

Marburg, 24. September 2024

Anmerkungen zur Debatte um die Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland

Stellungnahme der

Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM)

Die §§ 218, 218a StGB in ihrer jetzigen Form sind ein hart errungener Kompromiss, der aus zahlreichen Novellierungen in den Jahren 1970-1995 hervorging.¹ Die aktuell gültige Gesetzeslage berücksichtigt den Schutz des ungeborenen Lebens, indem ein Schwangerschaftsabbruch als rechtswidrig gilt. Sie berücksichtigt aber auch, dass ungewollt schwangere Frauen in einen tragischen Konflikt geraten können, in dem der Schwangerschaftsabbruch unter bestimmten eingehaltenen Bedingungen nicht strafrechtlich geahndet wird. Außerdem wirkt der Kompromiss einer Polarisierung der Gesellschaft – wie etwa in den USA – entgegen.

Eine von der Bundesregierung beauftragte Expertinnenkommission hat im April 2024 in ihrem Abschlussbericht² empfohlen, den Schwangerschaftsabbruch in der Frühphase zu legalisieren. Auf eine Pflicht zur Beratung bei einem Schwangerschaftsabbruch in der Frühphase könne der Gesetzgeber verzichten. In der mittleren Phase der Schwangerschaft bis zur extrauterinen Lebensfähigkeit des Fötus (22. SSW³) stehe dem Gesetzgeber ein Gestaltungsspielraum zu.

Als Zusammenschluss christlicher Ärztinnen und Ärzte sowie Medizinstudierender ist uns die mögliche Reform der Gesetzeslage zu § 218 StGB ein wichtiges Anliegen, da wir durch die berufliche Nähe zu Betroffenen die Komplexität und Vielschichtigkeit des Schwangerschaftskonflikts kennen und darin bestmöglich helfen möchten. Diese Stellungnahme konzentriert sich auf drei wesentliche Schutzaufträge – gegenüber der Schwangeren, dem ungeborenen Leben und dem begleitenden Fachpersonal:

- 1. Die Schwangere wird in einer Konfliktsituation durch obligatorische Beratung und Unterstützungsangebote gestärkt.**
- 2. Ungeborenes Leben befindet sich in einer kontinuierlichen Entwicklung von der Konzeption an. Daher kann eine willkürlich gesetzte Frist seinem Schutz nicht gerecht werden.**
- 3. Die moralische Integrität, das ethische Bewusstsein und das psychische Wohlergehen des Personals im Gesundheitswesen wird durch die Freiheit von Gewissensentscheidungen gewährleistet.**

Wir empfehlen der Bundesregierung daher dringend die Beibehaltung des § 218 StGB sowie die Stärkung staatlicher und nichtstaatlicher Unterstützungsangebote für Frauen vor und nach Konfliktschwangerschaften. Außerdem möchten wir für den Fall einer Neuregelung das weiterhin geltende Recht von medizinischem Personal betonen, sich aus Glaubens- und Gewissensgründen nicht an Schwangerschaftsabbrüchen zu beteiligen.

Diese Gedanken möchten wir im Folgenden kurz erklären.

¹ Die erste große Novellierung des § 218 StGB in der BRD wurde mit knapper Favorisierung des Fristenmodells am 26.4.1974 erreicht. Eine nochmalige Reformierung mit Annahme der Indikationenlösung geschah am 12.02.1976 und die letzte und aktuell gültige Neufassung wurde am 01.10.1995 zur einheitlichen Regelung nach Zusammenschluss von BRD und DDR beschlossen.

² [Abschlussbericht Kom-rSF.pdf \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#)

³ SSW = Schwangerschaftswoche. Diese Zeiteinheit legt als Zeitbasis den ersten Tag der letzten Periode fest, i.d.R. circa zwei Wochen vor der Empfängnis. In diesem Papier wird SSW synonym für "Woche" verwendet.

Ad 1.: Die Schwangere wird in einer Konfliktsituation durch obligatorische Beratung und Unterstützungsangebote gestärkt.

Aufgrund hormoneller Interaktionen geht eine Schwangerschaft oft schon vor ihrem Bekanntwerden nicht nur mit körperlichen, sondern auch mit psychischen Veränderungen einher, die neben Vorfreude auch von Ambivalenz, Stimmungsschwankungen, Angst, Fatigue, Erschöpfung, Schlaflosigkeit und Depressionen geprägt sein können (Bjelica & Kapor-Stanulović, 2004). Neben diesen psycho-physiologisch bedingten Begleiterscheinungen einer Schwangerschaft kann ein multifaktorieller Konflikt zu einer zusätzlichen Belastung beitragen. Eine wesentliche Rolle können dabei Partnerschaftsprobleme, biographische Ambivalenzen, finanzielle Sorgen oder auch gesellschaftlicher Druck spielen.

Gerade in solchen Krisensituationen kann ein gesetzliches „Achtung-Schild“ im Sinne einer ganzheitlichen Beratung einen Perspektivwechsel ermöglichen. Die Turnaway-Studie aus Nordamerika zeigt, dass sogar nach einer gewünschten, aber verwehrteten Abtreibung ca. 96% aller Frauen einige Jahre später die fortgeführte Schwangerschaft als positiv bewerteten (Rocca et al., 2021).

In einem Beratungsgespräch erhalten Ratsuchende die Gelegenheit zur Reflexion, zur Schaffung von innerer Distanz zu ihrer Situation, zur Eröffnung bislang nicht wahrgenommener Perspektiven sowie zur Entfaltung verborgener Ressourcen. Äußere Impulse können die in einer Krisensituation oft eingeschränkte Perspektive erweitern und dadurch die Autonomie und Handlungsfähigkeit der Betroffenen stärken.

Die Realität zeigt, dass es Situationen gibt, in denen Schwangere auch bei ausreichendem Unterstützungsangebot ihre Schwangerschaft vorzeitig beenden möchten. Dies ist nach der geltenden Regelung unter sicheren medizinischen und hygienischen Bedingungen möglich, ohne dass eine Änderung der Rechtslage erforderlich wäre. Diese gesetzliche Möglichkeit ist nicht gleichbedeutend mit ethischer Zustimmung zu oder einem Rechtsanspruch auf einen Schwangerschaftsabbruch.

Wer Selbstbestimmung von Schwangeren stärken will, muss sicherstellen, dass sie realistische Optionen haben. Eine Schwangere darf nicht aufgrund gesellschaftlicher Konventionen und Normvorstellungen, ökonomischer Zwänge oder sozialen Drucks dazu gedrängt werden, die Schwangerschaft zu beenden, wenn sie das nicht wirklich möchte. Bei einer Abschaffung der Beratungspflicht befürchten wir, dass diejenigen Frauen, die am meisten von einer Beratung profitieren könnten, nicht erreicht werden. Die verbindliche Beratung entlastet Frauen von dem Rechtfertigungsdruck gegenüber ihrem sozialen Umfeld bei Inanspruchnahme einer solchen.

Staat und Gesellschaft haben die Aufgabe, mit allen notwendigen Mitteln sicherzustellen, dass jede Frau ausreichend unterstützt werden kann, die sich – nach individueller Beratung – für oder gegen das Austragen ihres Kindes entscheidet.⁴

⁴ Nicht nur im Falle der Fortsetzung, sondern auch im Falle der Beendigung einer Schwangerschaft muss es Unterstützungsangebote geben. Ein gutes Beispiel für eine ganzheitliche und vorurteilsfreie Betreuung von Frauen nach einer Abtreibung ist die Arbeit von der Villa Vie in Bochum: <https://villa-vie.org/villagevie/>

Darüber hinaus weisen wir darauf hin, dass die Selbstbestimmung der Frau schon präventiv vor dem Eintritt der Schwangerschaft geschützt werden muss. Dies betrifft insbesondere den Schutz vor Nötigung zum Sexualverkehr oder sexueller Ausbeutung, eine gründliche Aufklärung, die auch eine sexualethische Perspektive berücksichtigt, und den Zugang zu sicherer Kontrazeption.

Ad 2.: Schutzauftrag für das ungeborene Leben

Aus ontologischer⁵ Sicht gibt es keinen Unterschied zwischen einem menschlichen Embryo kurz nach der Befruchtung, einem Fötus in der 22. SSW und einem Jugendlichen oder Erwachsenen. Sie alle leben und sind ganz Mensch in genau dem Maße, wie es dem jeweiligen Zeitpunkt in ihrer Entwicklung entspricht. Jede Aberkennung des Menschseins in irgendeinem dieser Stadien wäre eine rein willkürliche Setzung - mit allerdings weitreichenden ethischen Konsequenzen.⁶

Eine abgestufte Fristenregelung ist daher aus ethischer Perspektive problematisch. Die Expertinnenkommission begründet ein geringeres Lebensrecht mit der existentiellen Abhängigkeit vom Mutterleib, die mit der extrauterinen Lebensfähigkeit aufhöre.⁷ Diese Frist ist willkürlich, wie das folgende Beispiel verdeutlicht: Im Vereinigten Königreich ist bis zur 24. SSW indikationsunabhängig ein Schwangerschaftsabbruch legal (Abortion Act, 1967), da vor vielen Jahren erst ab der 24. SSW ein Überleben des Fötus außerhalb des Mutterleibes realistisch war. Heutzutage können Föten jedoch schon ab der 22. Woche außerhalb des Mutterleibes überleben. Wie sind nun Abbrüche im Vereinigten Königreich zwischen der 22. und 24. SSW ethisch zu bewerten, wo sich die Möglichkeiten der Medizin, nicht aber der Entwicklungs- und Bewusstseinsstatus des Fötus in der 22./23. SSW über die Jahre verändert haben?

Obwohl es - wie oben erläutert - aus ontologischer und biologischer Sicht keinen definierbaren Übergang von Nicht-Mensch zu Mensch gibt, lassen sich einzelne Entwicklungsphasen zeitlich recht gut bestimmen. Bereits ab der 5. Woche beginnt das Herz zu schlagen; ab der 9. Woche kann von Schmerzempfinden ausgegangen werden; ab der 12. Woche sind Gliedmaße und Gesicht ausgebildet sowie die Anlagen für alle Organe; ab der 17. Woche können Kindsbewegungen für die Mutter spürbar sein und aktuell ist der Fötus bzw. das ungeborene Kind ab der 22./23. SSW extrauterin überlebensfähig.

Im Embryonal- und Fötalstadium des Menschen nimmt die psycho-physische Entwicklung und das Bewusstsein des Ungeborenen kontinuierlich zu. Anders als die Expertinnenkommission postuliert, sehen wir daher keine Möglichkeit, dass der Gesetzgeber im eigenen Ermessen die Frist des straffreien Schwangerschaftsabbruchs noch weiter in die mittlere Phase der

⁵ Ontologisch meint das Sein oder Wesen Betreffende und schließt auch die genetische Komponente mit ein.

⁶ Als ein christlicher Verband sind wir als ACM der Überzeugung, dass der Mensch von der Verschmelzung von Ei- und Samenzelle an die volle von Gott verliehene unveräußerliche Würde besitzt, die es zu schützen gilt.

⁷ Dieses Argument der Expertinnenkommission ist übrigens aus folgenden Überlegungen inkonsistent: Es gibt bereits Forschungsansätze, die Embryonen nach einer In vitro Fertilisation über 14 Tage hinaus im Reagenzglas wachsen lassen. Zudem wird am künstlichen Uterus und an künstlicher Plazenta geforscht. Wenn es nun (hypothetisch) gelänge, beide Zeiträume so miteinander zu verbinden, dass der Embryo/Fötus nie in einem menschlichen Uterus wäre (sog. Ektogenese), dann würde das Argument der Fristenregelung aufgrund der Abhängigkeit von der Mutter hinfällig sein.

Schwangerschaft verschiebt. Aus ärztlicher Sicht sehen wir im ungeborenen Kind bereits einen (kleinen) Patienten. So haben sich mittlerweile schon einige intrauterine Therapiemöglichkeiten wie z. B. die Behandlung der Spina bifida mit bemerkenswerten Erfolgen etabliert, die nach der Geburt des Kindes nicht mehr zu erzielen sind (Meuli & Moehrlen, 2021).

Der in der Bundesrepublik Deutschland aktuell gültige § 218 StGB berücksichtigt die Tatsache, dass von Beginn der Schwangerschaft an ein einzigartiger Mensch vorhanden ist, dessen Würde im Sinne des Grundgesetzes geschützt werden muss.⁸ Gerade weil der sich entwickelnde Mensch existentiell abhängig ist, erfordert dieser höchst vulnerable Zustand menschlichen Lebens einen besonderen Schutzrahmen.

Ad 3.: Schutz der moralischen Integrität, des ethischen Bewusstseins und des psychischen Wohlergehens des Personals im Gesundheitswesen

Mit Blick auf das Gesundheitswesen ist es von essenzieller Bedeutung, die moralische Integrität und das psychische Wohlbefinden des Personals zu schützen. Ein Aspekt dieses Schutzes betrifft die Freiheit der ärztlichen Gewissensentscheidung (114. Deutscher Ärztetag, 2011). Insbesondere im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen vertreten viele Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Gesundheitsberufe die Überzeugung, dass ab dem Zeitpunkt der Empfängnis menschliches Leben existiert und mithin die vom Grundgesetz geschützte Menschenwürde und das Recht auf Leben zu beachten sind. Im 2022 aktualisierten Medizinethik Codex des Weltärztebundes wurden Regeln festgelegt, die für diese Fälle zum einen die Freiheit der ärztlichen Gewissensentscheidung, zum anderen aber auch das Recht von Patientinnen und Patienten auf eine zeitnahe Information und Konsultation sicherstellen sollen (Parsa-Parsi & Wiesing, 2023).

Wenn medizinisches Personal gezwungen wird, gegen die eigene moralische Überzeugung zu handeln, können „Moral Injuries“ entstehen. Darunter werden belastende Erlebnisse verstanden, denen Scham- und Schuldgefühle bis hin zu schweren psychischen Erkrankungen folgen (Jinkerson, 2016). Dieses Phänomen ist in den vergangenen Jahren ausführlich in der Forschung beschrieben worden (Griffin et al., 2019). In einer freiheitlichen Gesellschaft muss zur Vermeidung dieser Folgen medizinischem Fachpersonal die Option eingeräumt werden, sich aus Gewissensgründen gegen die Beteiligung an derartigen Handlungen – in unserem Beispiel einem Schwangerschaftsabbruch – zu entscheiden, wie es auch der Bericht der Expertinnenkommission erwähnt.⁹ Zusätzlich muss betont werden, dass kein Druck zur Durchführung von

⁸ vgl. BVerfGE 39, 1 ff. juris-Rn. 151: „Wo menschliches Leben existiert, kommt ihm Menschenwürde zu; es ist nicht entscheidend, ob der Träger sich dieser Würde bewußt ist und sie selbst zu wahren weiß. Die von Anfang an im menschlichen Sein angelegten potentiellen Fähigkeiten genügen, um die Menschenwürde zu begründen.“ und BVerfGE 88, 203 ff., juris-Rn 158 „Menschenwürde kommt schon dem ungeborenen menschlichen Leben zu, nicht erst dem menschlichen Leben nach der Geburt oder bei ausgebildeter Personalität.“

⁹ „Im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung auf dem Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe gilt jedoch selbstverständlich § 12 Abs. 1 SchKG: Ärzt_innen können nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.“ [Kurzbericht der Kommission zur Reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin \(bmfsfj.de\)](https://www.bmfsfj.de), Kap. 2.4

Abbrüchen entstehen darf, etwa in Form von negativen Auswirkungen auf die berufliche Laufbahn¹⁰ oder auf die wirtschaftliche Sicherung der Klinik oder eigenen Praxis.

Gleichzeitig ist zu betonen: Ein „Moral Injury“ kann auch durch die Stigmatisierung derjenigen entstehen, die als medizinisches Fachpersonal an den Eingriffen beteiligt sind. Beschimpfungen und aggressive Belästigungen von Personal, welches Schwangerschaftsabbrüche durchführt, wurden im US-amerikanischen Kontext als Verstärker von Stigmatisierungen beschrieben (Norris et al., 2011). Ein beleidigender oder stigmatisierender Umgang entspricht nicht unserem Verständnis christlicher Nächstenliebe, die Respekt und Toleranz gegenüber Betroffenen sowie Kolleginnen und Kollegen fordert.

Konsequenzen für die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs

In einem Rechtsstaat werden Güter geschützt, die einen Wert für das Individuum und die Gesellschaft haben. Das höchste Gut in unserem Land ist das menschliche Leben. Der ungeborene Mensch kann nicht für sich selbst und für seine Rechte sprechen. Der Schutz seines Lebens kann nur durch eine gesetzliche Regelung gesichert werden, die die Verletzung seiner Rechte angemessen bestraft. Wir plädieren deshalb für die Beibehaltung von § 218 StGB.

Obwohl wir es ethisch ausdrücklich nicht befürworten,¹¹ respektieren wir im Hinblick auf die gesundheitliche Gefährdung durch illegale Abtreibungsmethoden die Möglichkeit, innerhalb der ersten 12 Wochen einen Schwangerschaftsabbruch straffrei vornehmen zu lassen, wenn es der von äußeren Einflüssen freie Wille der Schwangeren ist und sie ausreichend beraten wurde. Die Beratungspflicht darf nicht der moralischen Belehrung und Beschuldigung der Schwangeren dienen. Sie muss vielmehr den Staat und die Gesellschaft in die Pflicht nehmen, Frauen in Schwangerschaftskonflikten Handlungsalternativen aufzuzeigen und praktisch zu unterstützen.

Als Verband von christlichen Ärztinnen und Ärzten plädieren wir weiterhin für die persönliche und berufliche Freiheit, aus Glaubens- und Gewissensgründen keine Schwangerschaftsabbrüche vornehmen zu müssen, sofern keine akute Gefahr für das Leben der Mutter besteht. Wir erwarten, dass diese Entscheidung politisch, gesellschaftlich und gesetzlich respektiert und die moralische Integrität von medizinischem Personal ausreichend geschützt wird. Gleichzeitig nehmen wir uns selbst mit in die Verantwortung, den Nöten von Frauen und Paaren in Schwangerschaftskonflikten einfühlsam und konstruktiv zu begegnen.

¹⁰ Durch Mitglieder der Partei Bündnis 90/Die Grünen ist beispielsweise in Baden-Württemberg im Jahr 2020 eine Verpflichtung zur Durchführung von Abtreibungen für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken ins Gespräch gebracht worden.

¹¹ Außer bei drohender Lebensgefahr für die Mutter

Aus dem Arbeitskreis Ethik der Arbeitsgemeinschaft Christlicher Mediziner (ACM):

- + Elena Becher, Medizinstudentin
- + Dr. med. Inge Fourier, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe
- + Judith Khoury, MPH, Referentin für Medizinethik und Public Policy der ACM
- + Dr. med. Sabine Pilatz, Fachärztin für Allgemeinmedizin
- + Dr. med. Kathrin Sander, Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Literaturangaben

114. Deutscher Ärztetag. (2011). *MBO-Ä 1997*. Bundesärztekammer. https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/MBO_08_20112.pdf
- Bjelica, A., & Kapor-Stanulović, N. (2004). [Pregnancy as a psychological event]. *Medicinski Pregled*, 57(3–4), 144–148. <https://doi.org/10.2298/mpns0404144b>
- Griffin, B. J., Purcell, N., Burkman, K., Litz, B. T., Bryan, C. J., Schmitz, M., Villierme, C., Walsh, J., & Maguen, S. (2019). Moral Injury: An Integrative Review. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 350–362. <https://doi.org/10.1002/jts.22362>
- Jinkerson, J. (2016). Defining and Assessing Moral Injury: A Syndrome Perspective. *Traumatology*, 22. <https://doi.org/10.1037/trm0000069>
- Meuli, M., & Moehrlen, U. (2021). Long-term Outcomes of Children After Fetal Surgery for Spina Bifida—Toward Sustainability. *JAMA Pediatrics*, 175(4), e205687. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.5687>
- Norris, A., Bessett, D., Steinberg, J. R., Kavanaugh, M. L., De Zordo, S., & Becker, D. (2011). Abortion Stigma: A Reconceptualization of Constituents, Causes, and Consequences. *Women's Health Issues*, 21(3, Supplement), S49–S54. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.010>
- Parsa-Parsi, R., & Wiesing, U. (2023, Juni 9). *Internationaler Medizinethik-Kodex: Weltweite Identität hergestellt*. Deutsches Ärzteblatt. <https://www.aerzteblatt.de/archiv/231908/Internationaler-Medizinethik-Kodex-Weltweite-Identitaet-hergestellt>
- Rocca, C. H., Moseson, H., Gould, H., Foster, D. G., & Kimport, K. (2021). Emotions over five years after denial of abortion in the United States: Contextualizing the effects of abortion denial on women's health and lives. *Social Science & Medicine*, 269, 113567. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113567>