

Viele Betroffene, wenige Daten

Wie Reproduktionspolitik die Gesundheit von Frauen beeinflusst

Über Verhütung, Schwangerschaftsabbruch oder pränatale Diagnostik wird gesellschaftlich kontrovers gestritten, und die Politik setzt für diese Gesundheitsleistungen den Rahmen. Solche staatlichen Maßnahmen haben unmittelbaren Einfluss auf die Autonomie und die Gesundheit von Frauen. Darüber, wie sich Reproduktionspolitiken auf die Gesundheit der Einzelnen auswirken, gibt es jetzt erste Erkenntnisse – doch viele Fragen bleiben offen aufgrund einer schwierigen Datenlage.

Rohan Khan und Hannah Zagel

Im US-Präsidentenwahlkampf 2024 spielten Berichte von Frauen eine wichtige Rolle, die am eigenen Körper erlebt haben, welche schwerwiegenden Gesundheitsfolgen aus einem Verbot des Schwangerschaftsabbruchs resultieren können. Exemplarisch steht hierfür der Fall von Kate Cox, der trotz der großen Gesundheitsrisiken ihrer Schwangerschaft der Abbruch in ihrem heimatlichen Bundesstaat Texas verwehrt blieb. Dies zwang sie, für diesen medizinischen Eingriff in einen anderen Bundesstaat zu reisen. Das Beispiel zeigt besonders eindrücklich, wie weitreichend die Auswirkungen der politischen Regulierung von Reproduktionspolitik auf die Gesundheit verschiedener Personengruppen sind. Auch wissenschaftliche Studien haben für einzelne Regionen und Länder gezeigt, dass die Ausweitung von reproduktiven Gesundheitsdiensten wie die Verbreitung von Verhütungsmitteln oder die umfassendere Betreuung Schwangerer durch Hebammen zu einer besseren Gesundheit von Frauen führen.

Die reproduktive Gesundheit von Frauen spielt eine zentrale Rolle in der Diskussion darüber, wie Staaten in Prozesse des Kinderkriegens und Nicht-Kinderkriegens eingreifen. Sei es die rechtliche Zulassung von Verhütungsmitteln, der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen oder die Kostenübernahme für Pränatal-Tests – bei der Abwägung all dieser politischen Maßnahmen sind die Implikationen für die Autonomie und Gesundheit der Betroffenen besonders gewichtige Argumente.

Eine ländervergleichende Studie, die systematisch die Effekte von institutionellen Unterschieden der Reproduktionspolitik herausarbeitet, scheiterte bisher an der mangelhaften Datenlage zu diesen politischen Maßnahmen. Mit der International Reproduction Policy Database hat unsere Forschungsgruppe einen Datensatz erstellt, der für 33 Länder zwischen 1980 und 2020 Regulierungen der Reproduktionspolitik erfasst. Diese neue Datenbank nutzen wir, um zu untersuchen, wie die Regulierung von Ver-



Rohan Khan ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Emmy-Noether-Forschungsgruppe *Varieties of Reproduction Regimes: Institutions, Norms and Social Inequality* am WZB. Er forscht ländervergleichend zum Zusammenhang zwischen Reproduktionspolitik und politischen Einstellungen. rohan.khan@wzb.eu

Foto: © WZB/Anna Kluge, alle Rechte vorbehalten.

hütungsmitteln, Schwangerschaftsabbrüchen und Schwangerschaftsvorsorge mit der Gesundheit von Frauen in 25 europäischen Ländern zusammenhängt – für mehr Länder waren

„Die International Reproduction Policy Database umfasst Daten zu Regulierungen der Reproduktionspolitik für 33 Länder zwischen 1980 und 2020“

keine individuellen Gesundheitsdaten verfügbar. In unserer Studie betrachten wir die Effekte einzelner reproduktionspolitischer Maßnahmen in den drei genannten Regulierungsfeldern auf Frauengesundheit.

Im Bereich der Verhütungsmittel analysieren wir, welche Verhütungsmethoden zugänglich sind, ob der Staat die anfallenden Kosten mitträgt, sowie welche Berufsgruppen Verhütungsmittel verschreiben und zu diesen beraten dürfen. Wir erwarten, dass sich ein breiterer Zugang zu Verhütungsmitteln positiv auf Frauengesundheit auswirkt. Für das Politikfeld Schwangerschaftsabbruch untersuchen wir die Effekte von drei Faktoren: der Anzahl der Voraussetzungen für einen Schwanger-

schaftsabbruch (z. B. eine verpflichtende Beratung, Wartezeiten, Erbringung eines rechtlichen Nachweises einer Vergewaltigung), der Kostenübernahme für den medizinischen Eingriff und ob Ärzt*innen die Durchführung des Eingriffs verweigern dürfen. Auch hier erwarten wir, dass ein besserer Zugang zum Schwangerschaftsabbruch positive Effekte auf Frauengesundheit hat, da er die Selbstbestimmung von Frauen erhöht und die negativen gesundheitlichen, ökonomischen und sozialen Folgen ungewollter Schwangerschaft verringern kann. Schließlich blicken wir auf mögliche Effekte der Regulierung von Schwangerschaftsvorsorge. Wir vermuten, dass die Anzahl der empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen und die Bandbreite von Entbindungsorten (Krankenhaus, Geburtshaus, zu Hause), zwischen denen Schwangere wählen können, positiv mit Frauengesundheit zusammenhängt. Von der staatlichen Empfehlung für Pränatal-Tests erwarten wir hingegen, dass diese einen negativen Effekt auf die mentale Gesundheit werdender Mütter hat, da sie zur Medikalisierung von Schwangerschaften beiträgt und Schwangere dazu drängt, sich mit möglichen Anomalien des Fötus auseinanderzusetzen.

Bei der Analyse haben wir Frauen in unterschiedlichen reproduktiven Lebensphasen berücksichtigt. Außerdem haben wir zwischen Müttern und Frauen ohne Kinder unterschieden. Verhütungsmittel und Schwangerschaftsabbruch spielen in jüngeren Lebensjahren eine wichtige Rolle, aber ebenso für Mütter, die

„Es gibt keine Datensätze, die Frauengesundheit in unterschiedlichen Ländern detailliert messen, zum Beispiel den Gesundheitsstatus vor, während und nach einer Schwangerschaft“

nicht wünschen, (unmittelbar) weitere Kinder zu bekommen. Schwangerschaftsvorsorge soll sichere und gesunde Schwangerschaften gewährleisten, daher betrachten wir hier besonders mögliche Effekte auf die Gesundheit von



Hannah Zagel ist Professorin für Lebenslaufsoziologie an der Technischen Universität Dortmund und Leiterin der Forschungsgruppe *Varieties of Reproduction Regimes: Institutions, Norms and Social Inequality* am WZB. Sie forscht ländervergleichend zu sozialen Ungleichheiten im Lebensverlauf, Wohlfahrtsstaaten und Reproduktion. hannah.zagel@wzb.eu

Foto: © WZB/Anna Kluge, alle Rechte vorbehalten.

Müttern. Es gibt jedoch keine Datensätze, die Frauengesundheit in unterschiedlichen Ländern detailliert messen, wie zum Beispiel den Gesundheitsstatus vor, während und nach einer Schwangerschaft. Deshalb beziehen wir uns auf allgemeinere Gesundheitsvariablen der Befragungswelle 2018 des Datensatzes European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC), der Haushalts- und Personendaten zusammenfasst. EU-SILC enthält eine Variable zur subjektiven Gesundheitseinschätzung, bei der die Befragten auf einer Skala von 1 bis 5 angeben, wie gesund sie sich fühlen. Darüber hinaus bietet der Datensatz die Möglichkeit, einen Index zu bilden, der die mentale Gesundheit der Befragten bemisst. Dafür werden Variablen zusammengefasst, bei denen die Befragten beantworten, wie glücklich, nervös und niedergeschlagen sie sich in den letzten 4 Wochen gefühlt haben. Den Effekt staatlicher Reproduktionspolitik auf die individuelle Gesundheit analysieren wir mit Mehrebenenmodellen. Dabei werden statistische Unterschiede in der Gesundheit von Bürger*innen in verschiedenen reproduktionspolitischen Kontexten untersucht. Die Modelle sind besonders zuverlässig, wenn die Unterschiede zwischen den Ländern groß sind.

Aus den Ergebnissen unserer Analysen lassen sich mehrere Schlüsse ziehen. Der Index, den wir aus den drei Politikfeldern zusammenge-

fasst haben, um zu bestimmen, wie liberal oder restriktiv die Staaten allgemein im Bereich der Reproduktionspolitik sind, hat keinen für uns messbaren Effekt auf Frauengesundheit. Im Hinblick auf die Schwangerschaftsvorsorge unter-

„Eine Vielfalt an Entbindungsorten wirkt sich positiv auf Müttergesundheit aus, Empfehlungen für Pränatal-Tests negativ“

stützen die Ergebnisse unsere Hypothesen: Eine Vielfalt an verfügbaren Entbindungsorten ist positiv assoziiert mit Müttergesundheit, während sich staatliche Empfehlungen für Pränatal-Tests negativ auf die mentale Gesundheit von Müttern auswirken. Die Analyseergebnisse für die Politikfelder Verhütungsmittel und Schwangerschaftsabbruch sind inkohärent und größtenteils statistisch nicht aussagekräftig. Sie weisen zwar darauf hin, dass die subjektive Gesundheitseinschätzung von Frauen dann positiver ausfällt, wenn verschiedene medizinische Berufsgruppen zu Verhütungsmitteln beraten können und wenn die Barrieren zum Schwangerschaftsabbruch niedriger sind. Allerdings sind diese Effekte nur für die Altersgruppe der über 50-Jährigen nachweisbar, die nicht mehr im reproduktionsfähigen Alter sind.

Für diesen letzten Befund gibt es zwei Deutungsmöglichkeiten: Es könnte sein, dass sich der Effekt eines erleichterten Zugangs zu Verhütungsmitteln und Schwangerschaftsabbrüchen auf die subjektive Gesundheit erst im Lebensverlauf entfaltet. Reproduktionspolitik prägt Lebensverläufe, indem sie es Menschen ermöglicht oder sie daran hindert, ihre individuellen reproduktiven Präferenzen umzusetzen. Sie beeinflusst, ob, wann, wie und wie viele Kinder sie bekommen – oder eben nicht. Unsere Ergebnisse könnten darauf hindeuten, dass Reproduktionspolitik erst in der Summe dieser Ereignisse subjektive Frauengesundheit beeinflusst und sich deshalb erst später im Leben zeigt. Die Inkohärenz der Ergebnisse könnte aber auch daraus resultieren, dass die verfügbaren Daten zu Frauengesundheit zu ungenau sind.

Um eingehend zu untersuchen, durch welche Mechanismen Reproduktionspolitik die Gesundheit verschiedener Bevölkerungsgruppen und insbesondere Frauengesundheit beeinflusst, bräuchte es ländervergleichende Längsschnittbefragungen, die auch die reproduktive Gesundheit explizit erheben. Der Generations and Gender Survey (GGS), ein Datenprojekt der am Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI) in Den Haag angesiedelten Infrastruktur „Gender and Generations Programme“, das Längsschnittdatensätze seiner Mitgliedsländer zusammenfasst, ist ein erster Schritt in diese Richtung. In diesem Datensatz gibt es ein Modul mit Indikatoren zu Fruchtbarkeit, Kinderwünschen, Angaben zu Menstruation und Sexualverkehr sowie zur Nutzung von Verhütungsmitteln. Für einen umfassenden Blick auf reproduktive Gesundheit müsste auch erhoben werden, welche reproduktiven Dienstleistungen Personen wahrgenommen haben (z. B. Schwangerschaftsabbruch), welche gesundheitlichen Erfahrungen sie mit diesen Maßnahmen gemacht haben und auch, welche Wünsche sie an diese Dienstleistungen haben, also zum Beispiel welche Verhütungsmittel sie gerne benutzen würden.

Literatur

Cleland, John/Conde-Agudelo, Agustin/Peterson, Herbert/Ross, John/Tsui, Amy O: „Contraception and Health“. In: The Lancet, 2012, (380, 9837), S. 149–156.

Donegan, Moira: „Kate Cox Begged Texas to Let Her End a Dangerous Pregnancy. She Won't Be the Last“. In: The Guardian, 12.12.2023. Online: <https://www.theguardian.com/commentisfree/2023/dec/12/kate-cox-emergency-abortion-texas> (Stand 4.11.2024).

Frankenberg, Elizabeth/Thomas, Duncan: „Women's Health and Pregnancy Outcomes: Does Access to Services Make a Difference?“ In: Demography, 2001, Jg. 38, H. 2, S. 253–265.

Detaillierte Erkenntnisse dazu, wie Reproduktionspolitik Gesundheit beeinflusst, wären für die anhaltenden Diskussionen in diesem Feld von großer Bedeutung; sie könnten zu einem evidenzbasierten politischen Diskurs beitragen.

„In gesellschaftlichen Debatten, in denen Normen über Geschlecht, Sexualität und Familie eine herausragende Rolle spielen, sollten empirische Ergebnisse als Orientierungspunkt dienen“

In diesen gesellschaftlichen Debatten, in denen Normen über Geschlecht, Sexualität und Familie eine herausragende Rolle spielen, sollten sachliche, genaue empirische Ergebnisse als Orientierungspunkt dienen. ●

Löwy, Ilana: Imperfect Pregnancies: A History of Birth Defects and Prenatal Diagnosis. Baltimore: Johns Hopkins University Press 2017 (1. Aufl.).

Senderowicz, Leigh: „Contraceptive Autonomy: Conceptions and Measurement of a Novel Family Planning Indicator“. In: Studies in Family Planning, 2020, Jg. 51, H. 2, S. 161–176.