



**Geschäftsstelle der Kommission zur reproduktiven  
Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin**  
Arbeitsgruppe 1 - Regulierungen für den Schwangerschaftsabbruch

am

**Projekträger Jülich**  
Nachhaltige Entwicklung und Innovation  
Hochschulen, Innovationsstrukturen, Gesundheit (HIG)  
Strategie, Kommunikation und Internationales (HIG 1)

per Email: ptj-kom-rsf@fz-juelich.de

**Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V.  
(DGGG)**

zur Fragestellung

- **Ist eine Regelung zum Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuchs (StGB) möglich und wenn ja unter welchen Voraussetzungen?**

Sehr geehrte Kommissionsmitglieder,

wir danken für die Möglichkeit zur Stellungnahme und kommentieren wie folgt:

Nachfolgend sollen einige Überlegen zur Eliminierung des Schwangerschaftsabbruches (SSA) aus dem StGB erörtert werden. Zunächst erfolgt die Sichtweise aus drei Perspektiven und im zweiten Teil eine Darlegung möglicher praktischer Konsequenzen für die den SSA durchführende Personen.

1. Darlegung verschiedener Perspektiven:

**§218 StGB aus Sicht der Schwangeren**

Die Platzierung des SSA im StGB garantiert zunächst jeder Schwangeren eine gesetzliche Regelung, die Mutter und Kind vor einem Eingriff Dritter gegen den Willen der Schwangeren schützt. Die aktuell gültige Straffreiheit des SSA setzt immer den



mütterlichen Willen und deren Zustimmung voraus und kann beispielsweise nicht durch den Willen Dritter zustande kommen.

Dass der SSA unter bestimmten Bedingungen straffrei bleibt (medizinische oder kriminologische Indikation, Notlage der Mutter oder als Minimalanforderung der explizite Wunsch der Schwangeren nach erfolgter Beratung durch eine gesetzlich anerkannte Beratungsstelle; § 218a (1)), zeigt im Grundsatz, dass das Leben und der Wille der Schwangeren bereits im Status quo gegenüber dem Leben des ungeborenen Menschen Vorrang haben, im medizinischen wie im juristischen Sinne. Damit ist bereits gegeben, dass der mütterliche Wille in allen Szenarien entscheidend dafür ist, ob ein Kind ausgetragen wird.

Die Notlage der Frau, der Wille des Kindsvaters oder die Angst vor der Belastung von Umfeld, Gesellschaft und Geldgebern im Falle einer möglichen Behinderung des Kindes kann andernfalls sehr schnell dazu führen, dass SSA aus Motiven vorgenommen werden, die dem eigentlichen Willen der Schwangeren widersprechen und sie infolge in eine schwere seelische Notlage bringen.

Die Regelung des SSA im StGB stellt in der aktuellen Version für die Schwangere kein Hindernis dar, einen solchen durchführen zu lassen, da keine Strafen resultieren können, sofern die aus Praxis und im Alltag etablierten Rahmenbedingungen eingehalten werden. Die aktuelle Regelung schützt die Schwangere vor einem SSA gegen ihre explizite, objektiv nachvollziehbare wie reproduzierbare Willensäußerung im juristischen Sinne.

## **§218 StGB aus Sicht des ungeborenen Menschen**

Die Platzierung des SSA im StGB stellt zunächst die Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens sicher.

Dies stellt, abgesehen von den o.g. Ausnahmen, zunächst eine Analogie zum geborenen Leben dar, das ebenfalls durch das StGB vor definierten Angriffen auf die eigene Existenz geschützt ist.

Dies stellt auch eine Konkordanz zum Embryonenschutzgesetz dar, welches beispielsweise die Schutzwürdigkeit ab Kernverschmelzung regelt (§8 Abs. 1 EschG).

Eine zeitliche Graduierung der Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens, d.h. eine Neudefinition des Beginns der Schutzwürdigkeit, müsste auf Konformität mit dem Grundgesetz geprüft werden. Eine Neudefinition des Beginns der Schutzwürdigkeit des menschlichen Lebens auf dessen Unversehrtheit (Art 2 GG Absatz 2: „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit“, Art 3 GG Absatz 1: „Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich“) würde entsprechend der aktuell in der BRD geltenden Grundrechte eine Neudefinition der Begriffe „Mensch“ und „Recht auf Leben“ erfordern.



## §218 StGB aus Sicht der Ärzteschaft, die SSA durchführt

Ein SSA wird immer durch Dritte vorgenommen (entweder durch medikamentöse Verordnung oder operative Tätigkeit) und kann nie per se durch eine Schwangere selbst autonom durchgeführt werden. ÄrztInnen, die SSA durchführen, können grundsätzlich in einen Konflikt zwischen der Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens und dem Wunsch der Schwangeren kommen. Dies betrifft insbesondere den Fetozid im fortgeschrittenen Schwangerschaftsalter. Eine klare Regelung, unter welchen Umständen auch für sie Straffreiheit und Rechtssicherheit besteht, ist unverzichtbar. Die Platzierung des SSA im StGB ermöglicht ÄrztInnen die Durchführung von Eingriffen, die durch definierte Bedingungen den Ausnahmecharakter verloren haben und schützt sie gleichzeitig davor, Eingriffe vornehmen zu müssen, die mangels klarer gesetzlicher Regelung ihr Gewissen belasten könnten.

Wir verweisen zudem auf eine aktuell noch unveröffentlichte Stellungnahme von Strizek, Rosenberg et al. (eingereicht in der Fachzeitschrift FRAUENARZT unter dem Titel "Schwangerschaftsabbruch in Deutschland: Die Würde aller Beteiligten achten"), welche insbesondere die ärztliche Rolle und damit verbundene Gewissensfragen im Behandlungsfall des Fetozides beleuchtet.

### 2. Konsequenzen einer geänderten Gesetzeslage für verschiedene in den SSA involvierte Professionen:

Eine Revision des §218 StGB und die damit entfallende Ausnahmesituation würde die **folgerichtige Änderung des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten beinhalten**: Wenn ein SSA nicht mehr im Grundsatz gesetzeswidrig ist, so stellt sich die Frage, wie sich ein Schwangerschaftskonflikt im juristischen Sinn ergibt. Er kann sich dann nur noch im Rahmen der eigenen Wissensbildung ergeben.

Das Wegfallen eines Schwangerschaftskonfliktes im juristischen Sinne kann folgende Resultate mit sich bringen:

- Es besteht keine Notwendigkeit mehr für eine gesetzlich anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatung. Diese kann auch nicht mehr als unbedingte Voraussetzung für einen SSA außerhalb der medizinischen und kriminologischen Indikation gerechtfertigt werden. Somit wird auch die Möglichkeit der Inanspruchnahme einer (freiwilligen) Schwangerschaftskonfliktberatung sehr wahrscheinlich abnehmen und der im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) vorgegebene Stellen-schlüssel mit einer Beratungsvollkraft pro 40.000 EinwohnerInnen nicht aufrecht-erhalten und finanzierbar bleiben. Insbesondere in dünnbesiedelten Gebieten, aber auch allein durch den Wegfall der Beratungspflicht, kann der Wegfall von Beratungsmöglichkeiten zunehmend zu nicht-robusten Entscheidungen zugunsten eines SSA von Schwangeren führen.



- Es ist zu erwarten, dass bei juristischem Wegfallen eines Konfliktes sowie auch nach Wegfall des strafrechtlichen Aspektes eines SSA das **Weigerungsrecht nach SchKG §12 (1-2)** entfällt:

„Niemand wird gezwungen, an einem SSA mitzuwirken (Weigerungsrecht), außer es handelt sich um eine medizinische Indikation mit lebensbedrohlicher Situation der Schwangeren SchKG §12 (1-2)“.

Der SSA als eine medizinische Leistung, die keinen Ausnahmecharakter mehr innehat, kann zur Bedingung eines Stellenantrittes oder im weiteren Sinne auch, analog zu anderen Ländern, zur Bedingung des Erhaltens des Facharztstatus gemacht werden. Diese Vorgehensweise könnte genutzt werden, um die Versorgung zu garantieren und wurde bereits von verschiedenen PolitikerInnen expressis verbis thematisiert und propagiert. Dies kann aber, im Gegensatz zur eigentlichen Intention, zu einer weiteren Verschlechterung des Fachkräftemangels, insbesondere in dünn besiedelten Gebieten führen. Dem gegenüber muss die medizinisch notwendige, heimatnahe Versorgung von Schwangeren und Risikoschwangeren gegengehalten werden. Während ein SSA nie eine umgehende Notfallsituation darstellt, ist das umgehende und zeitnahe akute Notfallmanagement Alltag im Bereich der Geburtshilfe und Gynäkologie. Ohne eine flächendeckende Versorgung mit ausreichend GynäkologInnen sind Schwangere und Gebärende in realistischer Versorgungsnot. Der in der Coronapandemie aggravierte Pflegemangel stellt ein Beispiel dar, wie Professionen auf äußeren Druck und Verpflichtungen, aber auch auf prekärere Arbeitsbedingungen reagieren können. Die aktuelle Historie hat gezeigt, dass das System nicht aufrechtzuerhalten ist, wenn auch nur kleine Prozentanteile das Feld verlassen. Es ist im Status quo nicht mehr vertretbar, bewusst auf ggf. auch nur eine Minderheit von Personen, die z.B. ethisch gebunden sind, zu verzichten. Der Status quo muss Anlass geben, alle Mittel in der BRD zu ergreifen, um eine weitere Reduktion von Fachkräften in Bereichen der Akutmedizin zu vermeiden.

## Schlussfolgerung

Die gesetzliche Regelung betrifft im Alltag nur GynäkologInnen und Schwangere im Konflikt, da diese die einzigen Handlungspartner im SSA sind. Die Frage nach einer Neuregelung mit dem primären Ziel einer formalen Liberalisierung des SSA muss folglich aus Sicht der Handlungsakteure betrachtet und auch gerechtfertigt werden:

Die aktuelle gesetzliche Lage stellt einen Kompromiss dar, der aus rein medizinischer Sicht keiner Veränderung bedarf, um Vereinfachungen für Schwangere mit Wunsch nach SSA im Alltag herbeizuführen.



Es stellt sich deshalb, neben allen ethischen Überlegungen und Interessenskonflikten zum Thema SSA die reale Frage, ob eine Gesetzesänderung für die **betreffenen Frauen wirklich eine spürbare Änderung** erbringen kann und wenn ja, welche.

Es stellt sich zudem die Frage, ob wir uns als FrauenärztInnen zugunsten einer **rein formalen Liberalisierung des SSA** ethische Diskussionen und finanziellen wie zeitlichen Ressourcenverbrauch zu einer praxisbewährten Regelung leisten können und wollen, ohne erhebliche Verluste an Personal, Nachwuchs und auch zwischenmenschlichem Respekt zu riskieren.

*Diese Stellungnahme wurde von Univ.-Prof. Dr. med. Angela Köninger (Regensburg) verfasst.*