesondert geschützt sind.³⁶

Neue normative Einsichten sind vielmehr in Bezug auf die Grundrechtspositionen der Schwangeren, ihre Gesundheitsrechte und ihre reproduktiven Rechte einzufordern – und vor dem Hintergrund der völkerrechtlichen und EU-weiten Entwicklungen auch zu erwarten. Wenn man so will, ist die biologische Erkenntnis aller erforderlich, dass die Übernahme einer Schwangerschaft kein „Sonntagsspaziergang“ ist, sondern eine lebenslange Herausforderung, die mit einer Vielzahl gesundheitlicher Gefahren einhergeht. Eine Auflösung des Güterkonflikts mittels praktischer Konkordanz wurde bisher nicht erzielt. Wer sie, nach umfassender inter- und intradisziplinärer Prüfung und verfassungsrechtlicher Gesamtabwägung, wagt,³⁷ wird zu dem Ergebnis kommen, dass es der teilweisen Neuausrichtung der Erfüllung der staatlichen Schutzpflicht – hier zum Schutz des ungeborenen Lebens – deshalb bedarf, weil die Frau nur insoweit zur Erfüllung jener Schutzpflicht in Anspruch genommen werden darf, wie ihr dies zuzumuten ist.³⁸ Das aber ist – unter Hinzunahme der reproduktiven Gesundheit und Freiheit der Frau – keineswegs automatisiert und immer der Fall, sondern ist gerade im Fall der ungeplanten und ungewollten Schwangerschaft wegen der damit einhergehenden umfassenden Eingriffe in die gesamte Verfasstheit der Frau grundsätzlich nicht so.

Das bedeutet in der Folge zweierlei: *Erstens* ist die Schwangere bei Unzumutbarkeit der Fortset-

32 Vgl. nur BVerfGE 115, 320 (346f.) und BVerfGE 120, 274 (319) sowie zum Lebensschutz und der damit verbundenen Werteordnung BVerfGE 142, 313, Rn. 69 und BVerfGE 157, 30, Rn. 145.

33 Vgl. statt aller Matthias Herdegen, Art. 1 Abs. 1, in: Günter Dürig/Roman Herzog/Rupert Scholz (Hrsg.), Grundgesetz. Kommentar, 98. Ergänzungslieferung, März 2022, Rn. 65.

34 Zu den einzelnen Auffassungen vgl. ausführlich Frauke Brosius-Gersdorf, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 5.2.1.1 (Menschenwürdegarantie) und 5.2.1.2 (Grundrecht auf Leben). Problematisch ist darin jedenfalls, allein aus der Identität zwischen embryonalem und geborenem menschlichem Leben auf einen gleichen Würdeanspruch zu schließen. Vielmehr ist die grundrechtliche Statuszuschreibung auch in der embryonalen Frühphase begründungsbedürftig. Vgl. Friederike Wapler, Art. 1 Abs. 1, in: Frauke Brosius-Gersdorf (Hrsg.), Dreier Grundgesetz Kommentar, Bd. 1, München 2023⁴, Rn. 87.

35 Auch insoweit lässt sich vorsichtig zweifeln, denn Schutzabstufungen enthält das geltende Strafrecht bereits heute, und zwar auch solche, die sich biologisch nicht rechtfertigen lassen.

36 Vgl. Kubiciel (Anm. 18).

37 Vgl. ausführend Frauke Brosius-Gersdorf, KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 5.2.4.

38 Deutlich dies., KOM-Bericht (Anm. 2), Kap. 5.2.4; vgl. zur Begrenzung auf die Zumutbarkeit für die Frau auch BVerfGE 88, 203 (Schwangerschaftsabbruch II).

39 Urteil des Reichsgerichts vom 11. März 1927, RGSt 61, 242 (256), hier ging es zunächst nur um den „übergesetzlichen Notstand“.

zung der Schwangerschaft entpflichtet. Die Übernahme der sogenannten Gefahrtragungspflicht darf dann von ihr nicht verlangt werden, der Abbruch muss rechtmäßig und darf nicht strafbar sein. Letztlich liegt darin nur eine Fortschreibung schon der Rechtsprechung des Reichsgerichts,⁹⁹ nun aber unter konsequenter Berücksichtigung der reproduktiven Gesundheit und Freiheit der Frau.

Zweitens muss der Staat – keineswegs unter Absenkung des Schutzniveaus – ausreichend Maßnahmen ergreifen, um seine Schutzpflichten für das ungeborene Leben *und* für die reproduktive Gesundheit der Frau zu erfüllen. Das erfordert den Schutz vor ungewollten und unsicheren Abbrüchen und den Schutz der Gesundheit der Frau durch ein barrierefreies, ihre reproduktive Autonomie schützendes Verfahren (präventiv) und vor Verletzungen (repressiv); es erfordert den Schutz des ungeborenen Lebens mit gezielten Maßnahmen zum Schutz vor ungewollten Schwangerschaften (präventiv) und vor Eingriffen gegen den Willen der Schwangeren (repressiv). Wenn trotz anerkannter Schutzpflicht außerstrafrechtliche Regelungen getroffen werden, ist das kein Verstoß gegen das sogenannte Unterraumverbot. Vielmehr liegt es in der Natur der Sache, verfahrensgebende, gebündelt präventive Maßnahmen außerhalb des Strafrechts zu regeln. Mit Strafrecht als *Ultima Ratio* lassen sich nur *Unrechts-handlungen* einer Strafe zuführen, die im Falle des Schwangerschaftsabbruchs eben nicht per se vorliegen, sondern allenfalls dort, wo die für die Schwangere zumutbar fortsetzbare Schwangerschaft abgebrochen wird. Für das Strafrecht kommen mithin allein gegen den Willen der Schwangeren gerichtete und gesundheitsgefährdende Angriffe infrage. Die besonders schwierigen und alle Beteiligten herausfordernden Fragen der Zulassung sogenannter Spätabbrüche bedürfen hingegen eines eigenen Augenmerks – und weiterer Debatten.

LIANE WÖRNER

ist Professorin für Strafrecht, Strafprozessrecht, Strafrechtsvergleichung, Medizinstrafrecht und Rechtstheorie an der Universität Konstanz und Direktorin des Zentrums für Human | Data | Society. Sie leitete die Arbeitsgruppe 1 der von der Bundesregierung eingesetzten Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin.

Plädoyer für eine Ethik der Bezogenheit

Irme Stetter-Karp

Das strafrechtliche Verbot des Schwangerschaftsabbruchs führt seit seiner erstmaligen Normierung 1871 zu Konflikten und gesellschaftlichen Debatten. Insofern sollte nicht überraschen, dass auch jetzt wieder intensiv darüber diskutiert wird. Gleichzeitig sind die Pläne der Bundesregierung für eine Änderung des bestehenden Gesetzes weder hinreichend klar noch ist die Diskussion in der ganzen Gesellschaft schon angekommen; eine breite Debatte dazu steht noch aus. Dennoch sind bereits überaus starke Narrative am Werk. Diese sind verführerisch, bei näherer Betrachtung aber oberflächlich.

Eine sachorientierte, fachlich fundierte Argumentation ist gerade bei diesem Thema notwendig.⁰¹ Gesellschaftspolitische Fragen, die so sehr über die Existenz und die Lebenswirklichkeit von Frauen und von ungeborenen Kindern entscheiden, enthalten ethische Dilemmata, die unvermeidbar sind. Umso mehr empfiehlt sich Sachkenntnis, Respekt und der aufrichtige Versuch, die Position der und des jeweils Anderen verstehen zu wollen.

Wie lässt sich die bestehende Gesetzeslage in Kurzform kennzeichnen? Auf der Basis eines Urteils des Bundesverfassungsgerichts gilt nach § 218 und § 219 Strafgesetzbuch (StGB) seit 1995, dass bei einer Entscheidung für einen Abbruch dieser rechtswidrig ist, aber unter definierten Voraussetzungen straffrei bleibt. Adressiert wird dabei nicht die werdende Mutter, sondern die Person, die den Schwangerschaftsabbruch vornimmt. Diese Kompromisslösung hat den politischen Lagern und der Gesellschaft seinerzeit einiges abverlangt. Die derzeitige Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag festgehalten, dass der § 218 StGB auf den Prüfstand soll und dafür eine Regierungskommission berufen. Diese legte am 15. April 2024 auf 600 Seiten ihre Empfehlungen vor.⁰² Die Expertenkommission empfiehlt, dass in der Frühphase der Schwangerschaft Abbrüche nicht mehr grundsätzlich rechtswidrig sein sollen. Gleichzeitig legt sie differenziert dar, wie bei einer eventuellen Entscheidung des Parlaments zur

Streichung des § 218 im Strafgesetzbuch Schutzaspekte in anderer Weise zu garantieren sind. Sollte der Gesetzgeber einen Änderungsbedarf feststellen, wird er sich mit den folgenden Argumenten auseinandersetzen müssen.

DOPPELTE ANWALTSCHAFT FÜR DIE FRAU UND DAS KIND

Ein wesentliches Ziel einer jeden gesetzlichen Regelung muss sein, Frauen in existenziellen Situationen zu unterstützen. Die geltende Gesetzeslage reagiert auf ein Spannungsfeld, das kaum größer sein könnte. Die Gesetzeslogik folgt dem im Grundgesetz verankerten Recht eines jeden Menschen auf Leben, womit auch das Recht des ungeborenen Kindes geschützt wird. Das bewährte Schutzkonzept in doppelter Anwaltschaft für die Mutter und das ungeborene Kind trägt dem Rechnung. In der Praxis der Konfliktberatung gehören Zielorientierung und Ergebnisoffenheit zusammen. Was auf den ersten Blick wie ein Widerspruch wirken mag, trägt zu dem Ziel bei, zwei grundlegenden Rechtsgütern bestmöglich gerecht zu werden: dem Recht auf Leben und dem Selbstbestimmungsrecht der Frau.

Es werden alle Lösungswege verfolgt, um das Leben des ungeborenen Kindes zu schützen. Dafür ist die Erkenntnis leitend, dass das Leben des ungeborenen Kindes nur zusammen mit der Mutter geschützt werden kann. Die Frage ist also, wie ein Staat das grundgesetzlich garantierte Recht auf Leben und das Selbstbestimmungsrecht der Frau im Detail am besten schützen kann und muss. Dazu muss der Gesetzgeber die vielfältigen Herausforderungen zur Kenntnis nehmen, die einem Schwangerschaftsabbruch zugrunde liegen. Hierzu liegen Studien und Daten vor, die bislang zu wenig gewürdigt wurden.⁰¹ Demnach sind vor

allem die folgenden Faktoren für die Entscheidung ausschlaggebend, eine Schwangerschaft abzuberechnen: Partnerschaftsprobleme, biografische Gründe, Überforderung, äußerer Druck und materielle Sorgen.

RECHT AUF LEBEN

Aus ethischer und medizinethischer Perspektive sind mehrere normative Prinzipien für eine Urteilsbildung relevant: Autonomie, relationale Autonomie und die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens. Die Organisation der Vereinten Nationen für Erziehung, Wissenschaft und Kultur (UNESCO) hat 2005 die „Universal Declaration on Bioethics and Human Rights“ verabschiedet, in der es in Artikel 5 heißt: „The autonomy of persons to make decisions, while taking responsibility for those decisions and respecting the autonomy of others, is to be respected.“⁰⁴ Dies zeigt, wie das ethische Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Menschen international an Relevanz gewonnen hat, wenngleich bei einer genaueren Analyse kulturell geprägte unterschiedliche Reichweiten, Ausprägungen und Grenzmarkierungen nicht zu übersehen sind.⁰⁵

Je stärker allerdings der Begriff „Autonomie“ in der Postmoderne mit dem Begriff der „Selbstbestimmung“ konnotiert ist, umso mehr muss daran erinnert werden, dass sich Autonomie und Freiheit erst dem „freiheitsermöglichenden bzw. -förderlichen Zusammenleben mit allen anderen“ verdanken⁰⁶ – und dass die Freiheit des einen an der Freiheit der anderen endet. Insoweit ist Autonomie ebenso wenig grenzenlos wie Freiheit. Wie die Medizinethikerin Claudia Wiesemann zutreffend beschreibt, ist Autonomie immer als soziales Konstrukt zu verstehen und steht in Abhängigkeit soziokultureller Aushandlungsprozesse.⁰⁷

01 Zum Hintergrund: Im Sommer 2022 entbrannte um einen Meinungsartikel von mir in der Wochenzeitung „Die Zeit“ eine Debatte um den § 218, deren Polarisierung in den deutschen konservativen katholischen Medien an die Kulturkampf-Arenen erinnerte und bis nach Osteuropa ausstrahlte. Vgl. Irme Stetter-Karp, Recht auf Leben, Recht auf Selbstbestimmung, in: Die Zeit/Christ und Welt, 14. 7. 2022.

02 Vgl. Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (im Folgenden „Kommissionsbericht“), Jülich 2024.

03 Vgl. z. B. Florian M. Dienerowitz/Svetlana Hetjens/Axel W. Bauer, Gründe für den Schwangerschaftskonflikt in Deutschland – ein Untersuchungsansatz, in: Geburtshilfe und Frauenheilkunde 7/2022, S. 689–692.

04 UNESCO, Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, www.unesco.org/en/ethics-science-technology/bioethics-and-human-rights.

05 Vgl. dazu Irme Stetter-Karp, Assistierter Suizid. Eine Frage der Humanität?, Münster–Berlin 2023.

06 Deutscher Ethikrat, Ethische Orientierung zur Frage einer allgemeinen gesetzlichen Impfpflicht, Ad-hoc-Empfehlung, 22. 12. 2021, www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-allgemeine-impfpflicht.pdf.

07 Vgl. Claudia Wiesemann, Autonomie als Bezugspunkt einer universalen Medizinethik, in: Ethik in der Medizin 24/2012, S. 287–295.

Ansätze relationaler Autonomie verweisen darauf, dass sich Selbstbestimmung in sozialen Beziehungen auf der Basis wechselseitiger Anerkennung und Sorge konstituiert. Gerade in den vergangenen Jahren verstärken sich in Philosophie und Ethik Debatten um die Frage, ob der Anspruch auf Selbstbestimmung zu apodiktisch interpretiert wird und die vielseitigen Interdependenzen des Lebens zu wenig gewürdigt werden.⁰⁸ Vertreter:innen relationaler Autonomiekonzepte, etwa die Theologin und Ethikerin Hille Haker, verweisen auf das Spannungsfeld von Selbstständigkeit, Verletzlichkeit und Bezogenheit. Dabei darf nicht übersehen werden, dass just aus der feministischen Philosophie und Ethik vergleichbare Einwürfe kommen,⁰⁹ ähnlich argumentiert auch die „Salzburger Erklärung“ feministischer Theologinnen.

Welche Rechte kommen dem ungeborenen Kind zu? In verfassungsrechtlicher Hinsicht wird der Embryo durch Artikel 1 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 des Grundgesetzes (GG) geschützt. Während der personale Schutzbereich des Artikels 1 die Würde des „Menschen“ erfasst, schützt Artikel 2 Absatz 2 Satz 1 ausdrücklich das menschliche „Leben“. Durch das Grundgesetz wird der Staat verpflichtet, sich schützend und fördernd vor jedes menschliche Leben zu stellen. Dies umfasst ausdrücklich auch das ungeborene Leben. Das Bundesverfassungsgericht hat mit seinem Urteil vom 28. Mai 1993 offengelassen, ob der verfassungsrechtliche Schutz des menschlichen Lebens bereits mit der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle oder erst ab der Einnistung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter (Nidation) beginnt.

Während noch 2018 der wissenschaftliche Dienst des Deutschen Bundestages zur Bewertung kam, dass ein großer Teil der Literatur dem ungeborenen Leben bereits ab dem Zeitpunkt der Nidation den Schutz der Verfassung zuspricht, hat sich die von der aktuellen Bundesregierung beauftragte Kommission für eine andere Empfehlung entschieden. Bei allem Respekt für die insgesamt sehr sorgfältige und detaillierte Analyse der Kommission wirft die Empfehlung, dem Embryo in der ersten Phase der Schwangerschaft keinen

diesbezüglichen staatlichen Schutz zuzusprechen, mehrere gewichtige Fragen auf und kann insofern nicht nachvollzogen werden. Der Gedanke des „Lebens-von-Anfang-an“ ist nicht allein im biblisch-christlichen Konzept der Gottesebenbildlichkeit verankert, sondern auch das antike Würdeverständnis und die neuzeitliche Ausprägung der Menschenwürde sind Quellen dafür. Der Anspruch, als Mensch in seinem Mensch-Sein geachtet zu werden, ist kein Sonderdenken religiös geprägter Menschen, sondern konstitutiv für Recht und Demokratie in einem modernen demokratischen Rechtsstaat. Auch deshalb ist nicht zu erwarten, dass eine eventuelle Entscheidung der Regierung rasch zu einer zwischen den drei zuständigen Ministerien abgestimmten Beschlussempfehlung und entsprechenden Debatten des Deutschen Bundestages führen wird.

Medizinethisch sind für die Frage nach der Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens die sogenannten SKIP-Argumente relevant. SKIP steht für die vier Begriffe Spezies-, Kontinuitäts-, Identitäts- und Potenzialitätsargument. Prägnant und allgemeinverständlich übersetzt die medizinische Fachdebatte der ehemalige Verfassungsrichter Paul Kirchhof, wenn er für die Schutzwürdigkeit eines Embryos ab dem Zeitpunkt der Nidation plädiert und das Fazit des Bundesverfassungsgerichts über den Schutzstatus des Embryos so begründet: Der Zeitpunkt sei laut Bundesverfassungsgericht richtig, weil „es sich bei dem Ungeborenen um individuelles, in seiner genetischen Identität und damit in seiner Einmaligkeit und Unverwechselbarkeit bereits festgelegtes, nicht mehr teilbares Leben handelt, das sich im Prozess des Wachsens und sich Entfaltens nicht erst zum Menschen, sondern als Mensch entwickelt“.¹⁰

Auch der Deutsche Ethikrat ist der Auffassung, dass hier keine Abstufungen in Betracht gezogen werden dürfen. Diese Überzeugung teile ich. Eine Abstufung der Schutzwürde, gekoppelt an die extrauterine Lebensfähigkeit des Embryos oder dessen kognitives Vermögen, hätte jenseits der Frage des Schwangerschaftskonflikts weitreichende Folgen, beispielsweise bei der Frage der Aberkennung von Persönlichkeitsrechten von demenziell erkrankten Menschen.

08 Vgl. dazu etwa die Arbeiten von Carol Gilligan, Claudia Wiesemann, Humberto Maturana oder Otfried Schöffner.

09 Vgl. Carol Gilligan, *In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development*, Cambridge, MA 1982.

10 Paul Kirchhof, *Genforschung und die Freiheit der Wissenschaft*, in: Otfried Höffe et al., *Gentechnik und Menschenwürde. An den Grenzen von Ethik und Recht*, Köln 2002, S. 9–35.

Und selbst wenn man dem Gedanken einer abgestuften Schutzwürdigkeit folge, so der Ethikrat, spreche doch die größere Hilfsbedürftigkeit des Embryos dafür, ihm einen höheren Schutzanspruch einzuräumen, zumal es für ihn um alles oder nichts gehe.¹¹ In der Ethik werden die Bedürfnisse von Menschen mit höherem Schutzanspruch aktuell unter den Begriffen „Vulnerabilität“ und „Verletzlichkeit“ verhandelt.¹² In dieser Perspektive werden Gerechtigkeitsfragen gezielt aufgewertet. Statt einseitig auf reproduktive Selbstbestimmung zu setzen, geht es darum, reproduktive Gerechtigkeit anzustreben und den Lebensschutz mittels einer Anerkennungsgerechtigkeit zu gewährleisten.

Sollte die derzeitige Bundesregierung der Empfehlung der Kommission Folge leisten und ein abgestuftes Lebensrecht anstreben, hätte das überdies zur Folge, dass ein praktikabler Modus gefunden werden müsste, wie die von medizinischen Fortschritten abhängige extrauterine Lebensfähigkeit des Embryos definiert beziehungsweise, noch schwieriger, jeweils auf aktuellem Stand gehalten werden kann. Kurzum: Der bestehende §218 hat die ethischen Dilemmata und die widerstreitenden Interessen über die vergangenen drei Jahrzehnte hinweg austariert und wurde dabei von einem gesellschaftlichen Konsens getragen. Die von der Kommission vorgelegten Gründe, jetzt auf ein abgestuftes Lebenskonzept zu setzen, überzeugen nicht.

QUALIFIZIERTE BERATUNG FÜR ALLE FRAUEN

Derzeit wird auch darüber diskutiert, ob, verbunden mit der gesetzlichen Änderung von §218 StGB, die Pflichtberatung abgeschafft werden soll. Die langjährige berufliche Kenntnis der täglichen Arbeit in den Schwangerschaftsberatungsstellen veranlasst mich, entschieden für die Beibehaltung der Pflichtberatung für alle Frauen in einem Schwangerschaftskonflikt einzutreten. Die

sorgfältige Analyse der Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch, wie sie uns durch Studien vorliegen, lassen den Schluss zu, dass eine Fachberatung durch unabhängige Dritte hilfreich ist. Ziel der Beratung muss sein, gemeinsam mit der Ratsuchenden Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu entwickeln. Grundlegende Voraussetzung einer solchen Beratung ist der Respekt vor der Freiheit und Würde der Ratsuchenden. Insofern erfolgt die Beratung zielorientiert, doch ergebnisoffen. Die Aufgabe der professionellen Fachkräfte ist es, ressourcenorientiert zu arbeiten und den Frauen im Schwangerschaftskonflikt den Blick auf Stärkendes in ihrem Umfeld zu eröffnen.

Für die Konfliktberatung ist es im Alltag von Bedeutung, dass Frauen einen freien Zugang zu den Beratungsstellen haben. Der Deutsche Bundestag hat am 5. Juli 2024 das Schwangerschaftskonfliktgesetz geändert und es um Maßnahmen gegen die sogenannte Gehsteigbelästigung erweitert.¹³ Diese Gesetzesänderung ist ausdrücklich zu begrüßen, weil sie Voraussetzung dafür ist, dass Frauen ungehindert und ohne Belästigung durch Dritte Zugang zu Beratungsstellen haben. Der Kommissionsbericht hat im April 2024 anerkannt, dass Beratungsstellen auch über die Pflichtberatung hinaus wesentlich zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten beitragen können, unter anderem durch Beratung im Kontext auffälliger pränataldiagnostischer Befunde, der Angebote zur Paarberatung und der sexuellen Bildung. Nach Ansicht der Kommission kann der Gesetzgeber entscheiden, weiterhin die Pflichtberatung vorzuschreiben, er kann die Pflicht zur Beratung aber auch beenden. Im letzteren Fall muss der Gesetzgeber aus Kommissionssicht ein breites, niedrigschwelliges, barrierearmes und vielsprachiges professionelles Beratungsangebot garantieren – und zwar als Teil eines umfassenden Rechtsanspruches. Allerdings zeigt die Erfahrung, dass freiwillige Beratungsangebote deutlich weniger nachgefragt werden. Insbesondere Frauen in prekären Situationen, die besonders von der Beratung profitieren, würden so nicht mehr erreicht werden. Zudem ist in der jetzigen Lage der Sozialpolitik Skepsis angebracht, ob ein neues Beratungsangebot finanziell zu realisieren sein würde.

¹¹ Vgl. Deutscher Ethikrat, Präimplantationsdiagnostik, Berlin 2011, www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-praeimplantationsdiagnostik.pdf.

¹² Vgl. Giovanni Maio, Ethik der Verletzlichkeit, Freiburg 2024; Kerstin Schlögl-Flierl/Paula Ziehmman, Addressing the Needs and Demands of Child Welfare. A Connection Between AI Ethics and Ethics of Vulnerability, in: Michael Reder/Christopher Kostka (Hrsg.), Künstliche Intelligenz und ethische Verantwortung, Bielefeld 2024, S. 85–100.

¹³ Vgl. Zweites Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, Bundestagsdrucksache 20/10861 und 20/12151.

HERAUSNAHME AUS DEM STRAFRECHT?

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nach geltendem Recht innerhalb der ersten zwölf Wochen auch dann straffrei möglich, wenn keine Indikationen im Sinne der § 218a Absatz 2 und 3 StGB festgestellt worden sind. Bedingung ist allein, dass die Frau mindestens drei Tage vor Durchführung der Abtreibung einen Beratungstermin wahrgenommen hat. Das geltende Gesetz unterstellt im Falle eines danach vorgenommenen Abbruchs im Interesse der Frau so schwerwiegende individuelle Gründe, dass das Lebensrecht des ungeborenen Kindes hinter diesen zurückzustehen hat. Strafen drohen daher in diesem Fall weder Frauen noch Ärzten. Sie handeln straffrei.

Wenn in der Öffentlichkeit aktuell zu hören ist, dass § 218 StGB schwangere Frauen oder Ärztinnen und Ärzte kriminalisiere, dann muss sachlich festgehalten werden, dass § 218a StGB diese Kriminalisierung explizit ausschließt, worauf Juristen auch hinweisen. Eine Auswertung der Strafverfolgungsstatistik der Jahre 2006 bis 2021 etwa ergibt, dass insgesamt nur 148 Personen nach § 218 StGB verurteilt worden sind.¹⁴ Das entspricht statistisch zwischen sieben und neun Personen pro Jahr, betroffen sind fast ausnahmslos Männer, die gewalttätig gegenüber Frauen wurden, mit der Folge der Tötung des Embryos. Die Relation zu den rund 100 000 straffreien Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr in Deutschland spricht für sich. Die Rede von der Kriminalisierung von Frauen jedenfalls lässt sich in der Sache nicht halten.

Festzuhalten ist, dass sich die verfassungsrechtlich garantierte Schutzpflicht des Staates nicht auf ein Niveau von Empfehlungen herunterstufen und auch nicht auf Dritte delegieren lässt. Es ist der Staat selbst, der den Schutz garantieren muss, zu dem ihn die Verfassung verpflichtet. Das klassische Instrument hierfür ist das Strafgesetzbuch. Der Einwand, völkerrechtlich sei eine Herausnahme aus dem Strafrecht angezeigt, wird zwar vermehrt vorgebracht und normativ mit dem Begriff der reproduktiven Autonomie der Frau hinterlegt. Dieser Einwand ig-

¹⁴ Vgl. Michael Kubiciel, Verfassungsrechtliche Grenzen einer Reform der §§ 218 ff. StGB, Konrad-Adenauer-Stiftung, Berlin 2024, www.kas.de/de/monitor/detail/-/content/verfassungsrechtliche-grenzen-einer-reform-der-218-ff-stgb.

noriiert aber, dass das Völkerrecht sich mit dem Lebensrecht Ungeborener nicht explizit auseinandersetzt beziehungsweise dazu keine eindeutige Interpretation bietet.

VERBESSERUNGSBEDARF

In einer Frage gibt es beim bestehenden Gesetz allerdings Verbesserungsbedarf, und dieser betrifft die medizinische Indikation. Diese ist laut Kommissionsbericht in den Jahren von 1996 bis 2022 eine fast konstante Größe. Ihr Anteil unter allen Indikationen bei Schwangerschaftsabbrüchen lag zum Beispiel 2008 bei 2,5 Prozent, 2021 bei 4,1 Prozent. Die Feststellung der (Un-)Zumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft ist besonders in denjenigen Konstellationen kritisch, bei denen es nicht um eine Gefahr für das Leben der Frau beziehungsweise ihre Gesundheit geht, sondern wo eine Abwägung aus Fragen zum erwartbaren postnatalen Zustand des Kindes erwächst. Bis zum Einsetzen der Geburtswehen ist ein Spätabbruch möglich. Die Kommission kritisiert zu Recht, dass es an Kriterien insbesondere für den Umgang mit auffälligen pränataldiagnostischen Befunden mangelt. Über die medizinische Indikation wird damit eine versteckte embryopathische Indikation Realität, obwohl diese doch bewusst abgeschafft worden war. Vom Gesetzgeber ist zu erwarten, dass er die gesetzlichen Ziele zur Inklusion gesellschaftspolitisch im Rahmen des § 218 mitdenkt.¹⁵

Anders gefragt: Lässt es sich in einer Gesellschaft, die dem Paradigma der Inklusion einen so hohen Stellenwert einräumt, politisch verantworten, Föten mit Behinderungen den Schutz des Lebens vorzuenthalten? Über 90 Prozent Schwangerschaftsabbrüche bei Embryonen mit Trisomie 21 seien als Beispiel angeführt. Der Empfehlung der Kommission, die medizinische Indikation in der aktuellen Gesetzesform zu überdenken, stimme ich daher zu, auch wenn konkrete Änderungsvorschläge noch fehlen. Schließlich sei ein letzter virulenter Punkt benannt: Es gibt Indi-

¹⁵ Vgl. dazu die aktuelle Fassung des Sozialgesetzbuchs SGB XII, www.gesetze-im-internet.de/sgb_12/SGB_12.pdf.

¹⁶ Vgl. Stetter-Karp (Anm. 1); Tatjana Coerschulte, Abtreibung: Hilfe für Frauen in Notlagen ist in Deutschland lückenhaft, 13.8.2022, www.fr.de/-91722402.html.

¹⁷ Vgl. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1391545/umfrage/umfrage-zur-abschaffung-des-paragrafen-218-stgb-in-deutschland>.

zien dafür, dass die Versorgungslage im Falle der Entscheidung einer Frau zum Schwangerschaftsabbruch verbessert werden muss.¹⁶ In dieser Frage konnte sich die Kommission nun jedoch just nicht einigen, weil die Datenlage zu widersprüchlich sei. Vor allem hinsichtlich der Frage erheblicher Differenzen zwischen den Bundesländern ist dies ein erhebliches Desiderat.

SCHLUSS

Der Ball für eine mögliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs liegt jetzt politisch im Feld der Ampelregierung. Für die Beibehaltung des Gesetzes gibt es sehr gute Argumente. Die wichtigsten hier vorgetragenen Argumente sind der dem ungeborenen Leben in der Verfassung zuerkannte Schutzstatus, die doppelte Anwaltschaft für die Frau und das Kind sowie die Einsichten aus der Beratungspraxis. Die Argumente lassen sich vertiefen in den wertvollen Anregungen einer Ethik der Bezogenheit, die im

politischen Raum bis heute zu wenig reflektiert werden.

Sollte sich die Bundesregierung dennoch auf eine Änderung des geltenden Gesetzes einigen, ist angesichts der ethischen Dilemmata eine sachlich orientierte und breite Diskussion in der Gesellschaft zwingend erforderlich. Nicht übersehen werden sollte dann auch, dass laut demoskopischer Daten¹⁷ 54 Prozent der Befragten in Deutschland die Meinung vertreten, dass §218 StGB weiter gelten sollte – Schwangerschaftsabbrüche also nur bis zur 12. Woche und mit Pflichtberatung straffrei bleiben sollten.

IRME STETTER-KARP

ist promovierte Sozialwissenschaftlerin und Medizinethikerin und Präsidentin des Zentralkomitees der deutschen Katholiken (ZdK). Von 2010 bis 2022 war sie Vizepräsidentin des Deutschen Caritasverbandes.

Schon gehört?

Die APuZ gibt es auch als Podcast!



REPRODUKTIVE GESUNDHEIT

Zwischen individuellen Ansprüchen und gesellschaftlichen Realitäten

Daphne Hahn

Reproduktive Gesundheit ist ein Thema von zentraler Bedeutung für jeden Menschen und beeinflusst nicht nur die soziale Entwicklung, sondern auch die körperliche und psychische Gesundheit.⁰¹ Das an den Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation (WHO) angelehnte Konzept umfasst das vollständige körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden in all jenen Belangen, die mit dem Fortpflanzungssystem und seinen Funktionen zusammenhängen. Es reicht von der Familienplanung über das Thema Schwangerschaft und Geburt bis hin zum Umgang mit sexuell übertragbaren Krankheiten.

Vorstellungen über „Reproduktion“ – über die Zahl der gewünschten Kinder, Formen und Zugang zu Methoden der Familienplanung, Schwangerschaft und Geburt – sind heute an die Überzeugung geknüpft, dass sexuelle und reproduktive Entscheidungen individuelle Entscheidungen sind, die Menschen selbstbestimmt treffen.⁰² Zugleich ist das Thema politisch, weil es mit Vorstellungen von Familie und Geschlecht, dem „richtigen“ Zeitpunkt, Kinder zu gebären, oder der Frage verbunden ist, wem das Kinderkriegen überhaupt zusteht – und wem nicht. Diese Vorstellungen haben sich historisch gewandelt.⁰³ So sollten zum Beispiel Gesetze gegen den Verkauf und die Verbreitung von Verhütungsmitteln, die 1920 in Frankreich, 1930 in Italien und 1941 im nationalsozialistischen Deutschland erlassen wurden, das Wachstum der Bevölkerung fördern. Der 1871 normierte und noch heute im Strafgesetzbuch (StGB) im 16. Abschnitt („Straftaten gegen das Leben“) verortete Paragraf 218, der den Schwangerschaftsabbruch unter Strafe stellt, diente ursprünglich ebenfalls der Sicherung des Bevölkerungswachstums.⁰⁴ Das 1933 in Paragraf 219a StGB verankerte Verbot, in „grob anstößiger Weise“ für Abbrüche von Schwangerschaften zu „werben“, verfolgte – bis zu seiner

Streichung 2022 – das Ziel, Frauen den Zugang zu Informationen über die Möglichkeit des Schwangerschaftsabbruchs zu erschweren. Und Gesetze wie das ebenfalls 1933 erlassene „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ dienten dazu, eine „rassenhygienische Politik“ durchzusetzen und Leben zu verhindern, das als „unwert“ galt.

Reproduktion und reproduktive Gesundheit stehen an der Schnittstelle zwischen individueller Freiheit und gesellschaftlichen Vorstellungen, sie sind in ein komplexes Geflecht aus Machtverhältnissen, sozialen und politischen Normen, Geschlechtervorstellungen, sozioökonomischen Umständen, religiösen Ansichten und biopolitischen Strategien eingebettet. Der Wandel der entsprechenden Ansichten und Praktiken über die Zeit spiegelt insofern nicht nur neue objektive Erkenntnisse wider, sondern ist auch Ausdruck der dynamischen Auseinandersetzung zwischen individuellen Bedürfnissen und gesellschaftlichen Interessen.

Die Geschichte der reproduktiven Gesundheit ist somit auch eine Geschichte von Kontrolle und Widerstand, von der Durchsetzung staatlicher Interessen und von der Emanzipation individueller Lebensplanungen. Ihre Anerkennung als fundamentales Menschenrecht markiert insofern einen entscheidenden Wendepunkt im Verständnis von körperlicher Selbstbestimmung und Entscheidungsfreiheit. Neben den Themen Schwangerschaft, Geburt und Schwangerschaftsabbruch zählen hierzu auch Fragen rund um die „assistierte Reproduktion“, insbesondere die Themen Eizellspende, Leihmutterchaft und Elternschaft, aber auch der Zugang zu Verhütungsmitteln und geschlechtliche und sexuelle Vielfalt. Nicht zuletzt ist reproduktive Gesundheit damit ein Spiegel gesellschaftlicher Gleichheit: Unterschiede im Zugang zu reproduktiven Gesundheitsdiensten und ihre unterschiedliche Qualität offenbaren

oft tiefer liegende Ungleichheiten innerhalb einer Gesellschaft.

REPRODUKTIVE GESUNDHEIT ALS KONZEPT UND SCHNITTSTELLE ZUR SEXUELLEN GESUNDHEIT

Das Konzept der „Sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte“ (SRGR) geht auf die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (AEMR) von 1948 zurück und verknüpft gesundheitliche Aspekte mit Rechten im Bereich der Reproduktion.⁰⁵ Der Ursprung des Begriffs „Reproduktive Rechte“ lässt sich in das Jahr 1968 zurückverfolgen, als er in der Schlusserklärung der Menschenrechtskonferenz in Teheran eingeführt und als das Recht von Paaren definiert wurde, selbst zu entscheiden, ob und wann sie Kinder haben möchten und in welchen Abständen diese geboren werden.⁰⁶ Auf der Weltbevölkerungskonferenz in Bukarest 1974 wurde dieses Recht erweitert und umfasste nun auch das Recht auf Zugang zu Bildung und Informationen über Verhütungsmethoden sowie die Nutzung entsprechender Dienste und Mittel für eine selbstbestimmte Geburtenkontrolle.⁰⁷ Der Zugang zu Verhütung, wie wir ihn heute kennen, ist also ein Ergebnis langjähriger internationaler Diskussionen.⁰⁸

Die anhaltenden Debatten über die Anerkennung von Sexualität als integraler Bestandteil der Menschenrechte mündeten 1994 auf der Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo in einen internationalen Konsens, der insbeson-

dere durch die globale HIV/AIDS-Krise möglich wurde, die gemeinschaftliches Handeln erforderte.⁰⁹ Auf der Kairo-Konferenz wurde auch der Begriff „Reproductive Health“ geprägt, durch den Reproduktion, Sexualität und Gesundheit erstmals explizit mit den allgemeinen Menschenrechten verknüpft wurden.¹⁰ Dies schloss Rechte wie jenes auf gewaltfreie Partnerschaften und sexuelle Selbstbestimmung ein, deckte aber auch Themenbereiche wie Familienplanung, Mütter- und Kindersterblichkeit, Teenagerschwangerschaften, assistierte Reproduktion oder die Prävention gegen häusliche Gewalt ab. Obwohl die Konvention der 179 teilnehmenden Staaten auf den Grundwerten von Selbstbestimmung, Autonomie und Menschenwürde basierte, blieb das Recht auf Schwangerschaftsabbruch ausdrücklich ausgeklammert.

In jüngeren Diskussionen wurde das Konzept der sexuellen und reproduktiven Gesundheit um zusätzliche Themen erweitert, darunter um das der sexuellen Orientierung, Intersexualität und der damit einhergehenden Diskriminierung und Stigmatisierung. Auch die Themen sexuelles Vergnügen, sexuelle Funktionsstörung, die Prävention und Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten sowie der Anspruch auf umfassende Aufklärung in sexuellen und reproduktiven Fragen spielen hier eine Rolle. Zahlreiche internationale Dokumente zu Sexualität und Reproduktion haben in den vergangenen zehn Jahren dazu beigetragen, diese Themen vermehrt in den Fokus nationaler und internationaler Debatten zu rücken.¹¹

01 Vgl. Doris Chou et al., *Sexual Health in the International Classification of Diseases (ICD): Implications for Measurement and Beyond*, in: *Reproductive Health Matters* 46/2015, S. 185–192; Ann M. Starrs et al., *Accelerate Progress – Sexual and Reproductive Health and Rights for All: Report of the Guttmacher-Lancet Commission*, in: *The Lancet* 10140/2018, S. 2642–2692; Ann Starrs, *A Lancet Commission on Sexual and Reproductive Health and Rights: Going Beyond the Sustainable Development Goals*, in: *The Lancet* 9999/2015, S. 1111 f.; WHO (Hrsg.), *Sexual Health, Human Rights, and the Law*, Genf 2015.

02 Vgl. Daphne Hahn, *Sexuelle und reproduktive Rechte und Gesundheit. Der Schwangerschaftsabbruch als Menschenrechts- und Public-Health-Frage*, in: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* 53/2022, S. 11–24; dies., *Moder- nisierung und Biopolitik. Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch in Deutschland nach 1945*, Frankfurt/M.–New York 2000.

03 Vgl. dies., *Diskurse zum Schwangerschaftsabbruch nach 1945*, in: Ulrike Busch/dies. (Hrsg.), *Abtreibung. Diskurse und Tendenzen*, Berlin–Bielefeld 2015, S. 41–59.

04 Vgl. z. B. Dirk von Behren, *Kurze Geschichte des Paragrafen 218 Strafgesetzbuch*, in: *APuZ* 20/2019, S. 12–19.

05 Vgl. Vereinte Nationen, *Resolution der Generalversammlung 217 A (III)*, 10.12.1948.

06 Vgl. dies., *Proclamation of Teheran: Final Act of the International Conference on Human Rights, A/CONF. 32/41*, Teheran, 22.4.–13.5.1968.

07 Vgl. United Nations Population Information Network (POPIN), *World Population Plan of Action, E/CONF.60/19*, Bukarest, 19.–30.8.1974.

08 Vgl. Hahn 2022 (Anm. 2).

09 Vgl. Jane Cottingham/Eszter Kismödi/Julia Hussein, *Sexual and Reproductive Health Matters – What’s in a Name?*, in: *Sexual and Reproductive Health Matters* 1/2019, S. 1 ff.

10 Vgl. United Nations Population Fund (UNFPA), *Report on the International Conference on Population and Development, Kairo*, 5.–13. September 1994, www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_eng_2.pdf; WHO, *Preventing Unsafe Abortion. Fact sheet 388*, www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion; Elke Thoß, *Das Recht auf Verhütung. Erfolge und Rückschläge*, in: *Forum Sexualaufklärung und Familienplanung* 3/2005, S. 29–33.

11 Vgl. Hahn 2022 (Anm. 2).

Reproduktive und sexuelle Gesundheit sind eng miteinander verwoben, da Entscheidungen und Zustände im einen Bereich direkte Auswirkungen auf den anderen haben. Besonders deutlich wird das beim Thema Verhütung: Verhütungsmethoden bieten Menschen einerseits die Möglichkeit, über ihre reproduktive Gesundheit eigenständig zu entscheiden, und sie erlauben es ihnen, bewusst zu planen, wann und unter welchen Voraussetzungen sie eine Familie gründen beziehungsweise Kinder haben möchten. Andererseits sind diese Methoden von entscheidender Bedeutung für die sexuelle Gesundheit, da sie nicht nur vor sexuell übertragbaren Infektionen schützen, sondern auch von der Angst vor ungewollten Schwangerschaften befreien und dadurch die sexuelle Lust fördern. Indem sie es Individuen ermöglichen, ihre sexuellen Erfahrungen ohne Sorge zu genießen, spielen Verhütungsmethoden eine wesentliche Rolle bei der Förderung einer selbstbestimmten und beglückenden Sexualität.

Ähnliches gilt für den Bereich Schwangerschaft (und Schwangerschaftsabbruch). Eine Schwangerschaft beeinflusst nicht nur die körperliche Gesundheit einer Person, sondern auch ihr sexuelles Leben und ihre psychische Gesundheit. Entscheidungen rund um eine Schwangerschaft, einschließlich jener zum Schwangerschaftsabbruch, sind ganz erheblich von den Umständen der sexuellen Gesundheit und den persönlichen, sozialen und ökonomischen Ressourcen eines Menschen beeinflusst.

FAMILIENPLANUNG UND VERHÜTUNG

Ein Beispiel, das das komplexe Wechselspiel zwischen individuellen Vorstellungen, gesellschaftlichen Erwartungen und Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verdeutlicht, ist das Thema Familienplanung und Verhütung. Familienplanung beschreibt den Prozess, durch den Individuen oder Paare die Anzahl und den Zeitpunkt der Geburt ihrer Kinder bestimmen. Sie ist ein integraler Bestandteil der persönlichen Lebensgestaltung, kann aber nicht nur als eine Reihe von persönlichen oder paarbezogenen Entscheidungen zur Frage des Zusammenlebens verstanden werden, sondern ist ein komplexer Vorgang, der von verschiedenen gesellschaftlichen Diskursen, Struk-

turen und rechtlichen Regelungen beeinflusst wird.¹²

Familienplanung ist eingebettet in die Lebensgestaltung der Individuen und umfasst zum Beispiel Entscheidungen darüber, ob und wann Menschen mit der Elternschaft beginnen möchten, wie viele Kinder sie haben wollen, in welchen Abständen diese Kinder geboren werden sollen und wann die Familienplanung abgeschlossen ist. Die meisten Menschen treffen die Entscheidung darüber, ob, wann und unter welchen Bedingungen sie eine Schwangerschaft beginnen und fortsetzen möchten, im Hinblick auf eine gute Elternschaft und die Lebensqualität und Lebenschancen eines Kindes.¹³ Allerdings unterstellt der Terminus „Familienplanung“ ein rationalistisches Planungs- und Entscheidungsverständnis. Im Alltag ist Familienplanung hingegen mit zahlreichen affektiven, spontanen und zufälligen Entscheidungen verwoben – und erfolgt als Folge gelebter Sexualität manchmal auch erst im Nachhinein.¹⁴ Zugleich fließen hier auch soziale, wirtschaftliche, kulturelle und politische Faktoren ein: Die Ausgestaltung der Familie unterliegt etwa milieuspezifischen Regeln, für die auch Unterschiede der sozialen Herkunft und der sozialen Chancen relevant sind. Trotz gewachsener Freiheiten für die Einzelnen bestimmen nach wie vor starke gesellschaftliche Normen mit darüber, unter welchen Bedingungen eine Familiengründung mit der Geburt von Kindern als passend erachtet wird – und welche Folgen es vor allem für Frauen hat, wenn sie von diesen Normen abweichen.¹⁵ Alters- und Sequenznormen etwa – nicht zu jung und nicht zu alt zu sein, die Ausbildung abge-

12 Vgl. Dominik Gerstner, Determinanten der ersten Reaktion auf unbeabsichtigte und ungewollte Schwangerschaften. Erkenntnisse aus der Studie „frauen leben 3“, in: Daniel Doll et al. (Hrsg.), Beiträge zur Forschung zu Geschlechterbeziehungen, Gewalt und privaten Lebensformen. Disziplinäres, Interdisziplinäres und Essays, Opladen–Berlin–Toronto 2022, S. 231–242; Ulrike Busch, Familienplanung im Wandel, in: Heinz-Jürgen Voß (Hrsg.), Die deutschsprachige Sexualwissenschaft. Bestandsaufnahme und Ausblick, Gießen 2020, S. 123–151; Hahn 2000 (Anm. 2).

13 Vgl. Joke Vandamme, The Decision to Have an Abortion in Flanders: A Contextual Approach, Gent 2017.

14 Vgl. Daphne Hahn, Gesellschaftliche und psychosoziale Aspekte beim Schwangerschaftsabbruch, in: Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, Jülich 2024, S. 83–144.

15 Vgl. Cornelia Helfferich, Familie und Geschlecht. Eine neue Grundlegung der Familiensoziologie, Opladen–Toronto 2017.

schlossen und eine solide Paarbeziehung etabliert zu haben – liegen gesellschaftliche Ordnungsvorstellungen von Familie und des richtigen Zeitpunkts für die Geburt von Kindern zugrunde.

In diesem Zusammenspiel von individuellen Lebensplänen und gesellschaftlichen Erwartungen ist die sichere Verhütung einer Schwangerschaft für viele heterosexuell aktive Frauen und Männer ein wichtiges Anliegen, denn sie ermöglicht ihnen, den Verlauf ihres Lebens und ihre reproduktive Biografie selbst zu gestalten. Die Relevanz dieses Themas nimmt lediglich während spezifischer Lebensabschnitte ab, etwa während einer Schwangerschaft oder unmittelbar nach der Geburt eines Kindes. Dabei streckt sich die gesamte reproduktive Phase über 35 Jahre: Von der Aufnahme sexueller Aktivitäten bis zur Menopause verbringt eine Frau, die zwei Kinder zur Welt bringt, etwa fünf Jahre im Bestreben nach Kindern, im Zustand der Schwangerschaft oder in der postnatalen Phase. In den verbleibenden 30 Jahren besteht in der Regel der Wunsch, eine Schwangerschaft zu vermeiden.¹⁶ Die effektive Verhütung einer Schwangerschaft ist daher ein zentrales Anliegen für viele Menschen – und ein niedrigschwelliger Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln und sexuelle Bildung auf hohem Niveau sind Schlüsselemente zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften.

Im weltweiten Vergleich steht Deutschland beim Zugang zu Verhütungsmitteln relativ gut da. Es stehen unterschiedliche Verhütungsmittel zur Verfügung, die Sexualaufklärung in den Schulen ist gesetzlich verankert, und es gibt eine Vielzahl von Akteuren, die qualitativ hochwertige Informationen sowie eine umfassende Verhütungsberatung zur Verfügung stellen.¹⁷ Allerdings ist auch hierzulande ein entscheidender Faktor für unsichere Verhütung das Alter: Besonders junge Menschen, die früh sexuelle Erfahrungen machen, haben oft Schwierigkeiten, effektiv zu verhüten. Der Anteil nichtverhütender 14-Jähriger beträgt rund 20 Pro-

zent bei Mädchen und 18 Prozent bei Jungen,¹⁸ ab 15 Jahren sinkt dieser Anteil erheblich. Zugleich werden Verhütungsmittel nur bis zum vollendeten 22. Lebensjahr ärztlich verschrieben und von den Krankenkassen bezahlt, was frühe ungewollte Schwangerschaften zu verhüten hilft, aber gleichwohl unzureichend ist, weil die sexuelle Aktivität ab dem 22. Lebensjahr deutlich ansteigt.¹⁹

Monetäre Kosten sind eine wesentliche Barriere beim Zugang zu Verhütung.²⁰ Frauen, die Sozialleistungen beziehen, verhüten seltener und nutzen, wenn sie verhüten, eher situativ einsetzbare Verhütungsmittel.²¹ Weitere Zugangshürden sind die eingeschränkte Verfügbarkeit bestimmter Verhütungsmethoden, die Verschreibungspflicht der Verhütungsmittel und der fehlende Zugang zu evidenzbasierten Informationen über die breite Palette von Verhütungsmethoden. Besonders betroffen sind nicht nur Frauen und Mädchen, die in Armut leben, sondern auch solche in ländlichen Gebieten, Frauen und Mädchen mit Behinderungen, Asylsuchende und Migrant*innen, insbesondere diejenigen, die über keinen regulären Aufenthaltsstatus verfügen.²²

Der Menschenrechtskommissar des Europarates wies in seinem Bericht zu den Fortschritten der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte in Europa darauf hin, dass finanzielle Hindernisse wie die fehlende Kostenübernahme für Verhütungsmittel durch die öffentliche Krankenversicherung den Zugang für viele Frauen und Mädchen untergraben. Er fordert, die Autonomie und die reproduktive Entscheidungsfreiheit von Frauen stärker zu unterstützen, indem Verhütungsmittel kostenlos zugänglich gemacht werden – auch die Notfallkontrazeption – und Sensibilisierungsprogramme eingeführt werden, die dazu beitragen sollen, Verhütung als gemeinsame Verantwortung von Männern und Frauen zu verstehen.²³

16 Vgl. dies. et al. (Hrsg.), *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*, Köln 2016.

17 Vgl. Kristina Nottbohm/Alexandra Ommert, *Ungleicher Zugang zu Verhütung: (K)ein Thema für die Gesundheitspolitik? Erkenntnisse aus einem bundesweiten Modellprojekt zur Kostenübernahme von verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln*, in: Regina Brunnett et al. (Hrsg.), *Sexualität und Reproduktion zwischen individuellen Vorstellungen und gesellschaftlichen Normen*, Hamburg 2022, S. 25–46.

18 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), *Im Fokus: Verhütungsverhalten, Jugendsexualität 9. Welle*, Köln 2021.

19 Vgl. Hahn (Anm. 14).

20 Vgl. Helfferich et al. (Anm. 16).

21 Vgl. Cornelia Helfferich, *Geringes Einkommen, Sozialleistungsbezug und Verhütung. Aktualisierte Ergebnisse der BZgA-Studie „frauen leben 3“*, in: *Forum Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung 2/2017*, S. 2–10.

22 Vgl. Council of Europe, *Sexual and Reproductive Health and Rights in Europe. Progress and Challenges*, Straßburg 2024.

23 Vgl. ebd.

SCHWANGERSCHAFT UND GEBURT

In Deutschland werden jedes Jahr etwa 800 000 Kinder geboren, wobei die Zahl zuletzt rückläufig war. Rechnet man die rund 100 000 jährlichen Schwangerschaftsabbrüche hinzu sowie diejenigen Schwangerschaften, die als Spontanaborte ungewollt zu früh beendet wurden – das betrifft geschätzt 15 Prozent aller klinisch diagnostizierten Schwangerschaften –, handelt es sich um über eine Million Schwangerschaften pro Jahr.²⁴ Schwangerschaft und Geburt sind also zentrale Themen im Leben vieler Menschen, unabhängig davon, wie die Schwangerschaft verläuft oder endet. Jede dieser Schwangerschaften, ob gewollt oder ungewollt, ob ausgetragen oder nicht, ist mit existenziellen Fragen von Gesundheit verbunden und berührt essenzielle Aspekte des individuellen Daseins, der Gesundheit und des gesellschaftlichen Zusammenhalts.

So haben Schwangerschaften bei Jugendlichen häufig schwerwiegende gesundheitliche und soziale Folgen für die Mütter und ihre Kinder. Bei jugendlichen Müttern im Alter von 15 bis 19 Jahren besteht ein höheres Risiko für Frühgeburten und für die Kinder das Risiko eines niedrigen Geburtsgewichts und von Entwicklungsstörungen. Zu den sozialen Folgen, die von den gesundheitlichen nicht zu trennen sind, gehören Stigmatisierung – etwa, wenn die Mütter als „zu jung“ angesehen werden, weil sie sich noch in der schulischen oder beruflichen Ausbildung befinden –, soziale Ablehnung und Gewalt durch den Partner, Eltern oder Gleichaltrige. Zudem können frühe Schwangerschaften zum Abbruch des Schulbesuches führen und künftige berufliche Möglichkeiten beschränken. In Deutschland ist in den vergangenen beiden Jahrzehnten die Anzahl der Geburten durch jugendliche Mütter deutlich zurückgegangen, was wohl auch an besseren Kenntnissen über Verhütung und den Zugang zu Verhütungsmitteln liegt.²⁵

Ein besonders sensibles und in jüngster Zeit stärker diskutiertes Thema im Kontext von

Schwangerschaft und Geburt sind Handlungen, die als Gewalt verstanden werden.²⁶ Gewalt im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt manifestiert sich durch verschiedene Formen der Übergriffigkeit und der Missachtung individueller Rechte und der Würde von Frauen während der Geburt, wie sie in Studien und persönlichen Berichten geschildert werden. Trotz des hohen Standards der medizinischen Versorgung in Deutschland sind Gewalterfahrungen im Kreißaal ein ernstzunehmendes Problem. Dabei reicht das Spektrum von verbalen Übergriffen bis hin zu unnötigen und ohne explizite Zustimmung vorgenommenen medizinischen Eingriffen. Solche Erfahrungen können tiefe Spuren hinterlassen. In der öffentlichen und fachlichen Debatte wird zunehmend anerkannt, dass das Thema „Gewalt unter der Geburt“ nicht nur Einzelfälle betrifft, sondern strukturelle Ursachen hat. Nicht zuletzt das Spannungsverhältnis zwischen den strukturellen Bedingungen in einer Klinik und den Erwartungen von Schwangeren an eine selbstbestimmte Geburt führt dazu, dass unterschiedliche Erwartungen und Handlungslogiken aufeinanderstoßen. Kliniken sollen ökonomisch arbeiten, Schwangere hingegen wünschen sich eine intensive individuelle und damit zeitaufwändige Begleitung für ihre Geburt. Die gewachsenen Erwartungen an die Entscheidungsfreiheit auch während der Geburt stellen die traditionellen Behandlungsformen zunehmend infrage.²⁷

Um Gewalt unter der Geburt zu begegnen, bedarf es einer gesellschaftsweiten Sensibilisierung und eines Kulturwandels in der Geburtshilfe. Ziel muss dabei sein, eine geburtshilfliche Praxis zu fördern, die die Autonomie, Würde und Entscheidungsmacht der Gebärenden respektiert und stärkt. Konkrete Maßnahmen könnten eine verbesserte Aufklärung über Rechte, die Stärkung der Position von Hebammen für eine kontinuierliche, persönlichere Betreuung und die Implementierung von Feedback- und Beschwerdemechanismen für Frauen umfassen. Die Bekämpfung von Gewalt unter der Geburt

24 Vgl. Lidia Lasch/Sabine Fillenberg, *Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe*, Berlin 2017.

25 Vgl. Destatis, *Weniger Teenagermütter in Deutschland: 2022 wurden 6 Kinder je 1000 Frauen zwischen 15 und 19 Jahren geboren, Zahl der Woche 41/2023*, www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/Zahl-der-Woche/2023/PD23_41_p002.html.

26 Vgl. Lisa Fabian, *Gewalt in der klinischen Geburtshilfe. Der Einfluss von Gewalterfahrungen unter der Geburt auf die postpartale Befindlichkeit von Müttern*, Wiesbaden 2023.

27 Vgl. Laurentia Nussbaum, *Phänomen: Gewalt unter der Geburt. Eine Auseinandersetzung mit objektivierten Gewaltdefinitionen im Verhältnis zum subjektiven Erleben Gebärender*, Zürich 2021.

ist nicht nur ein medizinisches oder gesundheitspolitisches Anliegen, sondern auch eine Frage der Menschenwürde und der Menschenrechte, die eine breite gesellschaftliche und politische Unterstützung benötigt.

UNGEWOLLTE SCHWANGERSCHAFT UND SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH

In den Zusammenhang von Schwangerschaft, Familienplanung und Verhütung gehört auch das Thema ungewollte Schwangerschaft. Eine ungewollte Schwangerschaft ist kein seltenes Ereignis in den reproduktiven Biografien von Frauen. Zu ihr kommt es, wenn Verhütungsmethoden entweder gar nicht angewendet werden oder fehlschlagen. Eine Schwangerschaft kann aus verschiedenen Gründen ungewollt sein: weil kein Kinderwunsch vorliegt, die zum Zeitpunkt der Schwangerschaft gegebenen gesellschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen nicht adäquat erscheinen oder die persönliche Lebensplanung aktuell oder in absehbarer Zukunft keinen Raum für ein (weiteres) Kind lässt. Die Entscheidung für oder gegen das Austragen einer Schwangerschaft beruht praktisch immer auf der Reflexion der eigenen Lebensumstände, den prognostizierten Entwicklungsmöglichkeiten und der Überlegung, ob eine sichere und förderliche Zukunft für das Kind gewährleistet werden kann.²⁸

Die Häufigkeit ungewollter Schwangerschaften korreliert mit gesellschaftlichem Wohlstand. Je höher das Durchschnittseinkommen eines Landes, desto niedriger ist die Anzahl ungewollter Schwangerschaften.²⁹ Laut der „frauen leben 3“-Studie waren in Deutschland 20,6 Prozent der Frauen über 40 Jahre mindestens einmal ungewollt schwanger.³⁰ Von diesen ungewollten Schwangerschaften wurden 46 Prozent abgebrochen.³¹ Etwa ein Drittel der Frauen ab 40 Jahren waren mindestens einmal in ihrem Leben unbeabsichtigt schwanger.³²

28 Vgl. Hahn (Anm. 14).

29 Vgl. ebd.

30 Vgl. Tilmann Knittel/Laura Olejniczak, Ungewollte Schwangerschaften im Lebenslauf – Ergebnisse der Studie „frauen leben 3“, in: Forum Sexualaufklärung und Familienplanung 1/2023, S. 21–27.

31 Vgl. Helfferich et al. (Anm. 16).

32 Vgl. ebd.

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland noch immer im Strafgesetzbuch verankert und damit keine Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenkasse. Im Schwangerschaftskonfliktgesetz ist vielmehr festgelegt, dass die Bundesländer für eine ausreichende Versorgung zuständig sind – anders etwa als bei der ambulanten fachärztlichen Versorgung, die durch die Kassenärztlichen Vereinigungen abgesichert wird. Was „ausreichende Versorgung“ mit medizinischen Angeboten genau bedeutet, ist jedoch nicht geregelt. Seit einiger Zeit werden für Deutschland Lücken in der medizinischen Versorgung und eine Zunahme von Versorgungsengpässen beschrieben.³³ Schwierige Versorgungszugänge zeigen sich unter anderem daran, dass ungewollt Schwangere Angebote außerhalb der regulären Gesundheitsversorgung nutzen. Seit 2019 bietet die kanadische Nichtregierungsorganisation „Women on Web“ ein Angebot für die telemedizinische Begleitung von Schwangerschaftsabbrüchen an. 2021 fragten über 2000 Frauen aus Deutschland das Angebot nach.³⁴ Es wird vor allem von sehr jungen Frauen und Migrantinnen genutzt, die mit unterschiedlichen Barrieren im deutschen Versorgungssystem zu kämpfen haben.³⁵ Mitunter reisen ungewollt Schwangere für einen Abbruch auch ins Ausland: Die niederländische Abbruchstatistik etwa zeigt eine konstante Zahl von etwa 1000 Frauen aus Deutschland, die jedes Jahr diesen Weg wählen.³⁶

Die WHO formuliert in ihrer evidenzbasierten Leitlinie zur Schwangerschaftsabbruchversorgung, dass die Sicherstellung einer umfassenden und qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung von entscheidender Bedeutung für die Gesundheit und das Wohlbefinden von Frauen und damit für die Verwirklichung re-

33 Vgl. Werner Harlfinger/Rüdiger Gaase, Die unsäglichen Diskussionen über die Paragraphen 218, 218a und 219a haben sich wieder ausgebreitet, in: Frauenarzt 7/2019, S. 473–475; Daphne Hahn/Ines Thonke, Das Projekt ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“. Konzept und Hintergründe der Studie, in: Uwe Repschläger/Claudia Schulte/Nicole Osterkamp (Hrsg.), Gesundheitswesen aktuell 2023, Köln 2023, S. 190–209.

34 Vgl. Hahn/Thonke (Anm. 33).

35 Vgl. Kristina Killinger et al., Why Women Choose Abortion Through Telemedicine Outside the Formal Health Sector in Germany? A Mixed-Methods Study, in: BMJ Sexual & Reproductive Health 2020, S. e6–e12.

36 Vgl. Hahn/Thonke (Anm. 33).

produktiver Gesundheit sei.³⁷ Weiter wird dort darauf verwiesen, dass ein niedrighschwelliger Zugang zu sicheren und legalen Versorgungsangeboten wichtig für die physische und auch die psychische Gesundheit von Frauen ist. Erste Forschungsergebnisse einer großen Studie („Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung – ELSA“), in der auch die medizinische Versorgung in Deutschland untersucht wird, zeigen, dass es Regionen gibt, in denen Frauen nur einen sehr schlechten Zugang zu medizinischer Versorgung haben und viele Barrieren überwinden müssen. Dazu gehören etwa lange Reisezeiten, hohe Kosten und lange Wartezeiten, was im Falle eines später vorgenommenen Schwangerschaftsabbruchs die gesundheitlichen Risiken erhöht. Die Daten zeigen: Im Osten und Norden Deutschlands haben ungewollt Schwangere einen besseren Zugang zu Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, während der Zugang im Süden und Westen deutlich eingeschränkter ist.³⁸

Problematisch ist auch der fehlende Zugang zu sachgerechten Informationen. Barrieren beim Informationszugang wirken am häufigsten dann, wenn eine Schwangerschaft geheim gehalten wird oder die Entscheidung zum Abbruch mit Ängsten vor sozialer Stigmatisierung verbunden ist.³⁹ Ängste und Geheimhaltungsdruck haben zur Folge, dass nicht dort nach Beratung gesucht wird, wo sachliche Informationen zu erwarten sind, etwa bei Ärztinnen und Ärzten. Stigmatisierung, insbesondere eine „internalisierte Stigmatisierung“, kann dazu führen, dass Frauen entweder gar nicht nach entsprechenden Informationen suchen oder unsichere Angebote für einen Schwangerschaftsabbruch nutzen. Oft werden sie mit Falschinformationen konfrontiert, die wiederum neue Ängste auslösen. Stigmatisierung kann aber auch Ärztinnen und

Ärzte treffen – mit der Folge, dass diese es wegen befürchteter oder schon erfolgter Diskreditierung ablehnen, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen.⁴⁰

AUSBLICK

Um reproduktive Gesundheit zu verbessern, ist es entscheidend, Stigmatisierungen aller Art abzubauen und den Zugang zu Informationen und medizinischer Versorgung zu erleichtern. Insbesondere der Schwangerschaftsabbruch sollte als integraler Bestandteil der gesundheitlichen Versorgung verstanden werden. Die derzeitige Angebotsstruktur ist nur unzureichend abgesichert, die Kosten für einen Abbruch müssen von den betroffenen Frauen selbst getragen werden, sofern sie über mehr als ein nur geringfügiges Einkommen verfügen. Doch selbst wenn das der Fall ist, müssen sie für eine Kostenübernahme zusätzliche Wege in Kauf nehmen, etwa die Übernahme bei einer Krankenkasse beantragen und diese vor dem Eingriff nachweisen – was den Weg zum Abbruch unnötig verlängert und verkompliziert.

Vor allem aber ist die strafrechtliche Kategorisierung von Schwangerschaftsabbrüchen kontraproduktiv sowohl für die Versorgungsqualität als auch für die Gesundheit der Betroffenen.⁴¹ Vor diesem Hintergrund scheint es entscheidend für die reproduktive Gesundheit, die Strafbewehrung von Schwangerschaftsabbrüchen abzuschaffen. Nur so kann ein diskriminierungs- und barrierefreier Zugang zu dieser wichtigen medizinischen Leistung sichergestellt werden.

37 Vgl. WHO, *Abortion Care Guideline*, Genf 2022; Hahn (Anm. 14).

38 Vgl. Hahn (Anm. 14); Rona Torenz et al., *Data on Regional Availability and Accessibility of Abortion Providers in Germany*, in: *Research in Health Services & Regions* 2/2023, <https://doi.org/10.1007/s43999-023-00036-4>.

39 Vgl. Hahn (Anm. 14); Maria Schneider et al., *Informiertheit von ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch in Deutschland*, in: *Zeitschrift für Sexualforschung* 4/2023, S. 213–222.

40 Vgl. Hahn (Anm. 14).

41 Vgl. WHO (Anm. 37).

DAPHNE HAHN

ist Professorin für Gesundheitswissenschaften und empirische Sozialforschung am Fachbereich Gesundheitswissenschaften der Hochschule Fulda.

30 JAHRE KAIRO-KONFERENZ

Sexuelle Selbstbestimmung im Spannungsfeld internationaler Bevölkerungs- und Entwicklungspolitik

Catherina Hinz

Es kam einem Paradigmenwechsel gleich, als vor 30 Jahren, im September 1994, die Delegierten der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung in Kairo (International Conference on Population and Development – ICPD), kurz Weltbevölkerungskonferenz genannt, neue Richtlinien für die globale Bevölkerungspolitik festlegten. In der ägyptischen Hauptstadt verabschiedeten 179 Staaten in einem hart errungenen Konsens das sogenannte Kairoer Aktionsprogramm, das sich von Sollzahlen und Planzielen verabschiedete und die Menschen und ihre Bedürfnisse in den Vordergrund rückte – vor allem die der Frauen. Zuvor hatten noch vornehmlich demografische Zielvorgaben den bevölkerungspolitischen Diskurs wie auch die Politik vieler Länder dominiert, was immer wieder zu staatlichen Zwangsmaßnahmen und Menschenrechtsverletzungen führte.

VOM PLANSOLL ZU INDIVIDUELLEN RECHTEN

Wie bei vielen vorangegangenen und nachfolgenden Zusammenkünften diskutierten die anwesenden Delegierten in den Kairoer Konferenzräumen die Frage, wie sich Entwicklungsfortschritte erzielen, Armut bekämpfen und das globale Bevölkerungswachstum verlangsamen ließen. Die Antwort, zu der sie kamen, lautete: Jeder und jede Einzelne muss frei über den eigenen Körper, die Partnerschaft und über Familienplanung entscheiden können und Zugang zu den dafür nötigen Gesundheitsleistungen haben. Denn nur wer selbstbestimmt über diese Aspekte des Lebens entscheiden kann, kann sein volles Potenzial entfalten und sich in seiner Gemeinschaft einbringen. Von den Rechten der Einzelnen profitiert die Gesellschaft als Ganze – so der Grundgedanke.

„Im Vordergrund steht die Freiheit der Einzelnen oder der Paare, zu entscheiden, ob und wie

viele Kinder sie haben wollen und in welchem Abstand diese zur Welt kommen sollen.“ So beschrieb die damalige Exekutivdirektorin des UN-Bevölkerungsfonds (UNFPA) und Generalsekretärin der Konferenz Nafis Sadik den Fokus der neuen bevölkerungspolitischen Richtlinien für die internationale Zusammenarbeit. „Global wird sich diese Entscheidungsfreiheit der Einzelnen positiv auf das Wachstum der Weltbevölkerung auswirken.“ In der Erkenntnis, dass Familienplanung mehr sein muss als die Bereitstellung von Verhütungsmitteln, wurde in Kairo ein neues, umfassendes Konzept der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und der damit verbundenen Rechte des Individuums verankert. Es handelt sich um ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis, das körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden mit Blick auf Sexualität und Fortpflanzung einschließt. Dazu gehören Sexualaufklärung für Jugendliche genauso wie Schwangerschaftsvorsorge, Geburtshilfe, die Betreuung von Neugeborenen sowie die Behandlung von Geschlechtskrankheiten, HIV/Aids-Prävention und – wo es die Gesetzeslage erlaubt – sichere Abtreibungen.

Zentrale Grundlage für dieses Recht auf Selbstbestimmung sind Gleichberechtigung, Bildung und wirtschaftliche Unabhängigkeit, denn nur so können Frauen ihre Rechte auch wahrnehmen. Dass sich diese Erkenntnis in Kairo durchgesetzt hat, ist vor allem der internationalen Frauenbewegung zu verdanken. Ihr war es gelungen, schon im Vorfeld der Konferenz weibliche Perspektiven aus allen Regionen der Erde und Forderungen für mehr Rechte von Frauen über alle Tabus und Widerstände hinweg in die Sitzungen des Vorbereitungskomitees einzubringen.

Der hart errungene Kairoer Konsens hat auch 30 Jahre später noch Gültigkeit und ist weiterhin handlungsleitend in der entwicklungspolitischen Zusammenarbeit. An die Stelle von Geburten-

kontrolle sind rechtebasierte Ansätze einer modernen Familienplanung getreten. Seit der Verabschiedung des Aktionsprogramms von Kairo hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass Geschlechtergerechtigkeit ein grundlegender Baustein für eine nachhaltige und sozial gerechte Entwicklung ist. Das spiegelt sich auch in den 2015 verabschiedeten 17 Zielen für nachhaltige Entwicklung der Vereinten Nationen („Agenda 2030“): Ziel 5 umfasst die Geschlechtergerechtigkeit und Selbstbestimmung für alle Frauen und Mädchen.⁰¹ Sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte sind ein Kernelement der Geschlechtergerechtigkeit und der Gesundheit von Frauen, Müttern und ihren Kindern.⁰²

SEXUELLE UND REPRODUKTIVE GESUNDHEIT UND RECHTE

Alle Aspekte, die mit körperlicher Selbstbestimmung und dem Wohlbefinden jedes und jeder Einzelnen in allen Belangen von Fortpflanzung und Sexualität zu tun haben, werden heute unter dem Sammelbegriff der „sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte“ (SRGR) zusammengefasst. Nicht alle Teilkomponenten dieses Begriffs sind bereits in Kairo definiert und festgeschrieben worden.

Das Kairoer Aktionsprogramm definiert reproduktive Gesundheit als „den Zustand des vollständigen seelischen, körperlichen und sozialen Wohlbefindens im Hinblick auf Sexualität und Fortpflanzung“.⁰³ Daraus ergibt sich das individuelle Recht, frei von Diskriminierung, Zwang oder Gewalt über den Zeitpunkt für eigenen Nachwuchs sowie über die Zahl der Kinder entscheiden zu können. Daneben soll jedem Menschen ein befriedigendes und ungefährliches Sexualleben möglich sein. Alles, was damit einhergeht, wird unter dem Begriff der „sexuellen Gesundheit“ zusammengefasst.

„Sexuelle Rechte“ sind im Aktionsprogramm von Kairo hingegen nicht definiert, da sich bei

diesem Thema keine Einigkeit unter den teilnehmenden Staaten erzielen ließ. Laut der Gutmacher-Lancet-Kommission für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte gehört zu einer entsprechenden Definition unter anderem das Recht, die eigene Sexualität unabhängig von sexueller Orientierung und Geschlechtsidentität einvernehmlich mit dem Partner ausleben zu können, ohne sich vor Diskriminierung fürchten zu müssen.⁰⁴

„KAIRO“ IM SPIEGEL DER INTERNATIONALEN ENTWICKLUNGSZIELE

Die Schwierigkeiten, auf internationaler Ebene eine gemeinsame Linie zu Fragen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zu finden, zeigten sich nach Kairo auch bei der Ausarbeitung internationaler Entwicklungsziele.

So fand das Thema in den Millenniums-Entwicklungszielen (Millennium Development Goals – MDGs), die eine Agenda für das Erreichen zentraler Ziele zur weltweiten Entwicklung zwischen 2000 und 2015 festlegten, zunächst keinerlei Erwähnung.⁰⁵ Beobachtern zufolge wollte das UN-Sekretariat die hitzigen Debatten aus Kairo nicht erneut eröffnen, um die breite Akzeptanz der MDGs nicht zu gefährden. Zudem sollte der mit dem Kairoer Aktionsprogramm erreichte Konsens nicht durch neue Diskussionen aufs Spiel gesetzt werden. Auch der Rückzug der USA als Befürworter sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung unter der Regierung George W. Bushs spielte bei dieser Entscheidung eine Rolle. Lediglich das wenig kontroverse Ziel der Verbesserung der Müttergesundheit wurde zum MDG gemacht. Erst sieben Jahre später gelang es, den MDGs zumindest ein Unterziel hinzuzufügen, das den universellen Zugang zu reproduktiver Gesundheit thematisiert.⁰⁶

In den Nachhaltigkeitszielen der Vereinten Nationen (Sustainable Development Goals – SDGs), die die MDGs 2015 ablösten, wurde den Zielen von Kairo stärker Rechnung getragen: Unterziel 3.7 fordert den allgemeinen Zugang zu se-

01 Vgl. Vereinte Nationen, Ziele für nachhaltige Entwicklung, 25.9.2015, <https://unric.org/de/17ziele>.

02 Vgl. Ann M. Starrs et al., Accelerate Progress – Sexual and Reproductive Health and Rights for All. Report of the Gutmacher-Lancet Commission, in: *The Lancet* 10140/2018, S. 2642–2692.

03 United Nations Population Fund (UNFPA), Programme of Action, New York 2004, www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/PoA_en.pdf.

04 Vgl. Starrs et al. (Anm. 2).

05 Vgl. ebd.

06 Vgl. Barbara Crossette, Reproductive Health and the Millennium Development Goals. The Missing Link, in: *Studies in Family Planning* 1/2005, S. 71–79.

xuellen und reproduktiven Gesundheitsdienstleistungen wie etwa Familienplanung und deren Einbettung in nationale Programme und Strategien; Unterziel 5.6 pocht auf Geschlechtergerechtigkeit und neben dem Zugang zu sexueller und reproduktiver Gesundheit auf reproduktive Rechte speziell für Frauen. Dennoch wurden auch in den SDGs Lücken gelassen: Sexuelle Rechte werden abermals nicht erwähnt.⁰⁷

Viele Länder richteten nach Kairo ihre Bevölkerungspolitik neu aus. Die Umsetzung der Ziele der Kairoer Weltbevölkerungskonferenz werden bis heute alljährlich von der Kommission für Bevölkerung und Entwicklung (Commission on Population and Development – CPD) bei ihrer Sitzung in New York am Sitz der Vereinten Nationen überprüft. Neben Regierungen, regionalen und internationalen sowie UN-Organisationen nimmt auch eine rege Zivilgesellschaft an den Treffen teil. Die Beschlüsse der Kommission dienen vielen Nichtregierungsorganisationen in aller Welt als Referenz für ihre Advocacy-Arbeit, um sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte auf nationaler und lokaler Ebene voranzutreiben.

GEMISCHTE BILANZ

In den vergangenen drei Jahrzehnten hat die Weltgemeinschaft viele Erfolge auf dem Gebiet der reproduktiven Gesundheit erzielt: Das Sterberisiko von Müttern und Kindern ist deutlich gesunken, die Menschen leben nahezu überall auf der Welt länger und gesünder, und die Chancen von Jungen und Mädchen auf eine Schulbildung sind heute deutlich besser als noch 1994. Durch einen verbesserten Zugang zu Mitteln der Familienplanung ist die Zahl der unbeabsichtigten Schwangerschaften weltweit um 20 Prozent zurückgegangen, auch Schwangerschaften unter Teenagern. Seit dem Millenniumswechsel sind Geburten bei Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren um ein Drittel zurückgegangen.⁰⁸ Das alles hat wiederum dazu beigetragen, dass auch die Wachstumsrate der Weltbevölkerung insgesamt

gesunken ist: Während die Weltbevölkerung Anfang der 1990er Jahre noch jährlich um rund zwei Prozent wuchs, hat sich die Wachstumsrate heute auf (unter) ein Prozent halbiert.⁰⁹

Das Versprechen von Kairo ist jedoch auch 30 Jahre später noch längst nicht für alle Menschen Realität geworden. Das zeigt auch der aktuelle Weltbevölkerungsbericht des UNFPA: Vor allem die weltweit am stärksten benachteiligten Frauen sind in ihrem Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit weiterhin deutlich eingeschränkt. Laut dem Bericht können ein Viertel der Frauen in rund 70 Ländern noch immer nicht grundlegende Entscheidungen über ihren eigenen Körper treffen und beispielsweise Sex mit ihrem Mann oder Partner ablehnen. Beinahe jede zehnte Frau kann nicht frei entscheiden, ob sie verhütet oder nicht.¹⁰ Frauen, die finanziell schlechter gestellt sind, eine Behinderung haben oder aufgrund ihrer Hautfarbe diskriminiert werden, haben nach wie vor oft einen schlechteren Zugang zu Familienplanung, Schwangerschaftsvorsorge und Geburtshilfe. Etwa 218 Millionen Frauen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen, die gerne eine Schwangerschaft vermeiden möchten, haben weiterhin keinen Zugang zu modernen Verhütungsmitteln.¹¹ Das Ergebnis sind häufige unbeabsichtigte Schwangerschaften; in Afrika trifft dies auf 43 Prozent aller Schwangerschaften zu. Millionen dieser Schwangerschaften enden jedes Jahr mit einer unsicheren Abtreibung. Zudem mangelt es weiterhin an Wissen und Informationen über Familienplanung; In Tschad, Mauretanien und der Zentralafrikanischen Republik kennt beispielsweise jede dritte Frau keine einzige Verhütungsmethode.¹²

Die weltweiten Ungleichheiten in Sachen sexuelle und reproduktive Gesundheit zeigen sich auch bei der Müttersterblichkeit deutlich. In afrikanischen Ländern südlich der Sahara ist das Risiko für eine Frau, bei Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt zu sterben, etwa 130-mal höher als bei Frauen in Nordame-

07 Vgl. Alanna J. Galati, *Onward to 2030: Sexual and Reproductive Health and Rights in the Context of the Sustainable Development Goals*, in: *Guttman Policy Review* 4/2015.

08 Vgl. UNFPA, *State of World Population Report 2024*, New York 2024, www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp2024-english-240327-web.pdf.

09 Vgl. UN Department of Economic and Social Affairs (UN DESA), *United Nations Population Division, World Population Prospects: 2024 Revision*, <https://population.un.org/wpp>.

10 Vgl. UNFPA (Anm. 8).

11 Vgl. Elizabeth A. Sully et al., *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*, Guttman Institute, New York 2020.

12 Vgl. USAID, *STATcompiler, The DHS Program*, www.statcompiler.com/en/.

rika und Europa. Global gesehen ist die Müttersterblichkeit seit dem Jahr 2000 deutlich gesunken – um insgesamt 34 Prozent. Doch seit 2016 stagniert der Rückgang. Die Folge: Heute sterben täglich noch immer rund 800 Frauen bei der Geburt oder während einer Schwangerschaft.¹³

ENTFALTUNGSFREIHEIT UND CHANCE AUF DEMOGRAFISCHE DIVIDENDE

Nicht selbst entscheiden zu können, ob und wann man Kinder möchte, und im Falle einer Schwangerschaft großen gesundheitlichen Risiken ausgesetzt zu sein, wirkt sich auf die Entfaltungsmöglichkeiten von Millionen von Menschen aus – vor allem auf Frauen und Mädchen. Das wiederum bringt negative Effekte für die Gesellschaft und die nachhaltige Entwicklung ganzer Länder mit sich. Wo immer es den Menschen an grundlegenden Diensten und Einkommensmöglichkeiten fehlt, verharrten die Armutsraten auf hohem Niveau. Erfahrungsgemäß bedeutet das auch anhaltend hohe Kinderzahlen. Denn es fehlt nicht nur an Mitteln und Wegen, die eigene Familiengröße zu planen. In armen Familien sind Kinder häufig auch wichtige Arbeitskräfte und eine Absicherung für die Eltern im Alter.

Am deutlichsten zeigt sich dieser Zusammenhang in vielen afrikanischen Staaten südlich der Sahara, wo die Geburtenziffern im weltweiten Vergleich weiterhin hoch sind und nur langsam zurückgehen. Im Schnitt bekommt eine Frau in Subsahara-Afrika mehr als vier Kinder. Das sind etwa doppelt so viele wie im globalen Durchschnitt. Während in anderen Weltregionen die Bevölkerungen aufgrund niedriger Kinderzahlen – in mehr als der Hälfte aller Länder weltweit liegt die durchschnittliche Kinderzahl pro Frau bei unter zwei – zunehmend altern und teilweise zu schrumpfen beginnen, wachsen sie dort weiterhin stark. Bis 2050 wird sich die Zahl der Menschen auf dem afrikanischen Kontinent voraussichtlich von heute 1,5 auf 2,5 Milliarden nahezu verdoppeln. Dabei zeigen sich jedoch große regionale Unterschiede: In Südafrika und Botswana bringen Frauen im Laufe ihres Lebens zwei bis drei Kinder zur Welt, deutlich weniger als noch vor einigen Jahrzehnten. Auch in Äthiopien, Ruanda und Malawi gehen die Geburtenraten

zurück, während beispielsweise in Niger Frauen im Schnitt noch fast sechs Kinder zur Welt bringen.¹⁴

Viele Kinder und eine große junge Bevölkerung werden häufig als großes Potenzial gesehen, denn die heranwachsende Generation kann sich künftig für ihre Gesellschaft und ihre Volkswirtschaft verdient machen. Häufig fällt dann der Begriff der „demografischen Dividende“ – ein Konzept, das auch Fachleute jedes Jahr auf Podien und Veranstaltungen bei der CPD in New York diskutieren. Das Konzept beschreibt den Wandel der Altersstruktur einer Bevölkerung, der bei sinkenden Kinderzahlen einsetzt: Der Schwerpunkt der Bevölkerung verschiebt sich von den jungen Jahrgängen hin zu den erwerbsfähigen. Dadurch stehen der Wirtschaft überproportional viele Menschen zur Verfügung, die arbeiten und produktiv sein können, während es gleichzeitig weniger Kinder und wenige ältere Menschen zu versorgen gibt. Diese günstige Altersstruktur lässt sich, so die Hoffnung, unter den richtigen Rahmenbedingungen – wichtig sind vor allem Investitionen in Gesundheit, Bildung und Jobs – in einen Entwicklungsschub umwandeln. Sinkende Fertilitätsraten setzen allerdings körperliche Selbstbestimmung und bessere Lebensbedingungen voraus. Nur dann nämlich entscheiden sich Menschen für weniger Nachwuchs und können diesen Wunsch auch umsetzen.

UMKÄMPFTES TERRAIN

Die Ziele von Kairo zu erreichen und allen Menschen weltweit ein gesundes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen, ist also nicht nur eine Frage der Menschenrechte, sondern auch aus entwicklungspolitischer Perspektive relevant, denn Staaten profitieren von der Entfaltungsfreiheit jeder und jedes Einzelnen. Warum aber ist es dann in den vergangenen 30 Jahren nicht gelungen, allen Menschen den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, Verhütungsmethoden oder Bildung zu ermöglichen und für Gerechtigkeit zwischen Männern und Frauen zu sorgen? Die dahinterstehenden Ursachen sind komplex und je nach Länderkontext unterschiedlich.

In den vergangenen 30 Jahren hat der Schwerpunkt der Bemühungen auf groß angelegten Programmen zur sexuellen und reproduktiven Ge-

¹³ Vgl. UNFPA (Anm. 8).

¹⁴ Vgl. UN DESA (Anm. 9).

sundheit gelegen, die vor allem die „Massen“ im Blick hatten, also die Menschen, die am einfachsten zu erreichen sind, heißt es im diesjährigen Weltbevölkerungsbericht von UNFPA zu den Gründen der gemischten Bilanz. Zwar gab es Fortschritte, aber die am stärksten Ausgegrenzten wurden so nicht erreicht. Geschlechterungleichheit, Rassendiskriminierung und Fehlinformationen führen in vielen Ländern auch im Gesundheitssystem zu gravierenden Ungleichheiten.

Ein wesentlicher Grund für die gemischte Bilanz 30 Jahre nach Kairo ist aber auch, dass es bis heute weltweit sehr unterschiedliche Ansichten zu den Themen rund um das Recht auf körperliche Selbstbestimmung und sexuelle und reproduktive Gesundheit gibt. Diskussionen, die mit Sexualität und Fortpflanzung zu tun haben, werden häufig tabuisiert oder entfachen hitzige Debatten. Das liegt nicht zuletzt daran, dass jede Gesellschaft, jede Religion, jede Kultur und jedes Rechtssystem unterschiedliche Auffassungen von den Belangen menschlicher Reproduktion hat. Das trägt zu anhaltenden Widerständen gegen viele Punkte bei, die im Kairoer Aktionsprogramm verankert sind oder unter den Begriff SRGR fallen – von Sex und der Nutzung von Kontrazeptiva für Unverheiratete über Sexualaufklärung für Jugendliche, die freie Definition der eigenen sexuellen Orientierung und Geschlechteridentität bis hin zum Recht auf einen sicheren Schwangerschaftsabbruch.

Das verdeutlicht noch einmal den großen Erfolg, den die 179 vertretenen Staaten in Kairo erreicht hatten: Trotz unterschiedlicher Ansichten zu vielen Punkten, die das Aktionsprogramm aufführt, gelang es, einen Kompromiss zwischen progressiven und konservativen Konferenzteilnehmern auszuhandeln. Nach außen demonstrierte die Weltgemeinschaft damit Geschlossenheit, zugleich ließ sich kaum verbergen, dass während der Verhandlungen ein Tauziehen um strittige Inhalte und Formulierungen stattgefunden hatte. Einige muslimische Staaten äußerten beispielsweise Bedenken über die Vereinbarkeit des Abschlussdokuments mit den Regeln der Scharia, der auf dem Koran gründenden Rechtsordnung des Islam. Aber auch katholisch geprägte Staaten, vor allem aus Südamerika, und der Vatikan merkten Vorbehalte an.

Mit dem in Worte gegossenen Kompromiss wurden die Widerstände gegen sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung nicht aus der Welt

geschafft. In den 30 Jahren nach Kairo waren sie aus unterschiedlichen Richtungen immer wieder spürbar. Und sie haben in den vergangenen Jahren sogar noch zugenommen: In vielen Teilen der Welt machen *Anti-Choice*-Bewegungen und rechtspopulistische Kräfte, die die „traditionelle Familie“ und das „Recht auf Leben“ schützen wollen, den Befürwortern der körperlichen Selbstbestimmung zunehmend das Leben schwer. Auch unter dem als progressiv geltenden Papst Franziskus lehnt die katholische Kirche weiterhin jegliche Form der Familienplanung vehement ab – mit weitreichenden Folgen für Gläubige weltweit. Und mit einem möglichen zweiten Amtsantritt Donald Trumps drohen die Vereinigten Staaten vom Vorkämpfer für körperliche Selbstbestimmung, SRGR und Geschlechtergleichstellung erneut zum Opponenten zu werden.

Die Konfliktlinien treten bis heute bei Verhandlungen der Vereinten Nationen in New York und Genf regelmäßig zu Tage. Besonders deutlich sind sie jedes Jahr bei der Verhandlung des Abschlussdokuments bei der Sitzung der CPD spürbar. Dort werden in jüngster Zeit eher „rote Linien“ verteidigt als Fortschritte in Sachen SRGR erzielt.¹⁵ Verfechter:innen des Kairoer Aktionsprogramms geraten heute zunehmend in die Defensive und müssen sich darauf konzentrieren, bereits erstrittene Rechte gegen Angriffe einer erstarkten Opposition zu schützen. Derzeit besteht kaum eine Aussicht, die in Kairo formulierten Forderungen im Konsens, wie er vor 30 Jahren zustande kam, noch zu erweitern. Auf der einen Seite stehen progressive Staaten, die sich unter anderem für das individuelle Recht auf körperliche Selbstbestimmung, den Zugang zu umfassender Sexualaufklärung und Geschlechtergerechtigkeit einsetzen; dafür macht sich zum Beispiel Deutschland im Verbund mit der Europäischen Union und anderen gleichgesinnten Staaten stark. Gegenwind kommt dagegen von konservativen Staaten, die vor allem die Familie als wichtigste gesellschaftliche Einheit in den Fokus stellen und sich gegen das Recht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit aussprechen. In ihren Augen ist

¹⁵ Vgl. Fòs Feminista, *The Good, the Bad, and the Ugly. A Critical, Feminist Analysis of the Negotiated Outcomes from the Commission on Population and Development, 2004–2023*, <https://fosfeminista.org/media/the-good-the-bad-and-the-ugly>.

Letzteres ein Angriff auf die traditionelle Familie und bestimmte kulturelle Werte.

Und nicht nur in den Sitzungssälen der Vereinten Nationen ist ein zunehmender Widerstand zu beobachten, auch in vielen Ländern weltweit hat der Gegenwind bei diesen Themen zugenommen, vor allem durch eine wachsende, global vernetzte Anti-Gender-Bewegung, die sich unter anderem gegen Geschlechtergerechtigkeit und jegliche Rechte von LSBTIQ*-Personen einsetzt.¹⁶

Besonders sichtbar ist dabei die sogenannte *Pro-Life*-Bewegung, die sich neben diesen Themen vor allem für den „Schutz des ungeborenen Lebens“ einsetzt, und hier für ein umfassendes Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen. Ihr wohl sichtbarster Erfolg in jüngster Zeit ist die Aufhebung von „Roe v. Wade“, einer Grundsatzentscheidung des Obersten Gerichtshof der Vereinigten Staaten von 1973, die Frauen das Recht einräumte, selbst über Abbruch oder Fortführung einer Schwangerschaft zu entscheiden. Trotz zahlreicher Belege, dass Einschränkungen beim Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen diese nicht verringern, sondern durch die Zunahme unsicherer Abbrüche die Gesundheit von Schwangeren zusätzlich in Gefahr gebracht wird, kippte der US Supreme Court am 24. Juni 2022 das seit 50 Jahren bestehende Urteil.

Auch in anderen Teilen der Welt ist derzeit eine Rückwärtsbewegung beim Recht auf körperliche Selbstbestimmung zu verzeichnen. Prominentestes Beispiel ist Uganda, wo jüngst ein Gesetz, das Homosexualität kriminalisiert, bis hin zur Todesstrafe verschärft wurde. Seit 2022 dürfen Jugendliche in Kenia nur mit Zustimmung ihrer Eltern Verhütungsmittel im öffentlichen Gesundheitswesen beziehen, während in den Schulen oft lediglich Abstinenz als altersadäquate Verhütungsmethode vermittelt wird. Ein

kleiner Hoffnungsschimmer: Seit 1994 wurde in 24 afrikanischen Ländern die Rechtsgrundlage für Schwangerschaftsabbrüche erweitert.

AUF DIE JUGEND KOMMT ES AN

Dennoch: Der Auftrieb, den die Opponenten des Kairoer Aktionsprogramms zurzeit weltweit erfahren, könnte künftig nicht nur weitere Fortschritte blockieren. Im schlimmsten Fall könnten bereits erzielte Erfolge in Sachen reproduktive und sexuelle Gesundheit und Rechte sogar wieder zunichte gemacht werden. Für die heutige Jugendgeneration wäre das fatal. Diese jungen Frauen und Männer werden mit ihrer Bereitschaft zum Wandel und dem Wunsch nach gesellschaftlicher Erneuerung entscheiden, wo es in Zukunft langgeht – nicht nur in Sachen demografischer, sondern auch in Sachen nachhaltiger Entwicklung. Dafür aber müssen wir heute in sie investieren.¹⁷ Denn sie sind nicht nur die Arbeitskräfte der Zukunft, sondern auch die Eltern der nächsten Generation.

Daher ist es so wichtig, bestehende Initiativen, die die Stärkung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte zum Ziel haben, weiter zu stärken und die Finanzierung entsprechender Programme auszubauen – vor allem, aber nicht nur für junge Menschen. Die Ungleichheiten im Zugang zu Informationen und Dienstleistungen rund um Familienplanung, Schwangerenvorsorge, Geburtshilfe und die Prävention von sexuell übertragbaren Krankheiten müssen dringend abgebaut werden. Der Fokus sollte hier auf vulnerablen Gruppen, den Ärmsten der Armen, Geflüchteten, LSBTIQ*-Personen, Menschen mit Behinderungen und Indigenen liegen, um die „letzte Meile“ beim Ausbau der Gesundheitsversorgung zu erreichen – damit das Recht auf Selbstbestimmung endlich für alle Menschen Realität wird, wie es sich die unterzeichnenden Staaten im September 1994 in Kairo zum Ziel gesetzt hatten.

¹⁶ Vgl. Haley McEwen/Lata Narayanaswamy, *The International Anti-Gender Movement. Understanding the Rise of Anti-Gender Discourses in the Context of Development, Human Rights and Social Protection*, Mai 2023, <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/2023/wp-2023-4-anti-gender-movement.pdf>; Nele Disselkamp et al., *Gemeinsam für mehr Gerechtigkeit. Der Kampf für reproduktive Gerechtigkeit und wie der Anti-Gender-Bewegung begegnet werden kann*, Berlin 2024.

¹⁷ Vgl. Colette Rose et al., *Afrikas Zukunft ist jung! Welche Prioritäten junge Menschen für ihre reproduktive und sexuelle Selbstbestimmung sehen*, Berlin 2024.

CATHERINA HINZ

ist Direktorin des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung.

Herausgegeben von der
Bundeszentrale für politische Bildung
Bundeskanzlerplatz 2, 53113 Bonn



Redaktionsschluss dieser Ausgabe: 11. Oktober 2024

REDAKTION

Lorenz Abu Ayyash
Anne-Sophie Friedel
Julia Günther
Sascha Kneip (verantwortlich für diese Ausgabe)
Johannes Piepenbrink
Leontien Potthoff (Volontärin)
apuz@bpb.de
www.bpb.de/apuz
www.bpb.de/apuz-podcast
twitter.com/APuZ_bpb

APuZ
Nächste Ausgabe
45/2024, 2. November 2024

FLUCHT UND MIGRATION

Newsletter abonnieren: www.bpb.de/apuz-aktuell
Einzelausgaben bestellen: www.bpb.de/shop/apuz

GRAFISCHES KONZEPT

Meiré und Meiré, Köln

SATZ

le-tex publishing services GmbH, Leipzig

DRUCK

L.N. Schaffrath GmbH & Co. KG DruckMedien, Geldern

ABONNEMENT

Aus Politik und Zeitgeschichte wird mit der Wochenzeitung
Das **Parlament** ausgeliefert.

Jahresabonnement 25,80 Euro; ermäßigt 13,80 Euro.

Im Ausland zzgl. Versandkosten.

Fazit Communication GmbH
c/o Cover Service GmbH & Co. KG
fazit-com@cover-services.de

Die Veröffentlichungen in „Aus Politik und Zeitgeschichte“ sind keine Meinungsäußerungen der Bundeszentrale für politische Bildung (bpb). Für die inhaltlichen Aussagen tragen die Autorinnen und Autoren die Verantwortung. Beachten Sie bitte auch das weitere Print-, Online- und Veranstaltungsangebot der bpb, das weiterführende, ergänzende und kontroverse Standpunkte zum Thema bereithält.

ISSN 0479-611 X



Die Texte dieser Ausgabe stehen unter einer Creative Commons Lizenz vom Typ Namensnennung-Nicht Kommerziell-Keine Bearbeitung 4.0 International.



APuZ

AUS POLITIK UND ZEITGESCHICHTE

www.bpb.de/apuz