

Anlagenkonvolut

**zum Stenografischen Protokoll der
133. Sitzung des Rechtsausschusses
am 10. Februar 2025**

Stellungnahmen der Sachverständigen

Kristijan Aufiero	Seite 3
Dr. med. Alicia Baier	Seite 12
Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf, LL.M.	Seite 24
Prof. Dr. med. Matthias David	Seite 35
Prof. Dr. Karsten Gaede	Seite 47
Prof. Dr. Dr. h.c. Michael Kubiciel	Seite 72
Dr. Beate von Miquel	Seite 98
Prof. Dr. Dr. Frauke Rostalski	Seite 103
Prof. Dr. Gregor Thüsing, LL.M. (Harvard)	Seite 129
Rona Torenz, M.A. M.A.	Seite 144
Prof. Dr. Liane Wörner, LL.M. (UW-Madison)	Seite 156



1000plus.net

profemina
international

München und Bozen, den 10. Februar 2025

Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs“ (Bundesdrucksache 20/13775) und zum Antrag „Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern“ (Bundesdrucksache 20/13776) anlässlich der öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages am 10.02.2025

Sachverständiger:

*Dipl. sc. pol. Univ. Kristijan Aufiero, Gründer und Geschäftsführer von 1000plus-Profemina gGmbH,
Gründer und Geschäftsführer von Profemina International Impresa Sociale s.r.l.*

Profemina International

Die gemeinnützige Profemina International GmbH Sozialunternehmen mit Sitz in Bozen ist in der Eigenschaft als gemeinnütziges Unternehmen in der entsprechenden Sondersektion der Handelskammer der Provinz Bozen (Italien) eingetragen. Die Tätigkeit des Sozialunternehmens geschieht ohne Ausnahme selbstlos, gemeinnützig und mildtätig.

Profemina ist ein unabhängiges, hochqualifiziertes, gemeinnütziges und internationales Beratungsangebot für Frauen im Schwangerschaftskonflikt. Mit der Informations- und Beratungsplattform [profemina.org](https://www.profemina.org) wurden in den vergangenen fünf Jahren über 5,8 Mio. Frauen erreicht und rund 687.000 digitale Sofortberatungen durchgeführt. Über 22.000 Frauen wurden individuell schriftlich, telefonisch oder persönlich durch eine hochqualifizierte Beraterin beraten. Damit ist Profemina das weltweit größte nicht-staatliche und nicht-kirchliche pro-life-basierte Beratungsangebot für Schwangere in Not.¹

Von den inzwischen über 700.000 beratenen Frauen haben wir gelernt, dass äußerer Druck durch Umstände und Personen die häufigste Ursache eines Schwangerschaftskonflikts und der Entscheidung für eine Abtreibung ist. Deshalb ist es das Anliegen von Profemina, sich solidarisch an die Seite von Schwangeren in Not zu stellen und sie darin zu bestärken, sich NICHT von äußeren Umständen oder Personen entmutigen, bedrängen oder nötigen zu lassen. Wir möchten ihnen dabei helfen, im Einklang mit ihren Werten und Überzeugungen zu handeln, sich allen Widrigkeiten mutig zu stellen und an den Herausforderungen ihres Lebens zu wachsen.

Durch objektive Informationen, exzellente und immer vielfältigere Beratung sowie durch konkrete Hilfe erarbeiten wir mit und für Frauen, die dies wünschen, eine belastbare Alternative zur Abtreibung, so dass sie dadurch wirklich selbstbestimmte und freie Entscheidungen treffen können.

Die Erfahrung zeigt, dass sich die überwältigende Mehrheit dieser Frauen nach dieser Beratung für das Leben ihres Kindes entscheidet.² So belegen neben tausenden Rückmeldungen per E-Mail, per Telefon oder WhatsApp-Chats auch über 900 öffentlich einsehbare 5-Sterne-Google-Rezensionen³ der durch Profemina beratenen Frauen, dass lebensbejahende Beratung und konkrete Hilfen, die ein Leben mit Kind möglich machen, den Bedürfnissen Schwangerer in Not entgegenkommen und ihren Wünschen und Interessen entsprechen.

¹ Beratungszahlen für 2024: <https://www.1000plus.net/de-de/news/profemina-ist-das-weltweit-groesste-digitale-pro-life-beratungsangebot-fuer-schwangere-not>, abgerufen am 9.2.25.

² Profemina-Schwangerschaftskonfliktreport 2024, S.50. Quelle: <https://www.1000plus.net/sites/default/files/documents/Profemina-SSK-Report-2024.pdf>, abgerufen am 9.2.25.

³ Rezensionen zu Profemina Heidelberg: <https://lmy.de/LQgLg>; Rezensionen zu Profemina München: <https://lmy.de/ENIPL>; Rezensionen zu Profemina Berlin: <https://lmy.de/acZYr>, abgerufen am 9.2.25.

Drei Beispiele:

„Bianca -Maria hat mir sehr weitergeholfen. Ich habe mich sehr gut aufgehoben gefühlt und ich danke ihr sehr, dass sie da war. **Die Entscheidung mein Baby zu behalten war definitiv die beste auch wenn es erst aussichtslos erschien.** Sie hat mir durch ihre Worte soviel Kraft und Mut gegeben. Einfach super. Auch jetzt ist sie weiterhin für mich da , wenn ich sie brauche , danke dafür.“⁴ (Vor 9 Monaten)

„Pro Femina, ist eine wundervolle Organisation, wo so tolle Mitglieder sind die einem total helfen und für dich da sind, mir hat es total geholfen, **da ich mich für das Kind entschieden habe, obwohl ich am Boden zerstört war, weil alles und jeder dagegen war,** haben diese tolle Menschen mir Mut gemacht und ich sehe alles viel positiver, ich Empfehle daher diese Seite sehr, da dort wirklich einem geholfen wird...“⁵ (vor 2 Monaten)

„Ohne große Erwartungen habe ich damals den Chat begonnen in der Hoffnung, eventuell ein bisschen Unterstützung zu bekommen. Meine Beraterin Barbara **hat sich stundenlang und immer wieder alle meine Sorgen und Nöte angehört,** mir immer wieder liebevoll meine Stärken aufgezeigt und mir für wirklich alles unfassbar viel Verständnis entgegen gebracht. Mit ihr an meiner Seite hatte ich die gesamten Schwangerschaft über immer ein Gefühl der Sicherheit und der Ruhe weil ich wusste, dass ich mich immer an sie wenden kann. Selbst jetzt, lange nach der Geburt, haben wir immer noch guten Kontakt und **ich bin unfassbar froh, diesen Weg gegangen zu sein.** Neben der Beratung haben wir auch liebevoll ausgesuchte Geschenke bekommen für die ich sehr dankbar bin. Was hier von allen Beteiligten geleistet wird ist wirklich unfassbar wertvoll und überwältigend. **Ich kann gar nicht oft genug von Herzen Danke sagen!**“⁶ (vor einem Monat)

Profemina kann durch die Expertise aus über 15 Jahren Beratungsarbeit empirisch belegen, dass Schwangeren in Not nicht mit einem noch schnelleren und günstigeren Zugang zur Abtreibung gedient ist. Frauen im Schwangerschaftskonflikt wünschen sich bedingungslose Solidarität, Beistand, Rat und konkrete Hilfe, um eine unabhängige, selbstbestimmte Entscheidung treffen zu können, die ihren Wünschen und Wertvorstellungen wirklich entspricht.

⁴ <https://g.co/kgs/nRkgbFh><https://g.co/kgs/nRkgbFh>, abgerufen am 9.2.25.

⁵ <https://g.co/kgs/nL5Wx1Y>, abgerufen am 9.2.25.

⁶ <https://g.co/kgs/wPLhbbG>, abgerufen am 9.2.25.

1000plus-Profemina Deutschland

*Gegenstand und Zweck der ebenfalls gemeinnützigen 1000plus-Profemina GmbH mit Sitz in München ist die Förderung und der Schutz von Ehe und Familie sowie die Förderung der Wohlfahrts-
pflege durch die Förderung und den Schutz des Rechts auf Leben von seiner Empfängnis bis zu sei-
nem natürlichen Tod und die konkrete, selbstlose Unterstützung von Frauen, Männern und Famili-
en in einem Schwangerschaftskonflikt.*

*1000plus betreibt, fördert und finanziert Information, Beratung und Hilfe für Frauen und Familien
im Schwangerschaftskonflikt; in Deutschland, Österreich und der Schweiz – und in immer mehr
anderen Ländern: insbesondere Beratungsangebote und -einrichtungen, die zu Profemina Interna-
tional und ihren nationalen Kooperationspartnern gehören.*

*Darüber hinaus führt 1000plus öffentlichkeitswirksame Maßnahmen und Kampagnen durch, die
den Schutz von Ehe und Familie fördern, das unbedingte Lebensrecht und die Würde jedes Men-
schen verteidigen und der Aufklärung über die Situation, die Ursachen und die Folgen von
Schwangerschaftskonflikten und Abtreibungen⁷ dienen.*

*Zum Zweck der Aufklärung über die reale Situation Schwangerer in Not erstellt und verbreitet
1000plus u.a. Dokumentationen und Broschüren, die den Beratungsverlauf einzelner Schwangerer
in Not anonymisiert und wahrheitsgetreu wiedergeben. Im Jahr 2024 hat 1000plus erstmals ein
Dokument mit 1.000 Dankschreiben⁸ von durch Profemina beratene Frauen herausgegeben. Dieses
Dokument ist ein Querschnitt aus abertausenden Dankschreiben und ein Zeitzeugnis dafür, dass
HILFE statt Abtreibung im Sinne dieser Frauen und daher die beste Antwort auf die Not so vieler
verzweifelter Schwangerer ist.*

⁷ Vgl. <https://www.1000plus.net/de-de/informieren/abortion-stories>, abgerufen am 9.2.25.

⁸ <https://lmy.de/RGmJg>, abgerufen am 9.2.25.

Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs

Die Kernpunkte des Gesetzentwurfs (Drucksache 20/13775) und des dazugehörigen Antrags (Drucksache 20/13776)⁹ sind aus unserer Perspektive:

- § 218 StGB soll in Zukunft ausschließlich Abtreibungen „gegen oder ohne den Willen der Schwangeren“ regeln und unter Strafe stellen. Über Abtreibungen nach beziehungsweise mit dem Willen der Schwangeren sagt der neugefasste Paragraph nichts mehr.
- § 219 StGB, der bislang die Qualität der Beratung „der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage“ sichern sollte, soll vollständig entfallen. Damit würden auch die dort formulierten Maßstäbe wegfallen. Zum Beispiel: „Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens“, oder, dass die Beratung sich „von dem Bemühen leiten zu lassen [hat], die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen“.
- Dafür wird in § 240 StGB ein neuer Straftatbestand eingeführt: Die Nötigung zum Unterlassen eines Schwangerschaftsabbruchs. Wer eine Schwangere zur Austragung ihres Kindes „nötigt“, soll in Zukunft mit einer Freiheitsstrafe von „sechs Monaten bis zu fünf Jahren“ bestraft werden. Dabei bleibt offen, was genau in Zukunft als eine solche „Nötigung“ zur Austragung geahndet werden soll. Wird dies z.B. auch schon für Beratung gelten, die – wie heute noch von § 219 StGB gefordert – den Schutz des ungeborenen Lebens zum Ziel hat?
- In den §§ 12, 13 und 14 des erneuerten Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) soll geregelt werden, dass nurmehr Abtreibungen nach der 12. Schwangerschaftswoche eine Straftat bleiben. Gleichzeitig steht in §14 Absatz 4 des Entwurfs wörtlich und ohne zeitliche Einschränkung: „Die Schwangere bleibt straffrei.“ Damit gilt die Strafbarkeit in Zukunft nur noch für etwaige beteiligte Dritte, etwa Ärzte oder Krankenschwestern. Der Entwurf des neuen SchKG sieht zwar den Erhalt der Beratungspflicht vor, streicht aber zugleich die bisherige dreitägige Wartezeit nach der Beratung und vor der Abtreibung.
- § 24b Sozialgesetzbuch soll dahingehend geändert werden, dass zukünftig grundsätzlich sämtliche Kosten einer Abtreibung durch die Krankenkassen übernommen werden.

⁹ Vgl. <https://www.bundestag.de/resource/blob/1035322/ab9ad21cc4be86b27a625cea067cbec6/Gesetzentwurf.pdf> und <https://www.bundestag.de/resource/blob/1035324/376a18274328d0ef8d73c6d7569c5351/Antrag.pdf> (abgerufen am 08.02.2025).

Zu den Kernpunkten des Gesetzentwurfs nehmen wir aus Sicht einer Beratungsorganisation, die täglich hunderte ungeplant schwangere Frauen berät, wie folgt Stellung:

„Entscheidungsfreiheit“ und Paradigmenwechsel in der Beratung

Der vorliegende Gesetzentwurf stellt keine Verbesserung der Situation von Frauen im Schwangerschaftskonflikt in Aussicht. Er verbessert nicht die echte Entscheidungsfreiheit von Schwangeren in Not. Im Gegenteil: Der Entwurf in seiner jetzigen Form verringert wirkliche Entscheidungsfreiheit, weil alle bisherigen lebensbejahenden und lösungsorientierten Elemente und Vorgaben der bestehenden Regelung gestrichen werden. Diese Streichung kommt de facto einer Forcierung hin zur Inanspruchnahme einer Abtreibung als einziger Lösung des Konflikts gleich.

Echte Entscheidungsfreiheit für ungeplant schwangere Frauen wird dadurch ermöglicht, ihnen in ihrer Notlage kompetente Information, bestmögliche Beratung und konkrete Hilfe anzubieten. Nur dann können subjektiv tragbare Alternativen zur Abtreibung in die Entscheidungsfindung miteinbezogen werden. Unsere Beratungspraxis zeigt, dass jene Frauen, die nach dieser Maxime beraten wurden, sich in ihrer überwiegenden Mehrheit für ein Leben mit Kind entscheiden.¹⁰

Der von den Initiatoren des Gesetzentwurfs vorgesehene Paradigmenwechsel in der Schwangerschaftskonfliktberatung, weg von den lebensbejahenden Beratungsvorgaben, wie sie der jetzige §219 StGB vorschreibt, hin zu einem radikalen Neutralitätsgebot, kommt faktisch einer unterlassenen Hilfeleistung gleich.

Ferner bleibt unabsehbar, wie im Geltungsbereich dieses neuen Gesetzes der Straftatbestand der „Nötigung zum Unterlassen eines Schwangerschaftsabbruchs“ (240 StGB) oder gar die im vorgelegten Antrag „Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern“ gestellte Forderung an die Bundesregierung, „stärker gegen irreführende Beratungsangebote vorzugehen“ (II. 15.), in der Praxis Anwendung finden würde. Dies könnte und würde aller Voraussicht nach zu einer Diskriminierung aller Beratungsangebote führen, die sich dem Wortlaut des bisherigen §219 StGB verpflichtet fühlen. Geltendes Recht würde über Nacht zu Unrecht und Unrecht zu Recht.

Mangelhafte Lösungsansätze für tatsächliche Ursachen

Wenn es beim vorliegenden Gesetzentwurf wirklich um die Herstellung von Selbstbestimmung, von Entscheidungsfreiheit und echter Wahlmöglichkeit gehen würde, müsste dieser auch konkrete

¹⁰ Profemina-Schwangerschaftskonfliktreport 2024, S.50. Quelle: <https://www.1000plus.net/sites/default/files/documents/Profemina-SSK-Report-2024.pdf>, abgerufen am 9.2.25.

Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen für die konkreten Notlagen enthalten, in denen sich Frauen im Schwangerschaftskonflikt befinden:

Statistischen Erhebungen auf der Basis von Daten aus mehreren hunderttausend Schwangerschaftskonflikten zufolge sind die vier häufigsten Gründe, warum Frauen in Deutschland über eine Abtreibung nachdenken, die folgenden¹¹:

- *Biografische Gründe (41,2 Prozent)*
- *Überlastung (31,7 Prozent)*
- *Probleme in der Partnerschaft (17,5 Prozent)*
- *Finanzielle Gründe (6,0 Prozent)*

Gesetzliche Rahmenbedingungen, die vor diesem Hintergrund echte Entscheidungsfreiheit von Frauen im Schwangerschaftskonflikt herstellen wollen, müssten gerade angesichts von zuletzt über 100.000 gezählten Abtreibungen im Jahr, die auch vor dem Hintergrund der demografischen Krise ein veritabler volkswirtschaftlicher Faktor sind¹², eine Vielzahl an Maßnahmen bündeln, um zu verhindern, dass Frauen sich in solchen Fällen aufgrund mangelnder Alternativen gezwungen sehen, gegen ihren eigentlichen Willen den Weg der Abtreibung zu gehen.

Nahe lägen vor dem Hintergrund der oben genannten Gründe beispielsweise umfangreiche Entlassungsmaßnahmen für Schwangere in Not, die ein breites Netz an kostenfrei zugänglicher Sozial- und Paarberatung, sozialarbeiterischer Unterstützung zur praktischen Bewältigung von Schwangerschafts- und Erziehungssituationen sowie eine Ausweitung staatlicher finanzieller Unterstützung für Schwangere und Familien in materiellen Notlagen umfassen.

Tragischerweise enthält dieser Entwurf jedoch nicht ein einziges Hilfsangebot und nicht eine einzige Maßnahme der konkreten Unterstützung für Schwangere in Not und ihre Familien, die sich für ihr Kind entscheiden wollen.

¹¹ Profemina-Schwangerschaftskonfliktreport 2024, S.40. Quelle: <https://www.1000plus.net/sites/default/files/documents/Profemina-SSK-Report-2024.pdf>, abgerufen am 9.2.25.

¹² Vgl. „Die demografische Krise als entscheidende Frage unserer Zeit“, Beitrag der Sonderbeauftragten für demografischen Wandel und Sicherheit der Parlamentarischen Versammlung der OSZE, Gudrun Kugler. Quelle: <https://www.corrigenda.online/leben/gudrun-kugler-die-demografische-krise-als-entscheidende-frage-unserer-zeit>, abgerufen am 9.2.25.

Wegfall der dreitägigen Wartezeit nach der Beratung

Ebenso wenig nachvollziehbar ist die Streichung der dreitägigen Wartezeit, die bislang zwischen der Schwangerschaftskonfliktberatung und der Abtreibung vorgeschrieben ist. Die Streichung wirft die ganz grundsätzliche Frage nach Sinn und Inhalt der Beratung auf.

Welchen Sinn und Zweck hat eine Beratung, wenn jedwede Bedenkzeit wegfällt und die Beratene unmittelbar im Anschluss an die Beratung eine Abtreibung vornehmen lassen kann? Diese Regelung wirkt umso fragwürdiger, als es bekanntermaßen staatlich anerkannte und subventionierte Beratungsanbieter gibt, die beides, zuweilen sogar unter ein und demselben Dach, anbieten: Schwangerschaftskonfliktberatung und Abtreibung.

Es drängt sich der Eindruck auf, dass die Beibehaltung der Beratungspflicht bei gleichzeitiger Streichung der Wartezeit allein dem Zweck dient, die Fortführung und Finanzierung staatsnaher Beratungsangebote in klientelistischer Manier sicherzustellen.

Dambruch bei der Unantastbarkeit der Würde des Menschen

„Neutralität“, „Selbstbestimmung“ oder „Entscheidungsfreiheit“, wie sie die Initiatoren des vorliegenden Gesetzentwurfs ins Feld führen, erweisen sich als lediglich vorgeschobene, abstrakte Worthülsen. Die Versuche, die Legalisierung und Liberalisierung der Abtreibung als Dienst an Schwangeren in Not darzustellen, müssen vor diesem Hintergrund als unglaubwürdig und wenig stichhaltig eingestuft werden.

Der vorliegende Gesetzentwurf würde unseres Erachtens zudem einen rechtlichen, moralischen und ethischen Dambruch von ungeheurer Tragweite und einen fundamentalen Paradigmenwechsel in der Frage nach dem Wert des Lebens und der Unantastbarkeit seiner Würde bedeuten. Das Leben des Menschen während der ersten zwölf Wochen seiner Existenz würde mit der Verabschiedung dieses Gesetzes vollständig entwertet und entrechtet.

Durch die Beschlussfassung des aktuellen Entwurfs könnte die Integrität unserer Gesellschaft in ihrem Kern erschüttert werden. Denn wer von einer stufenweisen Entwicklung des Lebensrechts ungeborener Kinder ausgeht und den Beginn des schutzwerten Lebens willkürlich und unwissenschaftlich auf das Ende der zwölften Schwangerschaftswoche legt, nimmt die prinzipielle Entwertung schwachen und wehrlosen menschlichen Lebens in Kauf.

Diese Entwertung würde über kurz oder lang zu einer existentiellen Bedrohung und konkreten Gefahr für das Leben aller Menschen werden, die schwach oder krank sind und sich selbst nicht schützen und verteidigen können.

Fazit zum vorgelegten Gesetzentwurf und Skizze einer möglichen zukünftigen Verbesserung der §§218 und 219 StGB in ihrer jetzigen Form:

Abschließend können wir den Mitgliedern des Rechtsausschusses – aus der Perspektive täglicher Beratungsarbeit mit hunderten Frauen im Schwangerschaftskonflikt – nur empfehlen, den Gesetzentwurf in seiner jetzigen Form aufgrund der dargelegten gravierenden inhaltlichen, praktischen und ethischen Mängel nicht zur zweiten und dritten Lesung an den Deutschen Bundestag zu überweisen.

Eine Überarbeitung der bestehenden Rechtslage, die sowohl dem Wohl von schwangeren Frauen UND ungeborenen Kindern dient, könnte indes zukünftig folgende Eckpunkte umfassen:

Sie müsste darin bestehen, Abtreibungen nicht zu legalisieren, die Wartepflicht von drei Tagen zwischen Beratung und Abtreibung nicht zu streichen und die Abtreibungskosten nicht als reguläre Kassenleistung zu finanzieren, sondern die §§218 und 219 StGB nach dem Grundsatz „HILFE statt Abtreibung“ so neu zu regeln, dass

- 1. sich die neue gesetzliche Regelung strikt am Wohl und am Schutz Schwangerer in Not und ihren ungeborenen Kindern ausrichtet,*
- 2. sämtliche Beratungsangebote für Frauen im Schwangerschaftskonflikt darauf verpflichtet werden, ihre Beratung strikt an der Erarbeitung einer Alternative zur Abtreibung und der Ermöglichung eines Ja zum Leben des ungeborenen Kindes durch die Frau auszurichten,*
- 3. ein flächendeckendes Beratungs- und Hilfsangebot für Frauen und Familien aufgebaut wird, die unter den seelischen Folgen einer Abtreibung leiden.*

Bevor nicht eine solche Novellierung, die eine echte Verbesserung für die Entscheidungsfreiheit Schwangerer in Not und für das Wohlergehen von Frauen, Kindern und Familien bedeuten würde, zur Debatte steht, sollte an der bisherigen gesetzlichen Regelung festgehalten werden.

Sachverständigenbericht von Dr. med. Alicia Baier, Vorstand Doctors for Choice Germany e.V., zur öffentlichen Anhörung im Rechtsausschuss am 10.02.2025

Gegenstand des Sachverständigenberichts ist der Gesetzentwurf „Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs“ (BT-Drucksache 20/13775) und der Antrag „Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern“ (BT-Drucksache 10/13776)

Zusammenfassend

1. Ausdrücklich begrüßt wird die im Gesetzentwurf geplante außerstrafrechtliche Regelung des Schwangerschaftsabbruchs sowie der Verzicht auf Rechtswidrigkeit für Abbrüche bis zur 14. Woche post menstruationem (p.m.), der Verzicht auf die dreitägige verpflichtende Wartezeit sowie die Kostenübernahme des Schwangerschaftsabbruchs durch die gesetzlichen Krankenkassen. Es wird jedoch empfohlen, auf strafrechtliche Sanktionen für Ärzt:innen im eingefügten §14 SchwKG zu verzichten. Die Anhebung der Frist für die kriminologische Indikation auf 15 Wochen post conceptionem (p.c.) wird zwar begrüßt, jedoch sollte die Fortführung einer durch Gewalt entstandenen Schwangerschaft zu keinem Zeitpunkt der Schwangerschaft erzwungen sein. (Teil A)
2. Ausdrücklich begrüßt werden die im Antrag genannten Maßnahmen in den Bereichen Aufklärung, Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbrüchen und Verhütungsmitteln, medizinische Aus- und Weiterbildung, freie Methodenwahl, und Abschaffung des Sondervertriebsweges. Punkt II.5 sollte dahingehend ergänzt werden, dass die Vakuumaspiration und der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch in die gynäkologische Muster-Weiterbildungsordnung eingefügt werden sollten. Gynäkologische Lehrkrankenhäuser mit voller Weiterbildungsermächtigung sollten das Erlernen der beiden Methoden ermöglichen. Es wird empfohlen, beim Recht auf Methodenwahl (Punkt II.7) auch die operative Therapie von Abbrüchen nach der 14. Woche p.m. zu berücksichtigen. Punkt II.8 sollte dahingehend ergänzt werden, dass allen ungewollt Schwangeren folgende Behandlungen zustehen, auch wenn sie sich an Ärzt:innen wenden, die den Abbruch aus Gewissensgründen verweigern: eine wertneutrale Beratung, die Vor- und Nachbehandlung des Schwangerschaftsabbruchs und eine zügige Weitervermittlung an eine Einrichtung, die den Eingriff durchführt. Dies sollte durch eine Ergänzung des §12 SchKG sowie des §14 der ärztlichen Musterberufsordnung im Sinne eines eingeschränkten Verweigerungsrechts erfolgen. Punkt II.9 sollte durch ein explizites Verbot der institutionellen Weigerung an öffentlich finanzierten Krankenhäusern ergänzt werden. (Teil B)
3. Ergänzende Empfehlungen umfassen die Abschaffung weiterer rechtlicher Zugangshürden entsprechend den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Erstens sollte die Pflichtberatung durch ein Recht auf Beratung ersetzt werden. Zweitens sollte auf einschränkende Indikationen und Fristen verzichtet werden. (Teil C)

Teil A: Der Gesetzesentwurf zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs

Der Gesetzesentwurf ist zu begrüßen, denn er schafft die notwendige Voraussetzung für eine unverzügliche und umfassende Verbesserung der medizinischen Versorgung von ungewollt Schwangeren. Er reduziert die Stigmatisierung und damit die psychische Belastung der Betroffenen, vermindert Verzögerungen in der Versorgung und ermöglicht einen sozial gerechten Zugang. Zudem verbessert er die Arbeitsbedingung der durchführenden Ärzt:innen und legt die Basis, dass Schwangerschaftsabbrüche in die medizinische Aus- und Weiterbildung integriert werden können.

I. Der Gesetzesentwurf ist evidenzbasiert und erfährt breiten Rückhalt in der Ärzt:innenschaft

Es wurde **vielfach wissenschaftlich belegt**, dass die Legalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen und der Verzicht auf Zugangshürden die **Gesundheit der Betroffenen verbessert und Abbrüche hierdurch nicht häufiger, sondern früher stattfinden**. Deshalb hat die Forderung, Schwangerschaftsabbrüche zu entkriminalisieren und Hürden wie Wartefristen abzuschaffen, Eingang in **zahlreiche Leitlinien und Stellungnahmen internationaler gynäkologischer Fachverbände**^{1,2,3,4} sowie in die **Richtlinie der WHO**⁵ gefunden. In Deutschland erfährt der vorliegende Gesetzesentwurf breiten Rückhalt unter Ärzt:innen: der [Bundesverband der Frauenärzte \(BVF\)](#), die [Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe \(DGPF\)](#), der [Deutsche Ärztinnenbund](#) und der [Hausärztinnen- und Hausärzteverband](#) befürworten den Gesetzesentwurf. Diese breite Zustimmung wird untermauert durch Ergebnisse der ELSA-Studie, nach welcher 75% der befragten Gynäkolog:innen – unabhängig davon, ob sie selbst Abbrüche durchführen - die Streichung von §218 StGB befürworten⁶.

Vereinzelte Ärzt:innen positionieren sich **trotz der eindeutigen medizinischen Evidenz** gegen die Umsetzung des Entwurfs. Sie dementieren ein Versorgungsproblem, indem sie jedoch die Erfahrungen von Ärzt:innen, die in unterversorgten Regionen die Versorgung aufrechterhalten, die Berichte von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sowie die Ergebnisse der ELSA-Studie ignorieren. Gegner:innen des Gesetzesentwurfs berufen sich

¹ Addressing Barriers to Safe Abortion (Stellungnahme). International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), 2021. Abgerufen am 30.01.2025 auf https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Addressing_Barriers_to_Safe_Abortion_EN.pdf

² Abortion Care Guideline, National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2019. Abgerufen am 03.02.2025 auf <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140>.

³ Messages on safe abortion, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists (RCOG) and The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH). Abgerufen am 02.02.2025 auf <https://www.rcog.org.uk/media/awydm1e/rcog-and-fsrh-key-messages-on-safe-abortion.pdf>.

⁴ Abortion Policy, 2022. The American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG). Abgerufen am 03.02.2025 hier: <https://www.acog.org/clinical-information/policy-and-position-statements/statements-of-policy/2022/abortion-policy>.

⁵ Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.

⁶ ELSA-Studie Factsheet April 2024

zudem auf den vermeintlichen Schutz des ungeborenen Lebens, der durch den Gesetzesentwurf gefährdet würde.

Darauf möchte ich im folgenden Abschnitt näher eingehen:

Der Schutz des ungeborenen Lebens wird durch den Gesetzesentwurf nicht gefährdet

Strafrechtliche Sanktionen und Wartefristen vermögen die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche nicht zu senken⁷. Auch steigt durch einen Verzicht auf diese Maßnahmen die Zahl der Abbrüche nicht an. Restriktive Abtreibungsgesetze führen hingegen dazu, **dass Abbrüche später stattfinden**⁸. Die Sorge, der Gesetzesentwurf würde den Embryo gefährden, ist somit aus wissenschaftlicher und medizinischer Sicht **nicht zu belegen**. Der Schutz des Embryos kann hingegen wirksam sichergestellt werden durch Maßnahmen, die zum einen **die Prävention ungewollter Schwangerschaften** stärken (z.B. verbesserten Zugang zu Verhütungsmitteln) und zum anderen **Elternschaft ermöglichen** (z.B. durch ausreichende Kinderbetreuungsplätze, bezahlbare Mietpreise, familienfreundliche Arbeitsmodelle). Einige der Aspekte werden erfreulicherweise im Antrag (Teil B) adressiert.

Wer hingegen an einem **unwirksamen Schutzinstrument für den Embryo** festhält, das zudem die **Gesundheit der Schwangeren gefährdet**, erweckt den Eindruck, dass es hier vor allem um die symbolische Wirkung des Strafgesetzes geht: Als sei die stigmatisierende Wirkung auf ungewollt Schwangere und ihre Ärzt:innen sogar gerade intendiert, um mit staatlicher Missbilligung diejenigen zu bestrafen, die nicht (noch einmal) Mutter werden wollen⁹. Dieses Denken entspricht einer patriarchalen Logik und bildet die persönliche Meinung einiger weniger ab. Es darf in keinem Fall Eingang in die Regulierung eines medizinischen Eingriffes finden.

II. Kernpunkte des Gesetzentwurfs „Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs“ (BT-Drucksache 20/13775)

Im Nachfolgenden werden die Kernpunkte des Gesetzentwurfs mit Blick auf die gesundheitlichen Folgen für Betroffene und die Arbeitsbedingungen von Ärzt:innen näher betrachtet. Viele der hier aufgeführten Ausführungen entsprechen den Forderungen von Doctors for Choice Germany, einem Verein mit fast 300 Mitgliedern, von denen ein Großteil selbst an der Versorgung zu Schwangerschaftsabbrüchen teilnimmt¹⁰.

⁷ Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022

⁸ White K, Baum SE, Hopkins K, Potter JE, Grossman D. Change in Second-Trimester Abortion After Implementation of a Restrictive State Law. *Obstet Gynecol.* 2019;133(4):771-9.

⁹ Vgl. Chiofalo V, Mutterschaft als Norm?, *Kritische Justiz* 2023, S. 18 - 28.

¹⁰ Doctors for Choice Germany (Stellungnahme), 2023. Abgerufen am 04.02.2025 hier: <https://doctorsforchoice.de/2023/10/stellungnahme-an-kommission-zur-reproduktiven-selbstbestimmung-und-fortpflanzungsmedizin/>

Im Einzelnen:

1. Legalisierung und Rechtmäßigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen bis 14 Wochen p.m.

a) Auswirkungen auf ungewollt Schwangere

Der Schwangerschaftsabbruch als Straftatbestand sowie die Rechtswidrigkeit trotz Erfüllung aller gesetzlicher Vorgaben führt zur Stigmatisierung von ungewollt Schwangeren¹¹. In Deutschland weisen 80% der Frauen, die einen Abbruch durchführen, **internalisiertes Stigma** in Form von Scham- und Schuldgefühlen auf¹², welche durch die rechtliche Regelung verstärkt oder sogar erst ausgelöst werden¹³.

Diese Stigmatisierung wiederum hat **negative Auswirkungen auf die psychische Gesundheit** von ungewollt Schwangeren und führt zu einem Gefühl von Isolation¹⁴. Während die Studienlage zeigt, dass ein Schwangerschaftsabbruch per se mit keinem erhöhten psychischen Risiko einhergeht^{15,16}, sind negative Gefühle nach dem Abbruch vorrangig mit fehlender sozialer Unterstützung, gesellschaftlichen Stigma, Zwang zur Geheimhaltung und stigmatisierender Behandlung durch medizinisches Personal assoziiert^{17,18}.

Die vollständige Entkriminalisierung der Betroffenen, wie sie der Entwurf vorsieht, ist somit eine notwendige Voraussetzung, um das Stigma zu beenden und die psychische Gesundheit der Betroffenen zu schützen.

b) Auswirkungen auf das medizinische Personal und die Aus- und Weiterbildung

Durch die aktuelle Rechtslage wird das Gesundheitspersonal, das sich an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen beteiligt, **stigmatisiert und verunsichert**. Der Schwangerschaftsabbruch als einziger medizinischer Eingriff, der im Strafgesetzbuch geregelt

¹¹ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion> (besucht am: 30.01.2025)

¹² ELSA-Studie Factsheet April 2024

¹³ Turan JM, Budhwani H. Restrictive Abortion Laws Exacerbate Stigma, Resulting in Harm to Patients and Providers. Am J Public Health. 2021 Jan;111(1):37-39. doi: 10.2105/AJPH.2020.305998. PMID: 33326286; PMCID: PMC7750605.

¹⁴ Sorhaindo AM, Lavelanet AF. Why does abortion stigma matter? A scoping review and hybrid analysis of qualitative evidence illustrating the role of stigma in the quality of abortion care. Soc Sci Med. 2022;311:115271.

¹⁵ Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: American Psychological Association (APA); 2008.

¹⁶ Induced Abortion and Mental Health. London: Academy of Medical Royal Colleges & National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH); 2011

¹⁷ Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel-Heller SG, Kersting A. Abortion Stigma: A Systematic Review. Perspect Sex Reprod Health. 2016;48(4):169-77.

¹⁸ Rocca CH, Samari G, Foster DG, Gould H, Kimport K. Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. Soc Sci Med. 2020;248:112704.

ist, grenzt diesen von sonstigen ärztlichen Eingriffen ab und führt zu einer unmittelbaren **Drohkulisse im ärztlichen Alltag**. Selbst wenn die Schwangere alle rechtlichen Vorgaben erfüllt hat, begehen Ärzt:innen eine rechtswidrige Tat. **Dies bedeutet eine staatlich geförderte Herabwürdigung ihrer ärztlichen Tätigkeit, die angesichts des Versorgungsmangels eher einer gesellschaftlichen Wertschätzung bedürfte**. Es benötigt viel persönliche Motivation, vor diesem Hintergrund dennoch Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Die ELSA-Studie zeigt, dass nur ein Drittel der Gynäkolog:innen diese Motivation aufbringt und trotz der widrigen rechtlichen und praktischen Umstände Abbrüche durchführt. 43% der Nicht-Anbieter:innen würden hingegen Abbrüche durchführen, wenn Hürden wegfielen¹⁹. Für ungewollt Schwangere bedeutet die hierdurch entstandene Unterversorgung eine finanzielle, organisatorische und psychische Belastung sowie eine unnötige Verzögerung des Eingriffs durch weite Fahrtwege und lange Wartezeiten.

Dass Abbrüche ein Straftatbestand sind, führt außerdem zur **Tabuisierung in der medizinischen Aus- und Weiterbildung**. Lehrverantwortliche an Universitäten können sich auf den Strafrechtscharakter berufen und die Lehre verweigern, sodass **viele Universitäten den Schwangerschaftsabbruch nicht lehren**^{20,21}. Wird er thematisiert, dann meist nicht im Fach Gynäkologie, sondern als ethischer und rechtlicher Problemfall in den Fächern Medizinethik, Medizingeschichte oder Medizinrecht, häufig im Zusammenhang mit den seltenen Spätabbrüchen²². Zwar gibt das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) an, dass laut einer Befragung alle Universitäten die medizinischen Aspekte lehren würden²³. Doch hatte nur nahezu dreiviertel der Universitäten überhaupt an der auf Selbstauskunft beruhenden Befragung teilgenommen²⁴. Viele Medizinstudierende empfinden die Lehre zum Schwangerschaftsabbruch an ihrer Universität als unzureichend²⁵. Deshalb engagieren sich immer mehr Medizinstudierende in ihrer Freizeit für eine Verbesserung der universitären Lehre²⁶. Der Einfluss von Abtreibungsgegner:innen sowie **Mythen und Vorurteile rund um den Schwangerschaftsabbruch** sind in der medizinischen Ausbildung und Praxis weit verbreitet, was eine sachliche Thematisierung im Medizinstudium umso wichtiger macht²⁷.

¹⁹ ELSA-Studie Factsheet April 2024

²⁰ Alicia Baier, „Weil das ist halt so ein heißer Brei, den will keiner anfassen.“ Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch in: Fröhlich/Schütz/Wolf (Hrsg.), *Politiken der Reproduktion*, Bielefeld 2022, 215–228 (215)

²¹ Medical Students for Choice Berlin. Was lernen Medizinstudierende zum Thema Schwangerschaftsabbruch? Abgerufen am 31.01.2025 auf <https://msfcberlin.com/ueber-uns/>

²² Zu diesem Ergebnis kommt eine schriftliche Umfrage der Medical Students for Choice Berlin von Oktober 2020 mit Antworten von Medizinstudierenden von 23 deutschen Universitäten.

²³ Bundesministerium für Gesundheit. Konzept zur Fortentwicklung der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. 2020.

²⁴ Schriftliche Auskunft des BMG per Email vom 11.11.2022 auf Nachfrage der Verfasserin

²⁵ Baier A, Kühn L. Der „Papaya-Workshop“ als Lehrkonzept für Methoden des Schwangerschaftsabbruchs - Ergebnisse einer Befragung unter teilnehmenden Medizinstudierenden in Deutschland. Posterpräsentation 2024.

²⁶ Doctors for Choice Germany. Papayaworkshops. Abgerufen am 03.02.2025 unter: <https://doctorsforchoice.de/projekte/papaya-workshops/#msfc>.

²⁷ Baier A, Behnke AL. Barriers to abortion provision: A qualitative study among medical students and gynecologists in Berlin, Germany. *Contraception*. 2024 Feb;130:110325.

Nicht einmal Gynäkolog:innen erlernen die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen regelhaft in ihrer fachärztlichen Weiterbildung, da sie **kein Pflichtbestandteil des Weiterbildungskatalogs ist und viele Kliniken die Durchführung verweigern**. Die Folge: Laut ELSA-Studie haben nur 30% der Anbieter:innen die medikamentöse Methode in ihrer Weiterbildung erlernt, und nur 78% die operative Absaugmethode. Nicht-Anbieter:innen erlernen die Methoden sogar noch seltener. Die seit Jahrzehnten veraltete und von internationalen Leitlinien nicht mehr empfohlene Methode der Ausschabung wird immer noch doppelt so häufig wie die medikamentöse Methode gelehrt. Das Erlernen von Schwangerschaftsabbrüchen anhand von Fehlgeburten löst diese Problematik nicht, da hier ebenfalls noch häufig eine Ausschabung angewandt wird²⁸.

Die durch eine Rechtmäßigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen hergestellte grundsätzliche Anerkennung der ärztlichen Tätigkeit sowie die hierdurch mögliche Verbesserung der medizinischen Aus- und Weiterbildung würde Versorgungslücken entgegenwirken. Denn die Intensität, mit der Abbrüche gelehrt werden, korreliert auch mit der Bereitschaft von Ärzt:innen, selbst Abbrüche durchzuführen^{29,30}.

c) Keine Entkriminalisierung von Ärzt:innen

Zu kritisieren ist, dass der Gesetzesentwurf zwar Betroffene entkriminalisiert, jedoch **keine Entkriminalisierung von Ärzt:innen nach WHO-Definition** vorsieht, da laut dem eingefügten §14 SchwKG weiterhin strafrechtliche Sanktionen bei Nichterfüllung der Vorgaben drohen³¹. Dies bedeutet, dass bei der Durchführung eines Abbruchs ohne vorherige Pflichtberatung oder nach den vorgegebenen Fristen Ärzt:innen eine Haftstrafe bis zu drei Jahre droht. Alle Sanktionen sollten, wie bei anderen medizinischen Eingriffen auch, über das **Berufsrecht** erfolgen, um den abschreckenden Charakter für Ärzt:innen zu reduzieren.

2. Verzicht auf dreitägige Wartefrist

Die deutsche medizinische Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon enthält die Forderung, dass ein Schwangerschaftsabbruch **so früh wie möglich** zu erfolgen hat, sobald die Schwangere entschieden ist, da Schwangerschaftsabbrüche am sichersten sind, je früher sie stattfinden³². Wartefristen führen nachweislich zu **zeitlichen Verzögerungen**³³. Die praktische Erfahrung von in Deutschland praktizierenden Ärzt:innen zeigt, dass Abbrüche sich durch die

²⁸ Baier A, Seyler H, Thonke I. Warum das Erlernen der Behandlung von Fehlgeburten das Erlernen von Schwangerschaftsabbrüchen nicht ersetzt. GynDepesche 6 / 2022. S. 24 ff.

²⁹ Pace L et al. Medical Students for Choice's Reproductive Health Externships: impact on medical students' knowledge, attitudes and intention to provide abortions. Contraception. 2008;78(1):31-5.

³⁰ Steinauer J, Turk J. Integration of abortion into graduate medical education. In: Landy U, Darney PD, Steinauer J, editors. Advancing women's health through medical education. CUP; 2021. S. 104.

³¹ Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.

³² „Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon“, S2K-Leitlinie der DGGG

³³ de Londras F et al. The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. BMC Public Health. 2022;22(1):1232.

Wartefrist um 2-3 Wochen verzögern können, wenn die Wartezeit beispielsweise mit Feiertagen oder Praxisferien zusammenfällt, oder wenn Praxen festgelegte Wochentage für die Durchführung von Abbrüchen haben. Der Verzicht auf die Wartefrist kann in vielen Fällen darüber entscheiden, ob eine **Wahlfreiheit der Methode** besteht, da medikamentöse Abbrüche nur bis zur 9. Woche p.m. möglich sind.

Zudem ist die Vorgabe von genau drei Tagen **willkürlich und entbehrt wissenschaftlicher Evidenz**. Es konnte gezeigt werden, dass Wartefristen **nicht zu einer größeren Entscheidungssicherheit** führen³⁴, und stattdessen als **psychisch belastend** empfunden werden³⁵. Schwangere sind also in der Lage, selbst zu entscheiden, wie viel Zeit sie zum Nachdenken benötigen. Die Aufgabe des Staates ist es, alle Strukturen bereitzustellen, damit sie die für sie bestmögliche Entscheidung verantwortungsvoll treffen und nach getroffener Entscheidung unverzüglich den Abbruch durchführen können. Viele westeuropäische Länder sind diesen Weg bereits gegangen und haben ihre Wartefristen in den letzten Jahren abgeschafft (z.B. Frankreich 2016 die 7-tägige Wartefrist, Niederlande 2022 die 5-tägige Wartefrist).

3. Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen

Jeder fünften Person, die eine Schwangerschaft abbricht, fällt es **eher oder sehr schwer, für die anfallenden Kosten** aufzukommen³⁶. In unserer Erfahrung ist dies vor allem bei Personen der Fall, die nur knapp mehr als die aktuelle Ermessensgrenze von 1.446 Euro netto (Stand 1.7.2024) verdienen. Häufig stellt die gleichzeitige Finanzierung eines Verhütungsmittels, beispielsweise einer kostenintensiven Hormon-Spirale, eine zusätzliche Hürde dar, die eine lückenlose Verhütung im Anschluss an den Abbruch gefährden kann. Das **Warten auf die Kostenübernahme** hingegen führt zu unnötigen Verzögerungen. Auch für Ärzt:innen bedeutet die Kostenübernahme einen zusätzlichen zeitlichen und **bürokratischen Aufwand**, da sie nicht - wie üblich - über die normale Abrechnung läuft.

Gleichzeitig sollte eine **Anhebung der EBM-Sätze** für ambulant durchgeführte Abbrüche mindestens auf das Niveau der Kostenübernahme erfolgen, denn die Durchführung von Abbrüchen darf nicht auf Kosten der Vergütung der Ärzt:innen gehen, die Abbrüche durchführen. Kliniken und Praxen müssen die Therapie ohne finanzielle Einbußen anbieten können, damit eine flächendeckende Versorgung gewährleistet werden kann.

Bei einer Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Krankenkassen sollte sichergestellt werden, dass auch **Unversicherte und Menschen ohne Papiere** einen rechtlichen Anspruch auf eine Kostenübernahme erhalten.

³⁴ Jovel I et al. Abortion Waiting Periods and Decision Certainty Among People Searching Online for Abortion Care. *Obstet Gynecol.* 2021;137(4):597-605.

³⁵ McLemore MR, Desai S, Freedman L, James EA, Taylor D. Women know best – findings from a thematic analysis of 5,214 surveys of abortion care experience. *Womens Health Issues* 2014; 24(6): 594–9.

³⁶ Hahn, D et al. Zugangsbarrieren zur Schwangerschaftsabbruchversorgung: Eine Analyse aus der Perspektive ungewollt Schwangerer – Erkenntnisse aus der Studie „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)“. *Bundesgesundheitsbl* 68, 28–37 (2025).

4. Anhebung der Frist für kriminologische Indikation

Die Anhebung der Frist für die kriminologische Indikation auf 15 Wochen p.c. wird zwar begrüßt, jedoch sollte die Fortsetzung einer durch Gewalt entstandenen Schwangerschaft **zu keinem Zeitpunkt** der Schwangerschaft erzwungen werden, da dies eine **direkte Fortsetzung der Gewalt** gegen die Schwangere bedeutet. Zudem führt eine erzwungene Fortführung einer Schwangerschaft zu mehr Armut, Isolation und einer höheren Wahrscheinlichkeit, bei einem gewalttätigen Partner zu bleiben³⁷. Die Wahrscheinlichkeit eines gewalttätigen Partners ist bei der kriminologischen Indikation erhöht, da viele Sexualdelikte innerhalb von (Ex-) Partnerschaften erfolgen. Es sollte entsprechend den Empfehlungen der WHO grundsätzlich auf Fristen verzichtet werden (siehe Teil C. 2).

Teil B: Antrag „Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern“ (BT-Drucksache 10/13776)

Der Antrag sieht Verbesserungen in den Bereichen Aufklärung, Kostenübernahme, medizinische Aus- und Weiterbildung sowie die Abschaffung administrativer Hürden für Ärzt:innen vor.

Diese Maßnahmen sind begrüßenswert, da die alleinige Umsetzung des Gesetzesentwurf nicht ausreicht, die Versorgungssituation zu verbessern. Vielmehr sind weitere flankierende politische Maßnahmen notwendig. Auf einige der vorgeschlagenen Punkte werde ich im Folgenden näher eingehen.

Zu Punkt II. 5: Wie bereits unter 1b) dargelegt, ist die Aus- und Weiterbildung zum Schwangerschaftsabbruch unzureichend. Aktuell hängt es von der **persönlichen Meinung der Lehrverantwortlichen** ab, ob Schwangerschaftsabbrüche thematisiert werden oder nicht. Durch die laufende Reform der ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) soll der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) 2025 verbindlich für die Universitäten werden. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen, doch muss die Umsetzung überprüft werden. Zusätzlich zu den Inhalten des NKLM sollte die Befähigung einer **wertneutralen Beratung** im Medizinstudium verankert werden. Dies ist auch für Studierende wichtig, die sich später auf andere Fachrichtungen als die Gynäkologie spezialisieren, denn auch sie werden mit ungewollt Schwangeren in Kontakt kommen und sollten ein Grundverständnis für deren Situation und den Eingriff haben, um empathisch und kompetent beraten zu können³⁸.

Es wird empfohlen, hier noch eine konkrete Forderung für die ärztliche Weiterbildung einzufügen. Die beiden Abbruchmethoden – Vakuumaspiration sowie medikamentöse

³⁷ Foster DG. The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having—or Being Denied—an Abortion: Scribner; 2020.

³⁸ “It Allows You to Challenge Your Beliefs”: Examining Medical Students’ Reactions to First Trimester Abortion Katherine Rivlin, MD, MS a,*, Erica Sedlander, DrPH, MPH b, Ana Cepin, MD c

Methoden – sollten in die **gynäkologische Weiterbildungsordnung** aufgenommen werden. Ausnahmeregelungen für Verweigerer:innen können ermöglicht werden, doch sollte dies nicht die Norm darstellen. Wenn Lehrkrankenhäuser, die die volle Weiterbildung zur Gynäkologie anbieten, den Schwangerschaftsabbruch selbst nicht lehren, sollten Rotationen in entsprechende Kliniken oder in den ambulanten Sektor eingeführt werden³⁹. Diese Rotationen sollten in Einklang mit den Empfehlungen der WHO sowohl Ärzt:innen anderer Fachrichtungen als auch perspektivisch Hebammen offenstehen⁴⁰.

Zu Punkt II. 6: Die Abschaffung des § 47a des Arzneimittelgesetzes (Sondervertriebsweg) ist uneingeschränkt zu begrüßen, denn er stellt eine **bedeutsame bürokratische Hürde** für die Durchführung von Abbrüchen dar. Jede Praxis muss sich bei einem pharmazeutischen Unternehmen (Hersteller) registrieren, die durchführenden Ärzt*innen müssen in Vorkasse gehen, um die Medikamente zeitnah an die Betroffenen ausgeben zu können, und müssen die Herausgabe jeder ausgegebenen Tablette dokumentieren mit einer Aufbewahrungspflicht der Dokumente von 5 Jahren. Zwischen der Bestellung und Lieferung per Post können 8-10 Tage liegen, sodass es häufig zu Verzögerungen kommt. Der Vertrieb über Apotheken und die Ausstellung eines Rezeptes ist nicht möglich. Der Sondervertriebsweg bedeutet somit zusätzlichen organisatorischen und finanziellen Aufwand für die Einrichtungen, die Abbrüche anbieten. Laut der ELSA-Studie geben 11% der Gynäkolog:innen, die keine Abbrüche durchführen, behördliche Auflagen als Grund an. Das Misstrauen gegenüber den Apotheken und ihrem Liefersystem ist hingegen nicht gerechtfertigt.

Zu Punkt II. 7: Ausdrücklich begrüßt wird die Stärkung des Rechts auf Mitbestimmung bei der Methodenwahl, denn dies wirkt sich positiv auf die psychische Verarbeitung eines Schwangerschaftsabbruchs aus⁴¹. Insbesondere die telemedizinische Begleitung sollte rechtlich abgesichert werden. Ergänzend sollte hier die Methodenwahl bei Schwangerschaftsabbrüchen **nach der 14. Woche p.m.** hervorgehoben werden. Während bei Abbrüchen vor der 14. Woche p.m. häufig die medikamentöse Wahlmöglichkeit fehlt, gibt es bei Abbrüchen nach der 14. Woche faktisch keine Wahlmöglichkeit für eine operative Therapie. Für manche Schwangere ist die Erfahrung der medikamentösen Methode, bei der der Fetus geboren wird und die Plazenta anschließend (meist operativ) geborgen wird, sehr belastend. Daten aus Großbritannien zeigen, dass die operative Methode genauso sicher und häufig weniger psychisch belastend als die medikamentöse Methode ist^{42,43}. Der Ausbau eines operativen

³⁹ Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychologie und Gesellschaft e.V./Doctors for Choice Germany e.V. (2020): »Stellungnahme zur Weiterbildungsordnung für Ärzt*innen, speziell für Frauenärzt*innen«, verfügbar unter: <https://arbeitskreis-frauengesundheit.de/wp-content/uploads/2020/12/Stellungnahme-zur-Weiterbildungsordnung.pdf> (letzter Zugriff: 03.02.2025).

⁴⁰ Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2015): Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception, Geneva: World Health Organization.

⁴¹ Hemmerling A, Siedentopf F, Kentenich H. Emotional impact and acceptability of medical abortion with mifepristone: a German experience. J Psychosom Obstet Gynaecol 2005; 26(1): 23–31.

⁴² Lohr P. Second Trimester - Surgical Abortion. Abgerufen am 02.02.2025 auf https://www.fiapac.org/media/docs/90_Lohr.pdf.

⁴³ The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7). Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011.

Angebots im 2. Trimenon sollte gefördert werden, damit eine freie Methodenwahl auch dieser Patient:innengruppe möglich wird.

Zu Punkt II. 8: Es wird empfohlen, die *Befähigung* von Gynäkolog:innen zur Beratung und Vor-/Nachsorge um eine *Verpflichtung* zu ergänzen. Wir hören immer wieder von Gynäkolog:innen, die ungewollt Schwangeren ihre eigene Meinung aufdrängen oder die Vor- und Nachsorge, beispielsweise die Schwangerschaftsfeststellung oder die Behandlung bei Komplikationen, ablehnen, und damit eine zeitnahe Versorgung erheblich erschweren. Ärzt:innen, die die Durchführung verweigern, sollten verpflichtet werden, eine **wertneutrale Beratung sowie die Vor- und Nachbehandlung** zu leisten. Dies sollte durch eine Ergänzung des §12 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) sowie des §14 der ärztlichen Musterberufsordnung rechtlich verankert werden im Sinne eines **eingeschränkten Verweigerungsrechts**, wie es in vielen Ländern bereits etabliert ist⁴⁴.

Zu Punkt II. 9: Dieser Punkt ist ausnahmslos zu begrüßen und sollte durch ein explizites **Verbot der institutionellen Weigerung an öffentlich finanzierten Krankenhäusern** ergänzt werden. Denn diese rechtlich nicht zulässige, aber vielerorts praktizierte, institutionelle Weigerung ganzer Krankenhäuser, sich an der Versorgung zu beteiligen, führt zu mehreren Problemen: Erstens sind gerade unterversorgte Regionen auf diese Kliniken zur Aufrechterhaltung der Versorgung angewiesen. Zweitens benötigen ambulant tätige Kolleg:innen die Sicherheit einer kooperierenden Klinik im Hintergrund, da es immer Konstellationen geben kann (z.B. Komorbiditäten der Patientin, Komplikationen), die die Durchführung des Abbruchs in einer Klinik notwendig machen. Drittens gewährleistet diese Maßnahme die Weiterbildung von Ärzt:innen, die häufig ihre komplette Weiterbildung im gleichen Krankenhaus absolvieren. Viertens können hierdurch Ärzt:innen, die diese aus Gewissensgründen durchführen möchten, Schwangerschaftsabbrüche unabhängig von der jeweiligen Einstellung des Trägers oder der ärztlichen Leitung durchführen.

Zu Punkt II. 16: Ergänzend braucht es wirksame Maßnahmen gegen Mobbing und Hassrede im Internet gegenüber Ärzt:innen, die Abbrüche durchführen, und allen Menschen, die sich für reproduktive Rechte einsetzen.

Teil C: Ergänzende Empfehlungen

In Antrag und Gesetzesentwurf nicht enthaltene rechtliche Maßnahmen, die wesentlich zur Versorgungssituation und verbesserten Arbeitsbedingungen der behandelnden Ärzt:innen führen und in Zukunft adressiert werden sollten:

⁴⁴ Chavkin W et al. for Global Doctors for Choice. Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses. Int J Gynaecol Obstet. 2013 Dec;123 Suppl 3:S41-56. doi: 10.1016/S0020-7292(13)60002-8. PMID: 24332234.

1. Recht auf Beratung statt Beratungspflicht

Die Beratungspflicht bedeutet einen **zusätzlichen finanziellen und organisatorischen Aufwand** für Betroffene und führt zu **unnötigen Verzögerungen**^{45,46,47}. Ein Einfluss auf die Zahl der Abbrüche konnte nicht nachgewiesen werden. Viele Personen haben bereits vor der Beratung eine Entscheidung über die Fortführung bzw. Beendigung ihrer Schwangerschaft getroffen und sind mit dieser Entscheidung auch noch viele Jahre nach dem Abbruch zufrieden^{48,49}. Statt einer allgemeinen Beratungspflicht sollte auf ein **umfassendes Beratungsangebot** gesetzt werden, welches allen Menschen mit Beratungsbedarf vor oder nach dem Abbruch, oder bei Problemen in Partnerschaft, Schwangerschaft, Elternschaft und Sexualität niedrigschwellig zur Verfügung steht.

2. Abbrüche im 2. und 3. Trimenon: Rechtssicherheit und medizinische Leitlinie statt Fristen

Fristen und Indikationen verhindern oder beschleunigen Abbrüche nicht. Die Abschaffung oder Erweiterung von Fristen führte in Kanada und Neuseeland nicht zur Zunahme von Abbrüchen im 2. und 3. Trimenon^{50,51,52}. Fristen und Indikationen können den Zugang zu Abbrüchen insbesondere für **vulnerable Personen**, zum Beispiel sehr junge Personen, aus ländlichen Gebieten, mit Behinderungen oder mit niedrigem Bildungsstand verzögern oder erschweren⁵³. Somit sollten Fristen – in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO – abgeschafft werden. Zudem sollte Rechtssicherheit für Ärzt:innen hergestellt werden, die einen Abbruch nach Erreichen der Lebensfähigkeit (mit oder ohne Fetoizid) durchführen. Es wird immer wieder berichtet, dass Staatsanwaltschaften gegen diese Ärzt:innen auf Grundlage des Totenscheins ermitteln, was zu Verunsicherung und Einschüchterung führt⁵⁴. Die Erstellung einer **medizinischen Leitlinie für Abbrüche nach der 14. Woche p.m.** ist dringend notwendig. Geeignete Schutzmaßnahmen, die tatsächlich in der

⁴⁵ Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.

⁴⁶ Baron C, Cameron S, Johnstone A. Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? J Fam Plann Reprod Health Care. 2015;41(3):181-5.

⁴⁷ Bain LE. Mandatory pre-abortion counseling is a barrier to accessing safe abortion services. Pan Afr Med J. 2020;35:80.

⁴⁸ Helfferich C, Klindworth H, Heine Y, Wlosnewski I. Frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf von Frauen - Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Köln; 2016.

⁴⁹ Ralph LJ, Foster DG, Kimport K, Turok D, Roberts SCM. Measuring decisional certainty among women seeking abortion. Contraception. 2017;95(3):269-78.

⁵⁰ Induced Abortions Reported in Canada in 2021: Update. Canadian Institute for Health Information. 2023. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.cihi.ca/en/induced-abortions-in-canada>.

⁵¹ Country Profile: Canada: Guttmacher Institute; 2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.guttmacher.org/regions/northern-america/canada>.

⁵² Abortion Services Aotearoa New Zealand: Annual Report 2022. Ministry of Health. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.health.govt.nz/publication/abortion-services-aotearoa-new-zealand-annual-report-2022>.

⁵³ Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.

⁵⁴ „Die Würde aller Beteiligten achten“, German Board and College of Obstetrics and Gynecology, 2024. Abgerufen am 03.02.2025 hier: https://www.dggg.de/fileadmin/data/Stellungnahmen/GBCOG/2024/GBCOG-Stellungnahme_zum_Schwangerschaftsabbruch_04_2024.pdf.

Lage wären, Abbrüche im 2. und 3. Trimenon zu verhindern, ohne der Schwangeren zu schaden, sollten sich auf die Verbesserung der Beratungsangebote bei auffälligen Befunden in der Pränataldiagnostik (PND), bessere soziale und finanzielle Unterstützung von Familien mit behindertem Kind oder Maßnahmen für eine inklusive Gesellschaft konzentrieren. Fachabteilungen der PND sollten in die Pflicht genommen werden, neben der Diagnosestellung auch Beratung in Bezug auf Umgang, Darstellung der Optionen (z.B. palliative Geburt, Schwangerschaftsabbruch, Informationen und Unterstützungsangebote zum Leben mit z.B. einem behinderten Kind) und Entscheidungsfindung sowie Anbindungsmöglichkeiten anzubieten.

Doctors for Choice Germany e.V.

Doctors for Choice Germany e.V. ist ein 2019 gegründetes deutschlandweites Netzwerk von Ärzt*innen und Menschen aus anderen Gesundheitsberufen, die sich für reproduktive Gesundheit und Gerechtigkeit einsetzen. Aktuell liegt der Fokus der Vereinsarbeit bei der Verbesserung der Versorgungssituation von ungewollt Schwangeren. Die Vereinsarbeit besteht u.a. aus der Bereitstellung von CME-zertifizierten Online-Fortbildungen zum Schwangerschaftsabbruch zur Verbesserung der medizinischen Weiterbildung, der Initiierung des Modellprojekts zum telemedizinisch begleiteten Schwangerschaftsabbruchs zur Überbrückung von Versorgungslücken und sowie der Beteiligung an Aufklärungskampagnen und Öffentlichkeitsarbeit zur Enttabuisierung. Viele der knapp 300 Mitglieder nehmen unmittelbar an der Versorgung und der Beratung beim Schwangerschaftsabbruch teil.

Kontakt:

Doctors for Choice Germany e.V.
alicia.baier@doctorsforchoice.de
www.doctorsforchoice.de

Universität Potsdam · August-Bebel-Str. 89 · 14482 Potsdam



Juristische Fakultät

Lehrstuhl für Öffentliches Recht,
insb. Verfassungsrecht und Sozialrecht

Prof. Dr. Frauke Brosius-Gersdorf, LL.M.

Tel. 0331 / 977-3264

Fax: 0331 / 977-3310

Mail: brosius-gersdorf@uni-potsdam.de

7. Februar 2025

Öffentliche Anhörung im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages am 10. Februar 2025

- Gesetzentwurf der Abgeordneten Carmen Wegge, Ulle Schauws, Sanae Abdi u.a.: Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs (BT-Drucksache 20/13775)
- Antrag der Abgeordneten Carmen Wegge, Ulle Schauws, Sanae Abdi u.a.: Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern (BT-Drs. 20/13776)

- Schriftliche Stellungnahme -

I. Kerninhalt des Gesetzentwurfs zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs (BT-Drs. 20/13775)

Der Gesetzentwurf zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs (BT Drs. 20/13775) fasst den aktuell bestehenden Straftatbestand des § 218 StGB „Schwangerschaftsabbruch“ neu und hebt §§ 218a bis 219b StGB auf. § 218 StGB-neu regelt nur noch den „Schwangerschaftsabbruch gegen oder ohne den Willen der Schwangeren“, der rechtswidrig und strafbar bleibt.

Die Voraussetzungen zur Durchführung eines rechtmäßigen und damit straffreien Abbruchs der Schwangerschaft werden nicht mehr im Strafgesetzbuch, sondern im Schwangerschaftskonfliktgesetz geregelt:

In der Frühphase der Schwangerschaft bis zum Ende der 12. Woche nach Empfängnis (post conceptionem – p. c.) ist der Schwangerschaftsabbruch rechtmäßig (und straf-frei), wenn er auf Verlangen der Schwangeren von einem Arzt/einer Ärztin nach Bera-tung durchgeführt wird. Die bislang bestehende dreitägige Wartefrist zwischen Bera-tung und Schwangerschaftsabbruch entfällt (§ 12 Abs. 2 SchKG-neu). – Ebenso wie nach geltender Rechtslage (s. § 218a Abs. 1 StGB) bleibt der Schwangerschaftsabbruch damit unter den genannten Voraussetzungen in der Frühphase der Schwangerschaft straffrei, ist allerdings nicht mehr rechtswidrig, sondern rechtmäßig. In der Konse- quenz werden die Kosten für den Abbruch von den gesetzlichen Krankenkassen getra- gen (§ 24b SGB V).

Nach dem Ende der 12. Woche (12+1 p. c.) bleibt der Schwangerschaftsabbruch wie bislang grundsätzlich rechtswidrig und strafbar. Rechtmäßig und straffrei ist er wie nach geltender Rechtslage (s. § 218a Abs. 2 StGB) bei Vorliegen einer medizinischen Indikation bis zum Beginn der Geburt (§ 12 Abs. 3 SchKG-neu).

Rechtmäßig (und straffrei) ist der Abbruch der Schwangerschaft nach Ende der 12. Woche (12+1 p. c.) auch bei einer kriminologischen Indikation. Anders als nach bis- heriger Rechtslage (s. § 218a Abs. 3 StGB) wird die Frist auf die 15. Woche p.c. verlän- gert (§ 12 Abs. 4 SchKG-neu).

Der Abbruch einer Schwangerschaft ohne Einhaltung der Voraussetzungen des § 12 Abs. 2 bis Abs. 4 SchKG-neu bleibt (s. §§ 218, 218a StGB) strafbewehrt (§ 14 SchKG- neu). Die Schwangere selbst wird allerdings nicht bestraft (§ 14 Abs. 4 SchKG-neu).

II. Verfassungsrechtliche Bewertung des Gesetzentwurfs zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs (BT-Drs. 20/13775)

1. § 12 Abs. 2 SchKG-neu: Rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch bis zum Ende der 12. Woche p.c.

Den Schwangerschaftsabbruch mit Einwilligung der Schwangeren in der Frühphase der Schwangerschaft (12. Woche p. c.) rechtmäßig statt wie bislang rechtswidrig zu stellen (§ 12 Abs. 2 SchKG-neu), ist verfassungsrechtlich zulässig. Die Beibehaltung der Bera- tungspflicht und die Streichung der dreitägigen Wartefrist liegen innerhalb des Gestal- tungsspielraums des Gesetzgebers. Das Gleiche gilt für die Neuregelung des Schwan- gerschaftsabbruchs im Schwangerschaftskonfliktgesetz statt wie bislang im Strafge- setzbuch.

1.1. Keine Bindungswirkung an Urteile des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch

Die geltenden Strafvorschriften zum Schwangerschaftsabbruch (§§ 218 ff. StGB) sind maßgeblich geprägt durch zwei Urteile des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 1975 (BVerfGE 39, 1) und vom 28. Mai 1993 (BVerfGE 88, 203). Das Bundesverfassungsgericht hat darin entschieden, dass ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich für die gesamte Dauer der Schwangerschaft rechtswidrig – wenngleich nicht zwingend strafbar – ist und Ausnahmen nur bei Unzumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft wie der medizinischen, der kriminologischen und der embryo- bzw. fetopathischen Indikation gelten. Dem liegt die Annahme des Bundesverfassungsgerichts zugrunde, dass auch für den Embryo/Fetus das Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) und die Menschenwürdegarantie (Art. 1 Abs. 1 GG) ohne Schutzabstufung gelten und diese Grundrechte gegenüber dem Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG), dem Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) sowie der Menschenwürdegarantie (Art. 1 Abs. 1 GG) der Schwangeren grundsätzlich Vorrang genießen. Diesen Anforderungen genügte nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts die frühere Regelung des § 218a Abs. 1 StGB i.d.F. des Schwangeren- und Familienhilfegesetzes vom 27. Juli 1992 (SFHG 1992) nicht, nach der ein von einem Arzt/einer Ärztin auf Verlangen der Schwangeren bis zum Ende der 12. Woche p.c. nach Beratung und einer dreitägigen Wartefrist durchgeführter Schwangerschaftsabbruch nicht rechtswidrig war (BVerfGE 88, 203).

1.1.1 § 31 Abs. 1 BVerfGG

§ 12 Abs. 2 SchKG-neu ist mit der vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig befundenen Regelung des § 218a Abs. 1 StGB i.d.F. des SFHG 1992 inhaltlich vergleichbar. Gleichwohl ist der Gesetzgeber nicht gehindert, § 12 Abs. 2 SchKG-neu zu erlassen. Den Urteilen des Bundesverfassungsgerichts kommt gegenüber dem Gesetzgeber keine Bindungswirkung zu. Der Gesetzgeber ist bei einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs nicht an die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts gebunden, sondern darf eine eigene verfassungsrechtliche Neubewertung vornehmen. Gem. § 31 Abs. 1 BVerfGG binden zwar die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts (Tenor und tragende Entscheidungsgründe) die Verfassungsorgane des Bundes und der Länder sowie alle Gerichte und Behörden. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts gilt die Bindungswirkung nach § 31 Abs. 1 BVerfGG aber im Wesentlichen für die Fachgerichte und Behörden und nicht für den Gesetzgeber (Art. 20 Abs. 3 GG). Der Gesetzgeber ist durch § 31 Abs. 1 BVerfGG in seiner Regelungsfreiheit nicht

einschränkt. Er ist daher nicht gehindert, eine vom Bundesverfassungsgericht wegen Verstoßes gegen das Grundgesetz für ungültig erklärte Norm inhaltsgleich neu zu erlassen. § 31 Abs. 1 BVerfGG steht weder einer inhaltlichen Änderung noch einer (Norm-)Wiederholung einer vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärten Vorschrift entgegen. § 31 Abs. 1 BVerfGG bewirkt keine Versteinerung der geltenden Rechtsordnung für den Gesetzgeber.¹

Eine hiervon zu unterscheidende Frage ist, ob das Bundesverfassungsgericht im Fall eines verfassungsgerichtlichen Verfahrens auf seine früheren Entscheidungen zu §§ 218 ff. StGB verweisen darf oder ob es eine inhaltliche Überprüfung der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs vornimmt. Bei einer Normwiederholung und erst recht bei einer inhaltlichen Neuregelung nimmt das Bundesverfassungsgericht eine umfassende inhaltliche Überprüfung jedenfalls dann vor, wenn der Gesetzgeber hinreichend veränderte tatsächliche oder rechtliche Verhältnisse für die Neuregelung darlegt. Solche veränderten Verhältnisse liegen vor, weil die Urteile des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 1975 (BVerfGE 39, 1) und vom 28. Mai 1993 (BVerfGE 88, 203) auf breite Kritik im rechtswissenschaftlichen Schrifttum gestoßen sind,² sich der rechtswissenschaftliche Diskussionsstand zu den Grundrechtspositionen der Schwangeren und des Embryos in den letzten Jahrzehnten weiterentwickelt hat, sich der völkerrechtliche Rahmen verändert hat und auch im Rechtsvergleich ein Trend zur Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruch zu beobachten ist (s. näher unten).

1.1.2 Art. 94 Abs. 4 GG

Die fehlende Bindungswirkung der Urteile des Bundesverfassungsgerichts für den Gesetzgeber wird durch die zum 28. Dezember 2024 in Kraft getretene Neufassung des Art. 94 GG³ bestätigt. Der neugefasste Art. 94 Abs. 4 GG lautet:

„Die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts binden die Verfassungsorgane des Bundes und der Länder sowie alle Gerichte und Behörden. Ein Bundesgesetz bestimmt, in welchen Fällen seine Entscheidungen Gesetzeskraft haben.“

¹ Zur mangelnden Bindungswirkung des § 31 Abs. 1 BVerfGG für den Gesetzgeber s. BVerfGE 77, 84 (103 f.); 96, 260 (263); 98, 265 (320 f.); 102, 127 (141 f.); 155, 119 (194); 135, 259 (281, 291 ff.).

² S. den Überblick im Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 203 ff.

³ BGBl. 2024 I Nr. 439.

Durch diese Neufassung des Art. 94 GG hat sich an der bisherigen Rechtslage zur Bindungswirkung der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts inhaltlich nichts geändert. In der Gesetzesbegründung zur Neufassung des Art. 94 GG heißt es ausdrücklich:

„Im Anschluss an die Zuständigkeiten des Bundesverfassungsgerichts, die in den Absätzen 1 bis 3 geregelt sind, normiert Absatz 4 die Rechtswirkungen der in diesen Verfahren getroffenen Entscheidungen. Satz 1 übernimmt die zentrale einfachgesetzliche Vorschrift zu den Wirkungen bundesverfassungsgerichtlicher Entscheidungen (§ 31 Absatz 1 BVerfGG) sachlich unverändert in das Grundgesetz. (...) Ein striktes Normwiederholungsverbot für den Gesetzgeber ist damit weiterhin nicht verbunden.“ (Hervorhebung nur hier)

BT-Drs. 20/12977, S. 8 f.

Damit hat der verfassungsändernde Gesetzgeber explizit klargestellt, dass sich durch die Neufassung des Art. 94 Abs. 4 GG an der bisherigen Rechtslage unter § 31 BVerfGG nichts ändern soll. Inbesondere gilt weiterhin kein striktes Normwiederholungsverbot für den Gesetzgeber. Vielmehr bleibt es dabei, dass der Gesetzgeber nicht daran gehindert ist, eine vom Bundesverfassungsgericht für verfassungswidrig erklärte Norm inhaltsgleich neu zu erlassen. Weder § 31 Abs. 1 BVerfGG noch Art. 94 Abs. 4 GG bewirken eine Versteinerung der geltenden Rechtsordnung für den Gesetzgeber.

1.2. Verfassungsrechtlicher Anspruch der Schwangeren auf Schwangerschaftsabbruch in der Frühphase der Schwangerschaft

§ 12 Abs. 2 SchKG-neu steht mit dem Grundgesetz in Einklang.

1.2.1 Grundrechte des Embryos/Fetus (Schutzpflichten des Staates)

Bei einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs hat der Gesetzgeber Schutzpflichten für das Grundrecht auf Leben (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) des Embryos/Fetus. Das Grundrecht auf Leben gilt nach ganz überwiegender Ansicht nicht erst für den Menschen ab Geburt, sondern bereits pränatal jedenfalls ab Nidation.⁴ Dabei sprechen gute Gründe dafür, dass das verfassungsrechtliche Lebensrecht pränatal mit einem geringeren Schutzstandard gilt als für den geborenen Menschen.⁵ Anders als der geborene

⁴ Näher mit Nachweisen auch für Gegenpositionen Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 227 ff.

⁵ Eingehend mit Nachweisen auch für Gegenpositionen Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 227 ff.

Mensch ist das Ungeborene nicht allein lebensfähig, sondern bis zur Lebensfähigkeit ex utero bzw. bis zur Geburt existenziell abhängig vom Organismus der Schwangeren, d. h. von dem weiteren Austragen der Schwangerschaft. Das Ungeborene ist für seine Lebensfähigkeit angewiesen auf die körperliche Einheit mit der Schwangeren. Erst ab Lebensfähigkeit ex utero ist das Ungeborene bei entsprechender medizinischer Behandlung allein lebensfähig und nicht mehr auf die leibliche Einheit mit der Schwangeren angewiesen. Diese existenzielle Abhängigkeit des Ungeborenen vom Körper der Schwangeren legt es nahe, dass das Lebensrecht pränatal mit geringerem Schutz zum Tragen kommt als für den geborenen Menschen. Das gilt ungeachtet dessen, dass sich das Ungeborene im Mutterleib „ohne Brüche oder Sprünge als biologisches Kontinuum“ (*David*) entwickelt. Ab extrauteriner Lebensfähigkeit des Fetus, jedenfalls aber ab Geburt gilt das Lebensrecht des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG mit vollwertigem Schutz.

Die sog. SKIP-Argumente⁶ bieten keine tragfähige Begründung für eine Gleichordnung des ungeborenen menschlichen Lebens mit dem geborenen menschlichen Leben sub specie des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG und damit gegen einen geringeren Schutz des vorgeburtlichen Lebens. Die SKIP-Argumente blenden im Gegenteil die besondere Situation des Ungeborenen aus, das anders als der geborene Mensch nicht allein überlebensfähig, sondern für die Entwicklung zum eigenständigen Menschen auf die leibliche Einheit mit der Schwangeren angewiesen ist. Aus der Zugehörigkeit des Embryos/Fetus zur Spezies Mensch, der kontinuierlichen Entwicklung des Ungeborenen, seiner Identität mit dem später geborenen Menschen und seinem Entwicklungspotenzial zum geborenen Menschen folgt nicht, dass eine Abstufung der Schutzintensität des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG nach Maßgabe embryonaler Entwicklungsstadien unzulässig ist. Für eine geringere Schutzintensität des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG beim Embryo/Fetus bis zur Lebensfähigkeit ex utero bzw. bis zur Geburt spricht außerdem, dass bei Geltung des Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG mit vollwertigem Schutz für das Ungeborene der Konflikt mit den Grundrechten der Schwangeren selbst bei einer Lebens- oder Gesundheitsgefahr für die Schwangere (medizinische Indikation) kaum lösbar wäre.⁷ Bei einem Konflikt zwischen dem Lebensrecht des Embryos/Fetus und dem Lebensrecht der Frau mit jeweils vollem Schutzniveau stünden sich zwei gleichrangige Verfassungsrechtsgüter gegenüber. Ein genereller Vorrang des Lebensrechts der Frau gegenüber dem Lebensrecht des Embryos/Fetus wäre nicht begründbar, sodass auch bei medizinischer Indikation ein Schwan-

⁶ Zu ihnen eingehend mit Nachweisen Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 227 ff.

⁷ Näher Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 235 f.

gerschaftsabbruch unzulässig wäre. Es gälte nichts anderes als bei einem Konflikt zwischen dem (vollwertigen) Lebensrecht zweier geborener Menschen. Auch insoweit ist anerkannt, dass rechtlich niemand gezwungen ist, sein Leben zur Rettung des Lebens eines anderen zu opfern.⁸ Nach tradierter Ansicht soll der geborene Mensch nicht einmal verpflichtet sein, vergleichsweise geringfügige Beeinträchtigungen seiner körperlichen Unversehrtheit wie eine Blutspende hinzunehmen, um das Leben anderer zu retten.⁹ In Fällen ohne Indikation bestünde ein Güterkonflikt zwischen einem vollwertigen Lebensrecht des Embryos/Fetus und dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) sowie dem Recht auf körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) der Frau. Ein Schwangerschaftsabbruch ohne Indikation wäre dann verfassungsrechtlich nicht zu rechtfertigen. Denn angesichts des Hochwerts des Grundrechts auf Leben und der vollständigen Vernichtung dieses Schutzguts durch einen Schwangerschaftsabbruch wäre dem Lebensrecht des Embryos/Fetus grundsätzlich Vorrang einzuräumen vor den Grundrechten der Frau, die bei einem Zwang zur Fortsetzung der Schwangerschaft gegen ihren Willen lediglich für die Dauer der Schwangerschaft eingeschränkt wären.

Ein geringerer Lebensschutz des Embryos/Fetus ist auch widerspruchsfrei zum Lebensrecht des geborenen Menschen, bei dem sich wegen der formalen Gleichwertigkeit aller (geborenen) Menschen jede Schutzabstufung verbietet.¹⁰ Denn beim geborenen Menschen besteht keine vergleichbare existenzielle Angewiesenheit auf eine leibliche Einheit mit anderen Grundrechtsträgern wie beim Ungeborenen. Mit Blick auf die Einzigartigkeit der Situation des vom Körper der Schwangeren abhängigen Ungeborenen besteht daher nicht Gefahr, aus einem geringeren Lebensschutz für den Embryo/Fetus Lebensrechtsdifferenzierungen auch für den geborenen Menschen abzuleiten.

Ob dem Embryo/Fetus der Schutz der Menschenwürdegarantie (Art. 1 Abs. 1 GG) zuteilkommt, ist umstritten.¹¹ Es gibt gute Gründe dafür, dass die Menschenwürdegarantie erst ab Geburt gilt.¹² Doch selbst wenn man von einer vorgeburtlichen Geltung

⁸ Mit Nachweisen näher Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 236.

⁹ S. den Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 236 (mit Nachweisen).

¹⁰ Näher mit Nachweisen Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 236.

¹¹ Im Einzelnen mit Nachweisen für die vertretenen Rechtsansichten Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 216 ff.

¹² Eingehend Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 221 ff.

der Menschenwürdegarantie ausginge und sie in diesem Fall mit dem gleichen, vollwertigen Schutz wie für den geborenen Menschen Anwendung fände, sprächen gewichtige Argumente dafür, dass die Menschenwürdegarantie durch einen Schwangerschaftsabbruch im Regelfall nicht verletzt wäre.¹³ Nach der zu Art. 1 Abs. 1 GG entwickelten, nach wie vor breit konsentierten sog. Objektformel ist die Menschenwürdegarantie nur verletzt, wenn der Einzelne zum Objekt staatlichen Handelns herabgewürdigt wird. Mit der Beendigung einer Schwangerschaft durch die Frau ist aber nicht regelhaft ein Unwerturteil über den Embryo/Fetus verbunden. Die Schwangerschaft wird in der Regel nicht beendet, weil der Embryo/Fetus als lebensunwert erachtet wird, sondern weil für die Frau eine Mutterschaft zu dem Zeitpunkt nicht vorstellbar ist.

1.2.2 Grundrechte der Schwangeren (status negativus)

Als gegenläufige Positionen zu den Grundrechtspositionen des Embryos/Fetus muss der Gesetzgeber die Grundrechte der Schwangeren zu beachten, die bei einer Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs als Abwehrrechte Anwendung finden. Das Verlangen der Schwangeren nach einem Schwangerschaftsabbruch ist durch das Allgemeine Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) und die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG) geschützt.¹⁴

1.2.3 Auflösung des grundrechtlichen Güterkonflikts

Für die Auflösung des grundrechtlichen Güterkonflikts zwischen dem Lebensrecht des Ungeborenen und den Grundrechten der Schwangeren ist Folgendes maßgeblich: Dem Lebensrecht des Embryos/Fetus kommt bis zur Lebensfähigkeit ex utero ein geringeres Gewicht zu als dem Lebensrecht des Menschen nach Geburt. Dagegen kommt den Grundrechten der Schwangeren im Rahmen der Abwägung mit dem Lebensrecht des Embryos/Fetus zu Beginn der Schwangerschaft starkes Gewicht und mit Fortschreiten des Gestationsalters geringeres Gewicht zu. Mit zunehmender Dauer der Schwangerschaft und entsprechender Verantwortungsübernahme für das Ungeborene steigt die Zumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft.

Unter Berücksichtigung dieser Abwägungsgesichtspunkte treten in der Frühphase der Schwangerschaft (erste Schwangerschaftswochen nach Nidation) die Belange des Emb-

¹³ Eingehend Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 226 f.

¹⁴ Näher mit Nachweisen Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 238 ff.

ryos/Fetus hinter den Grundrechten der Schwangeren zurück. In der Frühphase der Schwangerschaft hat das Lebensrecht des Ungeborenen ein vergleichsweise geringes Gewicht; gleichzeitig genießt das Verlangen der Frau nach einer Beendigung der Schwangerschaft starken grundrechtlichen Schutz. Der Frau steht in dieser Schwangerschaftsphase ein Recht auf Schwangerschaftsabbruch zu. Der Schwangerschaftsabbruch ist daher in der Frühphase der Schwangerschaft – anders als bislang – rechtmäßig zu stellen.

§ 12 Abs. 2 SchKG-neu setzt diese verfassungsrechtliche Rechtslage um. § 12 Abs. 2 SchKG-neu ist deshalb verfassungsrechtlich zulässig.

1.3 Rechtsvergleich und Völkerrecht

Die Regelung in § 12 Abs. 2 SchKG-neu entspricht im Übrigen dem Trend zur Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs in zahlreichen anderen Ländern.¹⁵ Viele Rechtsordnungen haben rechtliche oder faktische Hindernisse für den Zugang zu einem Abbruch zurückgenommen. Manche Staaten haben Abbrüche auf Verlangen der Frau im ersten Trimenon legalisiert (z. B. Belgien, Finnland, Italien, Norwegen). Andere Rechtsordnungen (z. B. Island, Kolumbien, Neuseeland, Niederlande sowie manche Bundesstaaten der USA und alle australischen Bundesstaaten) räumen der Schwangeren das alleinige Entscheidungsrecht bis zum Eintritt der Lebensfähigkeit des Fetus ex utero ein.

Die Regelung des § 12 Abs. 2 SchKG-neu liegt darüber hinaus auf der Linie des Völkerrechts.¹⁶ Aus der Perspektive einiger UN-Vertragsausschüsse (CCPR, CEDAW, CERD), der WHO sowie des Kommissars für Menschenrechte des Europarates besteht ein menschenrechtliches Gebot einer vollständigen Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs. Beratungspflichten, Wartefristen, eine indikationsbasierte Zulassung von Schwangerschaftsabbrüchen und eine Beschränkung von Schwangerschaftsabbrüchen abhängig vom Gestationsalter werden von Vertragsausschüssen und der WHO als menschenrechtlich problematisch betrachtet. Abgesehen davon muss der Gesetzgeber den Schwangerschaftsabbruch dergestalt regeln, dass Schwangere nicht auf die Durchführung unsicherer Schwangerschaftsabbrüche zurückgreifen müssen. Auch ist einer

¹⁵ Eingehend Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 360 ff.

¹⁶ Im Einzelnen Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 271 ff.

Stigmatisierung von Schwangeren, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, entgegenzuwirken.

Nach dem Prinzip der Völkerrechtsfreundlichkeit des Grundgesetzes ist der Gesetzgeber verpflichtet, Spielräume, die ihm das Grundgesetz eröffnet, im Lichte völkerrechtlicher Verpflichtungen Deutschlands auszufüllen. Der Gesetzgeber hat völkerrechtliche Vorgaben des Menschenrechtsschutzes bei der Auslegung der Grundrechte des Grundgesetzes maßgeblich zu berücksichtigen (Konformauslegungsgebot).¹⁷

2. § 12 Abs. 3 SchKG-neu: Rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation

§ 12 Abs. 3 SchKG-neu stellt den Schwangerschaftsabbruch bei medizinischer Indikation ebenso wie schon bislang (s. § 218a Abs. 2 StGB) rechtmäßig und entsprechend straffrei. Dass die Regelung künftig nicht mehr im Strafgesetzbuch, sondern im Schwangerschaftskonfliktgesetz stehen soll, hält sich innerhalb des Gestaltungsspielraums des Gesetzgebers.

3. § 12 Abs. 4 SchKG-neu: Rechtmäßiger Schwangerschaftsabbruch bei kriminologischer Indikation

Nach § 12 Abs. 4 SchKG-neu ist der Schwangerschaftsabbruch bei kriminologischer Indikation ebenso wie nach aktueller Rechtslage (s. § 218a Abs. 3 StGB) rechtmäßig und straffrei. Die Verlängerung der Frist für den rechtmäßigen Abbruch von dem Ende der 12. Woche p. c. (s. § 218a Abs. 3 StGB) auf das Ende der 15. Woche p.c. ist verfassungsrechtlich zulässig. Sie trägt dem Umstand Rechnung, dass Frauen wegen des mit einer Vergewaltigung verbundenen Traumas die Schwangerschaft mitunter verdrängen und erst spät bemerken oder realisieren.¹⁸ Der Gesetzgeber erfüllt insofern mit der Fristverlängerung seine Schutzpflicht für die Grundrechte der Schwangeren aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG und aus Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG.

4. § 14 Abs. 4 SchKG-neu: Straffreiheit für die Schwangere

§ 14 Abs. 4 SchKG-neu stellt den Schwangerschaftsabbruch für die Schwangere während der gesamten Zeit der Schwangerschaft straffrei. Bereits nach derzeitiger Rechts-

¹⁷ Näher mit Nachweisen Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 271 ff.

¹⁸ S. auch Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, 2024, S. 70 und S. 251 f.

lage ist der Schwangerschaftsabbruch für die Schwangere unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 bis 3 StGB straffrei. Darüber hinaus ist er für die Schwangere aber nach geltendem Recht auch dann nicht strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach Beratung von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als 22 Wochen verstrichen sind (§ 218a Abs. 4 S. 1 StGB). Neu ist dagegen die Straffreiheit der Schwangeren nach dem Ende der 22. Woche p. c. (vgl. § 14 Abs. 4 SchKG-neu einerseits, § 218a Abs. 4 S. 2 StGB andererseits). Ob der Gesetzgeber in dieser Spätphase der Schwangerschaft von Strafbewehrung für die Schwangere absehen darf, ist nicht eindeutig. Zu den Argumenten, die für eine Strafbewehrung des Schwangerschaftsabbruchs nach Eintritt der Lebensfähigkeit des Fetus ex utero sprechen, und den dagegen sprechenden Argumenten, s. den Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (2024).¹⁹

III. Fazit

§ 12 Abs. 2 SchKG-neu steht mit dem Grundgesetz in Einklang. Den Schwangerschaftsabbruch rechtmäßig zu stellen, wenn er auf Verlangen der Schwangeren bis zum Ende der 12. Woche p. c. von einem Arzt/einer Ärztin nach Beratung durchgeführt wird, entspricht geltendem Verfassungsrecht.

Das Gleiche gilt für § 12 Abs. 3 SchKG-neu (Abbruch bei medizinischer Indikation) und § 12 Abs. 4 SchKG-neu (Abbruch bei kriminologischer Indikation) einschließlich der Verlängerung der Frist für den Abbruch bei kriminologischer Indikation auf das Ende der 15. Woche p. c.

Die Urteile des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 1975 (BVerfGE 39, 1) und vom 28. Mai 1993 (BVerfGE 88, 203) stehen der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs nicht entgegen. Eine Bindungswirkung des Gesetzgebers an die Urteile besteht weder nach § 31 Abs. 1 BVerfGG noch nach dem neugefassten Art. 94 Abs. 4 GG. Diese Vorschriften bewirken keine Versteinerung der geltenden Rechtsordnung für den Gesetzgeber.

¹⁹ S. 256 ff. und S. 259.

Prof. Dr. med. Matthias David
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Berlin

Berlin, 5. Februar 2025

Schriftliche Stellungnahme als geladener Sachverständiger

in Vorbereitung der öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Bundestags zum „Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs“ und zum Antrag „Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern“ am 10. Februar 2025

Zusammenfassung wichtiger Aussagen

- (1) Für die Frauen, die sich nach der gesetzlich vorgeschriebenen Beratung für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, ist eine bedarfsgerechte, flächendeckende, gut erreichbare und sichere medizinische Versorgung in Deutschland gewährleistet; dies betrifft sowohl den operativen als auch den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Hinweise auf eine Verschlechterung der Versorgungslage in den letzten Jahren sind nicht nachweisbar.
- (2) Die bisher veröffentlichten Ergebnisse der ELSA-Studie erscheinen nicht dafür geeignet, ein „Versorgungsproblem“ zu beweisen. Im Gegenteil unterstreichen diese Resultate eine gute bis sehr gute Erreichbarkeit und Versorgung. Den Publikationen sind keine Hinweise auf relevante Informations- oder Zugangsbarrieren zu entnehmen. Die Versorgungslage mit Schwangerschaftsabbrüchen ist nicht prekär.
- (3) Das Thema Schwangerschaftsabbruch ist im Medizinstudium und in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in Deutschland seit vielen Jahren fest verankert.
- (4) Die Bedeutung der Schwangerschaftskonfliktberatung wird dadurch unterstrichen, dass fast alle Frauen das Gesprächsangebot annehmen und dass sich nach der Beratung offenbar ca. ein Viertel der Frauen gegen die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs entscheidet.
- (5) Auch das vorgeburtliche menschliche Leben in der Gebärmutter, wie beispielhaft an der Schmerzwahrnehmung gezeigt werden kann, entwickelt sich ohne Brüche oder Sprünge als biologisches Kontinuum.

Präambel

Beim Schwangerschaftsabbruch handelt es sich insbesondere im Hinblick auf das Ziel des Abbruchs um eine in der modernen Medizin einzigartige Maßnahme. Diese ist mit keiner anderen ärztlichen Handlung zu vergleichen, auch wenn vom „technischen Ablauf“ her das operative Vorgehen mittels Saugkürettage bei einer Fehlgeburt mit dem Vorgehen bei einem Schwangerschaftsabbruch identisch ist (David 2025).

„Jeder Schwangerschaftskonflikt und möglicher Schwangerschaftsabbruch stellen zunächst eine starke Belastung sowohl für die betreffende Frau als auch für das Fachpersonal dar, das an Beratung und Durchführung beteiligt ist...“ (Strizek et al. 2024).

Mit dem auf Wunsch ungewollt schwangerer Frauen medikamentös oder operativ durchgeführten Schwangerschaftsabbruch werden in den allermeisten Fällen gesunde Frauen resp. keine Krankheiten behandelt, bei der durch die ärztliche Maßnahme eine Heilung bzw. deutliche Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen wäre.

Nachfolgend soll auf eine Reihe von Argumenten, die in der Diskussion um eine mögliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs immer wieder eine Rolle spielen, aus medizinischer Sicht und auf der Basis von – teils eigenen – wissenschaftlichen Publikationen eingegangen werden.

Studentische Ausbildung und ärztliche Weiterbildung

Im Rahmen des Medizinstudiums werden grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermittelt, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind (§ 1 Absatz 1 Satz 2 Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO)). *„Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) beschreibt eine bundesweite, einheitliche Grundlage des verpflichtenden Kerncurriculums im Medizinstudium. Der NKLM enthält im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch Lernziele, die Handlungs- und Begründungswissen beschreiben...“* (AWMF-Leitlinie 2023). Eine vor längerem durchgeführte Befragung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ergab, *„...dass alle deutschen medizinischen Fakultäten im Rahmen des Fachs Frauenheilkunde/ Geburtshilfe medizinische, ethische und rechtliche Gesichtspunkte zum Thema Schwangerschaftsabbruch ... im Pflichtcurriculum behandeln...“* (AWMF-Leitlinie 2023). Zu Aspekten der Beratung der Schwangeren vor einem Schwangerschaftsabbruch werden vor allem in Vorlesungen und Seminaren medizinische, ethische und juristische Gesichtspunkte vermittelt (BMG 2022).

Die studentische Ausbildung umfasste bisher und auch historisch nie das Erlernen eines operativen Schwangerschaftsabbruches (dies wäre dann die einzige Operation, die Bestandteil des Medizinstudiums wäre).

Die neue Approbationsordnung bzw. der damit verbundene Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), die wahrscheinlich im Oktober 2025 in Kraft treten werden, wird auch weiterhin Lernziele, die Handlungs- und Begründungswissen zum medikamentösen und operativen Schwangerschaftsabbruch beschreiben, enthalten. Der Entwurf zur Reform der Approbationsordnung sieht auch vor, dass medizinische, rechtliche und ethische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs Gegenstand des klinischen Prüfungsstoffs in allen drei Abschnitten der ärztlichen Prüfung sein werden, aber natürlich nicht die Durchführung des (operativen) Eingriffs. Auch der neue Lernzielkatalog sieht für kein Fach vor, dass Medizinstudentinnen und -studentin eine Operation im Rahmen ihrer Ausbildung erlernen.

Zu beachten ist im Übrigen, dass niemand verpflichtet ist, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken mit Ausnahme der Situation, dass die ärztliche Mitwirkung notwendig ist, um von der schwangeren Frau eine anders nicht abwendbare Lebensgefahr oder die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG, § 12).

Auch zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt/ zur Fachärztin oder zur Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen zu diesem Thema können Ärztinnen und Ärzte nicht verpflichtet werden (AWMF-Leitlinie 2023).

„Die ethischen Verpflichtungen des beteiligten Gesundheitspersonals beziehen sich ... vor allem auf die angemessene Beratung und Unterstützung der betroffenen Schwangeren (und ggf. ihres Partners) in einer schwierigen Entscheidungssituation und die sichere Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs. Aus Respekt vor ihren unterschiedlichen ethischen Positionen können Ärztinnen und Ärzte nicht verpflichtet werden, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. Sie sollten aber dafür Sorge tragen, dass die betroffene Schwangere anderweitig Zugang zu Beratung, Unterstützung in der Entscheidungsfindung und ggf. einem sicheren Schwangerschaftsabbruch bekommt...“ (AWMF-Leitlinie 2023).

Die ärztliche Weiterbildung wird in Deutschland durch die sog. (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWbO) der Bundesärztekammer geregelt. Auf der Ebene der entsprechenden regionalen Ärztekammern werden dann von den Delegiertenversammlungen der Kammern an diese MWbO stark angelehnte Weiterbildungsordnungen für die Länder bzw. Ärztekammerbezirke beschlossen. Es erfolgt eine regelmäßige Novellierung.

Aktuell gilt die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 29.6.2023. Hier heißt es unter der Rubrik *„Handlungskompetenz - Erfahrungen und Fertigkeiten“* im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die von den Ärztinnen und Ärzten im Rahmen ihrer Weiterbildung erworben werden müssen: *„Beratung bei Schwangerschaftskonflikten sowie Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung gesundheitlicher einschließlich psychischer Risiken...“* (Bundesärztekammer 2023). Der Grund dafür, dass die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht als Weiterbildungsinhalt für angehende Fachärztinnen und -ärzte genannt wird, ist das bereits erwähnte, verbriefte Weigerungsrecht, nicht an einem Schwangerschaftsabbruch mitwirken zu müssen - eine wichtige Errungenschaft, die letztlich auch auf die bundesdeutsche Kompromissneuregelung des § 218 nach der deutschen Wiedervereinigung vor nahezu 30 Jahren zurückgeht (David u. Ebert 2020).

Pro- und Kontraargumente im Hinblick auf einen Schwangerschaftsabbruch aus Sicht der betroffenen Frauen, aus ethisch-moralischer und aus der Perspektive derer, die z.B. eine Saugkürettage durchführen, sind hinlänglich bekannt (siehe u.a. Findeklee 2022). Diese unterschiedlichen Gründe machen nachvollziehbar, warum einige Frauenärztinnen und -ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen und andere nicht.

Unabhängig davon entspricht der „technischen Ablauf“ bei der Saugkürettage einer Fehlgeburt vollkommen dem bei einem Schwangerschaftsabbruch (David 2025).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat vor einigen Jahren die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) mit der Erstellung einer Leitlinie zum „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“ beauftragt, die schließlich im Januar 2023 der (Fach-) Öffentlichkeit vorgestellt wurde (siehe: <https://register.awmf.org/de/leitlinie/detail/015-094>) (David u. Wallwiener 2023; Scharl u. Wallwiener 2025). Damit liegt für alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte insbes. im Fach Frauenheilkunde und

Geburtshilfe ein umfangreicher „Handlungs- und Entscheidungskorridor“ vor. Diese Leitlinie enthält systematisch entwickelte Empfehlungen, die den gegenwärtigen medizinischen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Vorgehensweisen von Ärztinnen und Ärzten für eine angemessene Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch zu unterstützen.

Die erwähnte S2k-Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“ AWMF (2023) wird derzeit überarbeitet und auf ein – wissenschaftlich noch höheres – S3-Niveau gebracht (Scharl u. Wallwiener 2025).

Kontinuierliche Entwicklung menschlichen Lebens

Ob der menschliche Organismus von der Befruchtung bis zu seinem Tod einem kontinuierlichen Entwicklungs-, Reifungs- bzw. Alterungsprozess unterworfen ist, wird diskutiert. Dieser Prozesshaftigkeit wird ein Modell mit Einschnitten und Zäsuren gegenübergestellt (Kreß 2024).

Was der medizinisch-naturwissenschaftliche Erkenntniszuwachs zu diesem Diskussionsprozess beitragen kann, soll nachfolgend am Beispiel der Schmerzwahrnehmung des Fetus in der Gebärmutter (=intrauterine Nozizeption) erläutert werden.

Es ist eine Herausforderung, den genauen Beginn der Schmerzwahrnehmung beim Fetus zu bestimmen. Die wissenschaftliche Debatte um die Reizwahrnehmung am Anfang des Lebens wird kontrovers geführt. Lange wurde argumentiert, dass Schmerzwahrnehmung frühestens ab der 26. Schwangerschaftswoche denkbar sei oder sogar erst nach der Geburt durch äußere Reize entstehe. Die Entwicklung des Nervensystems beginnt jedoch vor der 12. Schwangerschaftswoche, Reizwahrnehmungen sind also frühzeitig denkbar. Während Frühgeborene noch in den 1970er Jahren ohne Analgesie operiert wurden, wird heute in der Pränatalchirurgie eine fetale Schmerztherapie empfohlen. Viele Erkenntnisse in Bezug auf die pränatale Wahrnehmung haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert: In den 2010er Jahren stellten Forscher fest, dass sich die physiologische Fähigkeit, Schmerzen wahrzunehmen, im zweiten Schwangerschaftsdrittel (14 bis 28 Wochen) entwickelte. Jüngste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass fetale Schmerzen vermittelt über bestimmte Gehirnstrukturen bereits im ersten Schwangerschaftsdrittel vorhanden sein könnten, d.h. vor der 14. Schwangerschaftswochen. So entstehen zwischen der 7,5. und 15. Schwangerschaftswoche in den meisten Bereichen des Fetus periphere Schmerzrezeptoren; die Verbindung zum Rückenmark und zu unterschiedlichen Teilen des Gehirns bilden sich ab der 7. / 8. Schwangerschaftswoche aus. Die Schmerzwahrnehmung hängt allerdings nicht nur von der Übertragung entsprechender Signale an das Gehirn ab, sondern auch vom Bewusstseinsgrad des Fetus oder Neugeborenen. Die Definitionen von Bewusstsein sind jedoch unterschiedlich und schwer zu fassen (Thill 2023).

Die Reaktionen des Fötus auf therapeutisch indizierte fetalchirurgische Eingriffe sind in der 15.–16. Schwangerschaftswoche erkennbar und werden durch Analgetika gelindert (Thill 2023). Vor diesem Zeitraum fehlt es an veröffentlichten Forschungsergebnissen. Green et al. (2019) schreiben, dass, *„...wenn ungewiss ist, ob ein Schaden entstehen kann, es ratsam ist, ein Vorsorgeprinzip anzuwenden, das eher auf der Seite der Vorsicht liegt, um potenzielle Schäden*

zu verhindern, selbst wenn wissenschaftliche Unsicherheit über deren Ausmaß besteht...“ (Green et al. 2019).

Basierend auf den aktuellen Erkenntnissen zur fetalen Schmerzwahrnehmungen im Uterus wird vorgeschlagen, dass alle Feten eine Anästhesie erhalten sollten, unabhängig von den durchgeführten invasiven Eingriffen, um möglichst geringe Schmerzen und physiologische, verhaltensbezogene oder hormonelle Reaktionen zu gewährleisten und ohne die Mutter oder ihr Kind unnötigen Komplikationen auszusetzen (Mohamed et al. 2024).

Diese kurze Übersicht zeigt zum einen, dass sich die intrauterine Schmerzwahrnehmung nicht diskontinuierlich mit Brüchen oder Sprüngen entwickelt, sondern als biologischen Kontinuum, und zum anderen, dass auch die Forschungsergebnisse zur menschlichen intrauterinen Entwicklung ständig vervollkommen werden.

Meldestellen

Die Anzahl der mit einer Metallkürette oder einer Vakuumaspiration durchgeführten operativen Schwangerschaftsabbrüche nimmt ab, während die primär medikamentös vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche zunehmen - von ca. 8.300 im Jahr 2000 auf ca. 32.000 im Jahr 2020, das ist eine Vervierfachung. Im gleichen Zeitraum hat die Anzahl der in Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche von 135.000 (2000) auf 104.000 (2022) abgenommen, das ist ein Minus von 23 %. Es ist verständlich, dass in dieser Zeit auch die Zahl der sog. Meldestellen, also der einen Schwangerschaftsabbruch durchführenden medizinischen Einrichtungen mit Meldepflicht, abgenommen hat, im o.g. Zeitraum um 46%. Die Anzahl der sog. Meldestellen wird erst seit dem 4. Quartal 2018 systematisch erfasst, davor gibt es nur sporadische Angaben. In den Jahren 2018 bis 2021 waren es im Durchschnitt 1.130 Meldestellen (Minimalwert: 1.099, 3. Quartal 2021; Maximalwert: 1.163, 1. Quartal 2019). Das Statistische Bundesamt macht auf seiner Internetseite darauf aufmerksam, *„..., dass die Zahl der Meldestellen von Quartal zu Quartal schwankt und auch keine Rückschlüsse auf Arztpraxen beziehungsweise Kliniken mit Abbrüchen zulässt. Zum einen sind auch Meldestellen mit Fehlmeldungen (keine Abbrüche im Quartal) enthalten, zum anderen melden zentrale ambulante OP-Praxen hier zum Beispiel für mehrere Arztpraxen mit...“* (Statistisches Bundesamt 2022).

Erreichbarkeit/ „unterversorgte Regionen“

Postuliert wird, dass es in Deutschland Regionen gibt, wo Frauen nur unter erschwerten Bedingungen Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen erreichen können. Ein allgemeingültiger „Entfernungsschwellenwert“ ist nicht bekannt, daher wurde für die Überprüfung der Versorgungssituation eine Festlegung des hessischen Ministeriums für Soziales und Integration vom Dezember 2021 zugrunde gelegt, wonach der *„Sicherstellungsauftrag nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz ... gewährleistet (ist), wenn innerhalb eines Tages unter Nutzung des ÖPNV eine Praxis/Einrichtung erreicht und nach Hause zurückgekehrt werden kann ...“* (Janz 2022).

In Anlehnung an das sog. Zentrale-Orte-Konzept (Lewers u. Geraedts 2015) erfolgten Berechnungen auf der Basis des folgenden Szenarios für den üblicherweise planbaren

Schwangerschaftsabbruch: Als „flächendeckende Versorgung“ wurde angesehen, wenn eine Patientin innerhalb eines Tages die Hin- und Rückfahrt zu einem innerhalb von maximal 120 min. PKW-Fahrzeit erreichbaren Klinik oder Praxis, die laut Liste der Bundesärztekammer Schwangerschaftsabbrüche durchführen, erreichen sowie dort einen ambulanten Eingriff (dafür wurden insgesamt ca. 4 Stunden inkl. postoperativer Erholungszeit angesetzt) bewältigen kann (Augustin u. David 2023). Für die Berechnung genutzt wurde die im Internet frei zugängliche Liste der Bundesärztekammer mit Stand vom 10.6.2022, die zu diesem Zeitpunkt lediglich 363 Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen auflistete, obwohl das statistische Bundesamt auch für die beiden ersten Quartale 2022 über 1.000 Meldestellen für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs angab. Das bedeutet, dass die Berechnung nur unter Einbeziehung von etwas mehr als einem Drittel der tatsächlich über Deutschland verteilten Meldestellen erfolgen konnte, so dass es sich den Resultaten um eine „Unterschätzung“ handelt.

Im Ergebnis geostatistischen Analysen waren nur in den Randbereichen Deutschlands (Nord- und Ostseeinseln sowie Alpenvorland/ Niederbayern) Regionen zu identifizieren, die außerhalb der 120 min.-Erreichbarkeitsgrenze lagen. Es wurde auch überprüft, wie groß der Anteil der Bevölkerung ist, der ein Angebot innerhalb der 120 min Grenze erreicht oder nicht. Die Unterschiede sind marginal; auch eine Differenzierung der Anbieterstandorte nach „medikamentöser“ und „operativer“ Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs zeigte keine relevanten Unterschiede (Augustin u. David 2023).

Auf Basis der Auswertungen für das o. g. Szenario ergibt sich das Bild einer nahezu flächendeckenden Versorgung für Frauen mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch, da der weitgehend größte Anteil der Betroffenen das nächste Versorgungsangebot innerhalb einer angemessenen Fahrzeit erreichen kann.

Schwangerschaftsabbrüche in den Pandemiejahren 2020–2022

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat definiert, dass eine hochwertige Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch zeitnah zugänglich und geografisch erreichbar sein sollte (WHO 2022). Wohl, weil mögliche Versorgungsbeeinträchtigungen während der Akutphase der COVID-19-Pandemie befürchtet wurden, nahm die WHO eine „umfassende Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch“ in die Liste der sogenannten grundlegenden Gesundheitsleistungen auf (WHO 2022). Der Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen war in vielen Ländern durch pandemiebedingte Barrieren eingeschränkt (Qaderie et al. 2023). Auch bzgl. der Versorgungssituation mit Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland wurde angenommen, dass aus Einschränkungsmaßnahmen, Restriktionen bei der medizinischen Versorgung, Informationsdefiziten und unter dem Einfluss ungünstiger soziale Faktoren während der Pandemie eine verzögerte Vorstellung in Praxen und Kliniken zum Schwangerschaftsabbruch resultieren könnte und damit z.B. Abbrüche in höheren Schwangerschaftswochen durchgeführt werden.

Eine Gegenüberstellung der vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellten Schwangerschaftsabbruch-Daten der Pandemiejahre 2020 bis 2022 mit den Daten der Jahre 2011 bis 2019 ergab, dass *„die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen während der*

Pandemiejahre nicht relevant eingeschränkt war und dass es trotz Einschränkungsmaßnahmen des täglichen Lebens und der Belastungen des Gesundheitssystems nicht zu signifikanten Verzögerungen in der Durchführung (spätere Schwangerschaftswochen) gekommen ist..." (David u. Wernecke 2024). Die kaum veränderte Häufigkeit medikamentöser und ambulant durchgeführter operativer Schwangerschaftsabbrüche zeigt, dass die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland auch in den Pandemie Jahren auf einem stabil hohen Niveau gehalten werden konnte. „*Das deutsche Gesundheitssystem insgesamt wie auch die versorgenden medizinischen Einrichtungen haben sich als robust genug erwiesen, um den erforderlichen sicheren und ununterbrochenen Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen auch in der Pandemiezeit zu gewährleisten...*“ (David u. Wernecke 2024).

Schwangerschaftsabbrüche im benachbarten Ausland

Häufigkeitsangaben zu den Schwangerschaftsabbrüchen von Frauen mit Wohnsitz in Deutschland in den Nachbarländern Deutschlands nämlich Frankreich, Österreich, Niederlande, Dänemark und Tschechien, sind nicht ohne Weiteres zu erhalten, wie die nachfolgend aufgeführten eigenen Rechercheergebnisse zeigen: Im Nachbarland Frankreich werden jährlich Berichte über die Anzahl von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen und Wohnsitz außerhalb Frankreichs veröffentlicht. Diese Zahl bewegte sich von 2017 bis 2022 zwischen 140 und 300 Frauen. Daten, die eine Zuordnung zu bestimmten Nationalitäten, Schwangerschaftswochen oder Gründen für den Schwangerschaftsabbruch zulassen, sind möglicherweise vorhanden, aber nicht ohne Weiteres öffentlich zugänglich. Dafür ist ein entsprechender Antrag bei der französischen nationalen Kommission für Informationstechnologie (CNIL) zu stellen.

In Österreich gibt es keine landesweite zentrale Erfassung der Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen bzw. eine entsprechende detaillierte Datenauswertung wie in Deutschland. Nachfragen in verschiedenen grenznah gelegenen medizinischen Einrichtungen Österreichs haben ergeben, dass sich die jährliche Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen mit Wohnsitz in Deutschland seit 2013 wahrscheinlich zwischen 200 und 330 bewegt. Bezogen auf alle in Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche wären das zwischen 2,0 und 3,4 Promille. Als deutsches Herkunftsbundesland der schwangeren Frauen wurde vor allem Bayern angegeben, und für das Gestationsalter, in dem sich die Frauen mit ungewollter Schwangerschaft befanden, vor allem die Zeit zwischen der 5. und 9. Schwangerschaftswoche.

Auch in Dänemark werden offenbar einige wenige Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen mit Wohnsitz in Deutschland durchgeführt. Der Öffentlichkeit frei zugängliche Daten dazu gibt es nicht. Bei der dänischen Gesundheitsagentur kann kostenpflichtigen Antrag dazu gestellt werden, womit eine entsprechende Datenrecherche ausgelöst werden würde.

Eine Anfrage bei den tschechischen Behörden ergab, dass dort in den Jahren 2016 bis 2023 zwischen einem und fünf Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen mit Wohnsitz in Deutschland pro Jahr dokumentiert worden sind, was einem Anteil von 0,02 bis 0,05 Promille der Gesamtzahl von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland in diesen Jahren entsprechen würde.

Durch den in den Niederlanden öffentlich zugängliche Datensatz ist lediglich die Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen, die ihren Wohnsitz nicht dort haben, bekannt. Die jährlich publizierten, staatlichen Berichten der niederländischen Behörden zeigen, dass dort seit 2014 zwischen 1000 und 1300 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr bei Frauen mit Wohnsitz in Deutschland durchgeführt wurden, was zehn bis zwölf Promille der jährlichen Abbrüche in der Bundesrepublik entspräche.

Offenbar gibt es bisher keine einheitliche Dokumentation von Statistiken zum Schwangerschaftsabbruch auf europäischer Ebene. Ein einheitlicheres Dokumentations- und Meldesystem in der EU dazu wäre wünschenswert, um die Schwangerschaftsabbruchrate als Public Health-Indikator differenzierter darstellen zu können. Dies würde auch dabei helfen, mögliche Versorgungsdefizite in den einzelnen europäischen Ländern auszuschließen oder zu erkennen.

Genauere Angaben als Ergebnis aktueller systematischer Befragungen dazu, warum Frauen mit Wohnsitz in Deutschland den Schwangerschaftsabbruch in einem der o.g. Nachbarländer durchführen lassen, liegen nicht vor.

Fragliche Barrieren in den Versorgungsstrukturen - Daten der ELSA-Studie

International vorgeschlagen wird, den Zugang zu einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung über die Parameter Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität zu definieren (AWMF-Leitlinie 2023). Vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde in den letzten Jahren zwei Versorgungsforschungsprojekte gefördert, die sich mit Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs befassen, die beide im Herbst 2024 abgeschlossen wurden und erste Ergebnisse der (Fach-) Öffentlichkeit vorlegten bzw. diese publizierten: „*ELSA, Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer, Angebote der Beratung und Versorgung*“ (Hahn et al. 2025) und „*CarePreg. Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Frauen mit ungewollter Schwangerschaft*“ (Zill u. Lindig 2025). Ergebnisse der o.g. ELSA-Studie werden in der Drucksache 20/13776 mehrfach als Begründung für eine postulierte „schlechte Versorgungslage“ und sich daraus ergebende Maßnahmen herangezogen. Die bisher in zwei Fachzeitschriften publizierten Daten sind aber nicht dafür geeignet, ein „Versorgungsdefizit“ zu beweisen: (1.) Scheider et al. (2023) haben Datenanalysen der ELSA-Studie zur „Informiertheit von ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch in Deutschland“ publiziert. Diese beruhen auf einer nicht repräsentativen, retrospektiv angelegten Online-Befragung von 594 Frauen, die in der Vergangenheit einen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland durchführen ließen und 2021/2022 dazu befragt wurden. Zwei wichtige Ergebnisse sind, dass sich 80,3 % der Befragten sehr gut oder eher gut rund um den Schwangerschaftsabbruch informiert fühlten. Schon in Bezug auf den ersten Arztbesuch, der zur Schwangerschaftsfeststellung bzw. -bestätigung diente, gaben außerdem 76,6 % der befragten Frauen an, „*bei diesem Arztbesuch alle benötigten Informationen erhalten zu haben...*“ (Schneider et al. 2023). (2.) Ebenfalls auf die erwähnte Stichprobe von 594 Frauen greift die Publikation von Hahn et al. (2025) zurück. Die Autorinnen und Autoren schreiben in diesem vor Kurzem in einem Themenheft des „Bundesgesundheitsblatt“ publizierten Artikel: „*Die Stichprobe dieser 594 Frauen erfüllt nicht das Kriterium der*

Repräsentativität im Sinne einer Zufallsauswahl...“ (Hahn et al. 2025). Die Autorengruppe berichtet bezüglich des Parameters Verfügbarkeit, dass 80,1 % der einbezogenen Frauen es als sehr leicht oder eher leicht einschätzten, eine geeignete Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden. 39,3 % der befragten Frauen hatten keinerlei Hürden in der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs angegeben. Die Autorinnen und Autoren um Hahn (2025) berichten, welche „organisatorische Herausforderungen“ im Kontext eines Schwangerschaftsabbruches von den 60,7 % der befragten Frauen in diesem nicht repräsentativen Kollektiv entsprechend den vorgegebenen Antworten bestätigt wurden. Die Ergebnisse suggerieren, dass folgende Punkte, die allerdings mit jedem ambulant durchgeführten Eingriff (und jedem Krankenhausaufenthalt) verbunden sind, als „Herausforderungen“ einzustufen sind: Eine Begleitperson für den Eingriff organisieren, An- und Abreise zur Einrichtung organisieren, Organisation von Haushalt und Kinderbetreuung (Hahn et al. 2025).

In der o.g. Publikation (Hahn et al. 2025) gaben 52,8% der Befragten an, eine weniger als 10 km entfernte Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch aufgesucht zu haben. Weitere 32,3 % gab eine Distanz zwischen 10 und 50 km an. Zur Einordnung dieser Entfernung Angaben zur größten (Ost-West-)Ausdehnung einiger deutscher Großstädte: Berlin 45 km, München 26,9 km, Hamburg 41,3 km, Leipzig 21,3 km und Dresden 27,1 km. Indessen stuften 90,5% der Befragten des o.g. Kollektivs der ELSA-Studie die Erreichbarkeit der für den Schwangerschaftsabbruch aufgesuchten Einrichtung als sehr gut oder gut ein.

Die bisher in zwei Fachzeitschriften veröffentlichten Ergebnisse der ELSA-Studie zur „Versorgungslage mit Schwangerschaftsabbrüchen“ in Deutschland sind demnach nicht dazu geeignet, ein „Versorgungsproblem“ zu beweisen, sondern diese Resultate unterstreichen eine gute bis sehr gute Erreichbarkeit und Versorgung. Aus ihnen lassen sich keine Hinweise auf wesentlichen Informations- und Zugangsbarrieren ableiten.

Bedeutung der Schwangerschaftskonfliktberatung

Nach § 218a, Absatz 2 kann in Deutschland im Rahmen einer weitgefassten medizinischen Indikation während der gesamten Schwangerschaft einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden, bei einer sog. kriminologischer Indikation bis zur 12. Schwangerschaftswoche post conceptionem (p.c – nach der Befruchtung) (§ 218a Absatz 3). Nach der sog. Beratungsregelung ist ein Schwangerschaftsabbruch nach Beratung in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle und nach einer Bedenkzeit von 3 Tagen innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen p.c. zwar rechtswidrig, aber straffrei (§ 218a Absatz 1) - ca. 97% der seit 1996 dokumentieren Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland wurden entsprechend dieser Beratungsregelung durchgeführt (Destatis 2022).

Motive für Schwangerschaftsabbrüche werden vom Statistischen Bundesamt nicht erfasst. Die zertifizierten Beratungsstellen sind allerdings nach §10 SchKG dazu verpflichtet, über ihre Beratungstätigkeit den jeweils zuständigen Länderbehörden bzw. Ministerien Bericht zu erstatten. In einer eigenen Auswertung wurden die bei den deutschen Bundesländern vorliegenden Daten zum Schwangerschaftskonflikt und zu den möglichen Gründen für einen Schwangerschaftsabbruch angefragt, erfasst und im Hinblick auf die von den beratenen

schwangeren Frauen angegebenen Gründe für den Schwangerschaftskonflikt analysiert. Daten von neun Bundesländern, es handelt sich um mehrere Zehntausend, konnten ausgewertet werden (Dienerowitz u. David 2024). *„Bei der Betrachtung der führenden Schwangerschaftskonfliktgründe in den einzelnen Bundesländern (gemittelt über den jeweiligen Erfassungszeitraum), zeigt sich, dass sich folgende übergeordnete Kategorien als die am häufigsten genannten Konfliktlagen präsentierten: Partnerschafts- und familiäre Probleme, psychische und physische Überforderung, biografische Gründe („falscher Zeitpunkt“) und materielle Sorgen...“* (Dienerowitz u. David 2024). Festzustellen war, dass nur sehr wenige schwangeren Frauen während der Beratung keine Angaben zu ihrer Konfliktlage gemacht haben. Obwohl dem etablierten Beratungssystem unterstellt wird, dass hier viele Frauen sich nur notgedrungen einer ergebnisoffenen Pflichtberatung unterziehen würden, zeigen diese Daten, dass Schwangere das Gesprächsangebot in den Beratungsstellen verschiedener Träger annehmen. Deren Wichtigkeit wird auch durch das Ergebnis einer Gegenüberstellung von Beratungs- und Abbruchzahlen verdeutlicht: Es zeigt sich hier eine überraschend große Differenz von durchschnittlich 28,5 %, die sich so interpretieren lässt, dass sich, zumindest in den einbezogenen neun Bundesländern, zwischen 2017 und 2021 mehr als ein Viertel aller beratenen schwangeren Frauen letztlich gegen einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben (Dienerowitz u. David 2024), womit die besondere Bedeutung der Schwangerschaftskonfliktberatung nochmals unterstrichen wird.

Literaturverzeichnis

1. Augustin J, David M. Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland – eine aktuelle Analyse der regionalen Versorgungssituation. Geburtsh Frauenheilk 2023; 83: 796–799
2. AWMF. Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“, S2k-Leitlinie der DGGG (AWMF-Registernummer 015/094) <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-094.html> (aufgerufen am 17.6.2024)
3. Bundesärztekammer. Liste der Bundesärztekammer nach § 13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz (aufgerufen am 05.06.2022)
4. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 29.06.2023. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user-upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20230629_MWBO-2018.pdf (aufgerufen am 17.6.2024)
5. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK). Konzept zur Fortentwicklung der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, 2020. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/konzept-zur-fortentwicklung-der-qualifizierung-von-aerztinnenund-aerzten-die-schwangerschaftsabbrueche-vornehmen.html>, 2022-05-19)
6. Bundesministerium für Justiz. Schwangerschaftskonfliktgesetz vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. Juli 2022 (BGBl. I S. 1082) geändert worden ist. Abschnitt 3, § 12. <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BjNR113980992.html> (aufgerufen am 17.6.2024)

7. David M, Ebert AD. Zur Geschichte des § 218 in beiden deutschen Staaten von 1949 bis zur Wiedervereinigung vor 30 Jahren. *Geburtsh Frauenheilk* 2020; 80: 891-895
8. David M, Wernecke KD. Ausgewählte Versorgungsdaten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland für die Jahre 2011 bis 2020. *Frauenarzt* 2022; 10: 656-660
9. David M, Wallwiener S. Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“. Hintergrund, Ziele, Inhalte der ersten deutschen Leitlinie zu diesem Thema. *Frauenarzt* 2023; 6: 367-371
10. David M, Wernecke KD. Schwangerschaftsabbrüche in den Pandemie Jahren 2020–2022 im Vergleich der Jahre 2011–2019 [Terminations of pregnancy in the pandemic years 2020–2022 compared to 2011–2019] *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 274-5; DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0275
11. David M. Klinisch-praktische Aspekte der Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung beim Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon. *Bundesgesundheitsbl* 2025; 68: 38-44
12. Destatis Fachserie 12 Reihe 3 (1996-2021) und Destatis Schwangerschaftsabbrüche 2022 (EVAS-Nummer 23311).
13. Dienerowitz FM, David M. Schwangerschaftsabbrüche: Analyse der Konfliktursachen. *Dtsch Arztebl* 2024; 12. April 2024; online first <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=238588> (aufgerufen am 5.2.2025)
14. Findeklee S. Der Schwangerschaftsabbruch – eine Kontroverse im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe. *gyn* 2022; 27: 151-160
15. Green G, Hartley C, Hoskin A, Duff E, Shriver A, Wilkinson D, et al. Behavioural discrimination of noxious stimuli in infants is dependent on brain maturation. *Pain* 2019; 160: 493–500. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001425
16. Hahn D, Torenz R, Thonke I, Eckardt S, Schneider M, Wyrobisch-Krüger A, Busch U, Helfferich C, Knittel T, Böhm M, Brzank P, Knaevelsrud C, Krumm S, Schumacher S. Zugangsbarrieren zur Schwangerschaftsabbruchversorgung: Eine Analyse aus der Perspektive ungewollt Schwangerer – Erkenntnisse aus der Studie „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung (ELSA)“. *Bundesgesundheitsbl* 2025 68: 28-37
17. Janz A. Antwort Minister für Soziales und Integration auf eine Kleine Anfrage von Wiebke Knell (Freie Demokraten), Yanki Pürsün (Freie Demokraten) vom 22.11.2021. Schwangerschaftsabbrüche in Hessen: Bewertung der Versorgungslage für Mädchen und Frauen. Hessischer Landtag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/6761. 2021–12–20. Zugriff am 20. November 2022 unter: <https://starweb.hessen.de/cache/DRS/20/1/06761.pdf>
18. Kreß H, Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte - Rechtspolitik. 3., erw. u. überarb. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2024, S. 215-218
19. Lewers D, Geraedts M. Erreichbarkeit von Organkrebszentren: Existiert bereits ein flächendeckendes Angebot in Deutschland? *Gesundheitswesen* 2015; 77: 24-30
20. Mohamed SHM, Reissland N, Anand KJS. An Evidence-Based Discussion of Fetal Pain and Stress. *Neonatology* 2024; DOI: 10.1159/000538848

21. Qaderi K, Khodavirdilou R, Kalhor M et al. Abortion services during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Reprod Health* 2023; 20; 61. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01582-3>
22. Scharl A, Wallwiener S. Leitlinienprojekt Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon. *Bundesgesundheitsbl* 2025; 68: 62-68
23. Schneider M, Eckardt, Torenz R, Thonke I, Vollmer H, Wyrobisch-Krüger A, Hahn D. Informiertheit von ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch in Deutschland. *Z Sex Forsch* 2023; 36: 213-222
24. Statistisches Bundesamt. Meldestellen in der Schwangerschaftsabbruchstatistik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/aktuell-meldestellen.html> (aufgerufen am 9.4.2022)
25. Strizek B, Kentenich H, Maul H, Scharf A, Schlembach D, Schild R, Rosenberg R. Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. „Die Würde aller Beteiligten achten.“ *Frauenarzt* 2024; 5: 358-361
26. Thill B. The fetal pain paradox. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2023; 4:1128530. doi: 10.3389/fpain.2023.1128530
27. World Health Organization. Abortion care guideline. World Health Organization (WHO) 2022. Chapter 1. Introduction. 1.1 Background and context. S. 1 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316> (aufgerufen am 23.7.2023)
28. Zill J, Lindig A. Dimensionen von Personenzentrierung in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch – ausgewählte Ergebnisse der CarePreg Studie. *Bundesgesundheitsbl* 2025; 68: 19-27

Professor Dr. Karsten Gaede
Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinrecht

Lehrstuhl für deutsches, europäisches und internationales
Strafrecht und Strafverfahrensrecht, einschließlich Medizin-,
Wirtschafts- und Steuerstrafrecht



BUCERIUS LAW SCHOOL
HOCHSCHULE FÜR RECHTSWISSENSCHAFT

Jungiusstraße 6
20355 Hamburg
Telefon 040/30706240
E-Mail karsten.gaede@law-school.de

Hamburg, den 9. Februar 2025

Stellungnahme zur öffentlichen Sachverständigenanhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages zum Thema Schwangerschaftsabbruch am 10. Februar 2025

- **Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs** (BT-Drucksache 20/13775)
- **Antrag Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern** (BT-Drucksache 20/13776)



Gliederung

A. Überblick und wesentliche Einschätzung des Entwurfs	1
I. Zentrale Positionen zum Gesetzesentwurf (Zusammenfassung)	1
II. Ausgeklammerte Themen	4
B. Zulässigkeit und Umsetzung einer weitergehenden Legalisierung	5
I. Ausgangspunkt des verfassungsrechtlichen Schutzes des ungeborenen Lebens.....	5
II. Tragfähigkeit des Schutzes durch Verbote hinsichtlich des Umgangs mit dem Körper schwangerer Personen.....	7
1. Lücke bei der Legitimation des Schutzmittels.....	8
2. Vorzugswürdige geltungszeitliche Interpretation.....	10
3. Kein positives Beherrschungsrecht über ein fremdes Leben.....	13
4. Versorgungssicherheit und Mitwirkung an rechtswidrigen Akten	13
III. Realistische Einschätzung der Abkehr vom StGB	14
1. Übernahme der Indikationslösungen und Ausbau des Schutzes gegen Dritte.....	14
2. Zurücknahme eines nichtstrafrechtlichen Verbots.....	15
3. Vorherige weitgehende Akzeptanz durch mangelnde Sanktionierung	16
IV. (Weitere) Fragen der konkreten gesetzlichen Umsetzung.....	17
1. Begrenzung und Bemessung der Frühphase.....	17
2. (Un-)Zureichende Beratungslösung	18
3. Details der neu gefassten oder erlassenen Sanktionsvorschriften.....	21
V. (Un-)Mögliche Regelung in dieser Legislaturperiode	22



A. Überblick und wesentliche Einschätzung des Entwurfs

Der zu erörternde Gesetzesentwurf nimmt sich mit der angestrebten Neuregelung des Rechts des Schwangerschaftsabbruchs eines existenziellen Themenkreises an, der juristisch und (medizin-)ethisch in einem Dilemma gründet. Es gilt zum einen, die Rechtsposition des ungeborenen menschlichen Lebens zu schützen, zum anderen, die rechtlich geschützte höchstpersönliche Körpersphäre und Selbstbestimmung der Schwangeren zu achten.

Rechtswissenschaftlich ist primär zu fragen, ob eine Neuregelung, die in den ersten zwölf¹ Schwangerschaftswochen (hier sog. Frühphase der Schwangerschaft) die Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs auf der Basis einer Beratungslösung anerkennt, einer verfassungsrechtlichen Prüfung vor dem Hintergrund staatlicher Schutzpflichten standhält. Ferner ist zu beurteilen, ob die vorgeschlagene konkrete Umsetzung des Vorhabens hinreichend gelungen erscheint. Abrundend sind Fragen des Regelungszeitpunkts anzusprechen.

Eingangs werden die zentralen Positionen der Stellungnahme zusammenfassend formuliert (I.). Ausgeklammerte Themen werden benannt (II.). Im Anschluss werden die Positionen näher begründet und ausgeführt (B.).

I. Zentrale Positionen zum Gesetzesentwurf (Zusammenfassung)

1. Ausgangspunkt der Beurteilung muss die verfassungsrechtliche Anerkennung einer Schutzpflicht des Staates gegenüber dem ungeborenen Leben sein. Ihre Anerkennung ist nicht zu verwerfen, insbesondere sind die Leitentscheidungen des BVerfG nicht veraltet oder infolge internationaler Entwicklungen überholt. Das ungeborene Leben ist ebenso wenig nur ein Vehikel, das allein der Unterdrückung von Frauen dienen würde. In diesem Licht muss sich die vorgeschlagene Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen in der Frühphase ernsthaft am Schutz des ungeborenen Lebens messen lassen, weil sie den Schutz durch ein staatliches Verbot des Abbruchs weitgehend aufhebt.

2. Hinsichtlich des Schutzes des ungeborenen Lebens gegenüber der Schwangeren ist allerdings zu erkennen, dass die bislang vorausgesetzte Austragungspflicht nicht gleichermaßen verfassungsrechtlich bestätigt werden sollte. Das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs in der Frühphase ist nicht mehr zu legitimieren, insoweit ist dem BVerfG ein Begründungsdefizit vorzuhalten: Das Gericht unterstellte schlicht, dass der Körper der Schwangeren prinzipiell fremdnützig zur Erfüllung von Schutzzielen verfügbar und eine Austragungspflicht damit grundsätzlich zumutbar sei. Ihm genügte eine

¹ Während die Dauer medizinisch regelmäßig bereits von der letzten Regelblutung an bestimmt wird, zählt das bisherige und das vorgeschlagene Recht allein die nach der *Empfängnis* verstrichene Zeit, BT/Drs. 20/13775, S. 25 f. Näher auch zur Berechnung Prütting/*Duttge/Kessler*, 7. Aufl., 2024, § 218a StGB Rn. 7.



„Natur der Sache“, während die Rechtsordnung im Übrigen prinzipielle Tabuzonen für rechtliche Zugriffe auf den Körper anerkennt. Entgegen dem ersten Anschein legitimiert auch nicht schon jeder im Einzelnen beliebig bleibende Verhaltensbeitrag zugunsten der Entstehung der Schwangerschaft die Verfügbarkeit des höchstpersönlichen Körpers. Ein fassbarer Verhaltensverstoß der Frau etwa in Gestalt einer vorwerfbaren Sorglosigkeit ist weder zu unterstellen noch belastbar aufzuklären. Deshalb ist eine Pflicht zur Austragung der dauerhaft identitätsprägenden und den Körper fundamental umwandelnden Schwangerschaft in der Frühphase nicht begründet. Zu einer regelmäßigen Austragungspflicht wird man vielmehr erst gelangen, wenn eine gebärfähige Person den Prozess der Schwangerschaft nach einer Phase der möglichen Erkenntnis und Reflexion weiter geschehen lässt und sich die Aussicht auf ihre Austragung damit verfestigt hat.

Es ist in diesem Sinne angezeigt, die Rechtslage im Rahmen einer geltungszeitlichen Interpretation der Verfassung weiterzuentwickeln. Zu Recht hat bereits *Konrad Hesse* für die Verfassungskonkretisierung hervorgehoben, dass das „Beharrende [...] nicht zum Hindernis werden [dürfe], wo Bewegung und Fortschreiten aufgegeben sind.“ Schon zwischen der Leitentscheidung des Jahres 1975 und derjenigen des Jahres 1993 lässt sich hinsichtlich der Wahrnehmung des weiblichen Geschlechts eine Entwicklung erkennen. Das nach gut 30 weiteren Jahren nochmals fortentwickelte Bewusstsein, dass wir rechtliche Maßstäbe nicht auf allzu selbstverständliche Rollenvorstellungen etwa zulasten von Frauen stützen dürfen, sollte vermitteln, dass sich das BVerfG der bisherigen Begründungsschwäche stellen wird. Die Erkenntnis der unzureichenden Begründung der Austragungspflicht legt es nahe, aus der Rechtsposition der Schwangeren nun weitere Schritte abzuleiten. Denn auch das BVerfG bekennt seit langem, dass das Ausmaß der Schutzpflichten von den berührten Rechtspositionen abhängt.² All dies liegt auch zugunsten einer hinreichenden Patientinnenversorgung nahe, weil hilfsbereite Ärzte nicht mehr gezwungen wären, ein rechtswidriges Verhalten zu unterstützen.

Eines problematischen Beherrschungsrechts der Frau über das ungeborene Leben bedarf es bei alledem nicht. Es ist aber wie in den schon anerkannten Fällen der Unzumutbarkeit die Konsequenz zu ziehen, dass ein Abbruchverbot ohne eine zumutbare Austragungspflicht nicht aufgestellt werden kann. Auch die These eines zu wahren gesellschaftlichen Friedens verhängt in einem höchstpersönliche Grundrechte achtenden Gemeinwesen mitnichten. Der gesellschaftliche Frieden *des einen* kann die Verzweiflung *der anderen* sein. Selbst wenn die Strafe schon ausbleibt, muss sich auch sonst niemand in existenziellen Fragen ein sachlich nicht gerechtfertigtes staatliches Unwerturteil über das eigene Handeln gefallen lassen.

3. Selbst wenn man ein Verbot des Schwangerschaftsabbruchs in der Frühphase für weiterhin legitimierbar halten wollte, sollte man die strafrechtliche Differenz zwischen der erstrebten Neuregelung und dem *Status quo* nicht überschätzen. Der Entwurf setzt mit der Indikationslösung nach der zwölf-

² Siehe nochmals BVerfGE 88, 203, 253 f.



ten Woche und mit einem bemerkenswerten Ausbau des Schutzes gegenüber Dritten weiter nennenswert auf das Strafrecht. Zudem hat schon das BVerfG mit der bisherigen Beratungslösung ein gerade straftatbestandliches Verbot nicht mehr gefordert – bereits heute existiert allein ein, dem BVerfG indes wichtiges, Abbruchverbot der übrigen Rechtsordnung. Soweit das geltende Recht weiter den Kontext des Strafrechts herstellt, entwertet schon heute die Praxis der Beratungslösung die Wirkkraft des Verbots. Indem das StGB Strafsanktionen nicht mehr beansprucht, wird die vermeintliche Unverzichtbarkeit des Abbruchsverbots dementiert: Vielmehr behauptet das Recht *in der Frühphase der Schwangerschaft schon heute keine durchsetzbare Austragungspflicht*. Der Entwurf bietet nun die Chance, die *mixed messages* des StGB zu beenden.

4. Auch in der näheren Umsetzung des Entwurfs zeigen sich insgesamt keine Defizite, die einer tragfähigen Gesetzgebung entgegenstehen. Insbesondere ist die Begrenzung auf die Frühphase und auf die Frist von zwölf Wochen nicht zu beanstanden. Weiter erwägen ließe sich allerdings eine Optimierung der Beratungspflicht unter dem Aspekt des Eintretens für das ungeborene Leben. Nach dem bisherigen Ansatz des BVerfG könnte man das für zwingend erachten. Die novellierte Beratung würde Akzente hin zum Schutz der Gesundheit und des Selbstbestimmungsrechts der Frau verschieben. Dies steht aber im Einklang mit der anderen verfassungsrechtlichen Grundposition des Entwurfs zur mangelnden Austragungspflicht in der Frühphase; daher lässt sich auch die bisherige Rechtsprechung zur Beratung nicht beliebig übertragen. Insgesamt ist der vorgeschlagene Entwurf bei einer Ausschöpfung seiner Regelungen zur Beratung, die das geltende Recht weithin fortführen, eine konsequente Durchführung des Neuansatzes. Dies gilt auch deshalb, weil man das Parlament schwerlich noch immer als verpflichtet ansehen kann, mit einer Regelung zum Ausdruck zu bringen, man traue Schwangeren nicht von selbst das Bewusstsein zu, dass der Schwangerschaftsabbruch auch das Schicksal des Kindes betrifft. Richtig bleibt lediglich, dass zum Beispiel Abgeordnete, die prinzipiell zur staatlichen Vorsorge neigen, zusätzliche absichernde Vorgaben wie eine Wartepflicht im Rahmen des parlamentarischen Gestaltungsspielraums erwägen können.

5. Ob der Gesetzentwurf aus Sicht des Parlaments einer weiteren, längeren Vorbereitung bedurft hätte und im Anschluss einer längeren Beratung bedarf, ist aus rechtswissenschaftlicher Perspektive nicht vorzugeben und damit von den Abgeordneten zu beurteilen. Insbesondere in den Grundfragen beruht der Entwurf aber auf eingehenden Vorarbeiten. Hinsichtlich der Details des Entwurfs sollte entscheidend sein, ob Abgeordnete tatsächlich konkrete Änderungsvorschläge haben, die sich aus Zeitgründen nicht mehr umsetzen lassen.



II. Ausgeklammerte Themen

Die Stellungnahme behandelt zur Betonung der Kernfragen ausgewählte Aspekte der vorgelegten Bundestagesdrucksachen.³ In der Einschätzung, dass dem Gesetzentwurf insoweit keine durchgreifenden Regelungshindernisse entgegenstehen, greift sie zum Beispiel die – systematisch diskutabel – Zuordnung der nun deutlich ausgeprägteren Leistungsübernahme zur Gesetzlichen Krankenversicherung⁴ und die nähere Regelung der sanktionsrechtlichen Ersatzvorschriften in den §§ 14 f. SchKG-E⁵ nicht (umfassend) gesondert auf. Der in seiner Zielrichtung kaum zu bestreitende Entschließungsantrag zur Verbesserung der Versorgungslage ungewollt Schwangerer verlangt im Ergebnis keine gerade rechtswissenschaftliche Stellungnahme.⁶

³ Weitere rechtspolitische Debatten zum Schwangerschaftsabbruch, die etwa den Spätabbruch im Fall des § 218a Abs. 2 StGB (zum Thema, Kritik selbst zurückweisend, m.w.N. NK-StGB/*Merkel*, 6. Aufl., 2023, § 218a Rn. 95 ff., 106 ff.) oder den Schutz vor insbesondere fahrlässig bewirkten fortwirkenden Schädigungen betreffen (dazu m.w.N. NK/*Neumann* aaO, Vor §§ 211-2017 StGB Rn. 15), musste der Entwurf weder zwingend aufgreifen, noch wurden diese – mit der aufgegriffenen Versorgungsproblematik nicht spezifisch verbundenen – Fragenkreise ebenbürtig in dieser Legislaturperiode vorbereitet.

⁴ Siehe BT/Drs. 20/13775, S. 12 und 21, zuvor aber schon mit diesem Weg § 24b SGB V, siehe ferner §§ 20-22 SchKG.

⁵ Zu diesen BT/Drs. 20/13775, S. 27 f. Siehe hier aber B. IV. 3. b).

⁶ Indes ist anzumerken, dass die im Antragstext eingeforderten Informationen in der Praxis oftmals, wenn nicht gar in erster Linie, der medizinisch versierten Entscheidung zugunsten eines Schwangerschaftsabbruchs und insofern nicht der Erhaltung ungeborenen Lebens dienen dürften. Nach der darzulegenden Rechtsposition steht den Schwangeren aber auch das Recht zu, über den zulässigen Abbruch, der ggf. eine innere Not oder doch eine subjektive Überforderung zu beseitigen vermag, umfassend informiert zu sein.



B. Zulässigkeit und Umsetzung einer weitergehenden Legalisierung

Die Stellungnahme widmet sich zunächst dem verfassungsgerichtlich anerkannten Schutz des ungeborenen Lebens (I.). Im Anschluss ist geltend zu machen, dass die vom Gesetzentwurf beanspruchte Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs in der Frühphase der Schwangerschaft infolge einer nicht (mehr) überzeugend zu legitimierenden Austragungspflicht verfassungsgemäß ist (II.). Dabei sollte der mit dem Entwurf bewirkte strafrechtliche Unterschied im Vergleich zum Status quo nicht überzeichnet werden (III.). Anschließend ist die konkret vorgeschlagene Umsetzung zu bewerten (IV.). Abschließend ist der Aspekt anzusprechen, ob das Gesetz noch in dieser Legislaturperiode erlassen werden könnte (V.).

I. Ausgangspunkt des verfassungsrechtlichen Schutzes des ungeborenen Lebens

Das Recht des Schwangerschaftsabbruches setzt bisher primär auf staatliche Verbote und damit auf Eingriffe in den Umgang schwangerer Menschen mit ihrem Körper. Es sollte hierbei – was allerdings einer Erinnerung wert erscheint – verfassungsrechtlich unstrittig sein, dass das Parlament solche Eingriffe nicht *allein* auf eine etwaige persönliche religiöse Überzeugung seiner Abgeordneten stützen darf – Religion und Weltanschauung bleiben gemäß Art. 4 GG freigestellt.⁷

Sanktionsbewehrte Verbote könnten hingegen zulässig und geboten sein, weil das von einem Abbruch auf Verlangen der Schwangeren existenziell betroffene ungeborene Leben ein verfassungsrechtliches Schutzgut ausmacht, das den Schwangerschaftsabbruch zu einem möglichen Gegenstand des staatlichen Rechts werden lässt. Tatsächlich geht das deutsche Straf- und Verfassungsrecht traditionell davon aus, dass im ungeborenen Leben gemäß Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG ein verfassungsrechtlich wertvolles Gut liegt. Insbesondere das BVerfG erkennt das Ungeborene ab der Nidation trotz seiner mangelnden konkreten textlichen Hervorhebung im Grundgesetz als Grundrechtsträger an.⁸ Diesem müsse grundsätzlich ein strafrechtlich verankerter hinreichender Schutz gegen Verletzungen zukommen (sog. Untermaßverbot).⁹ Die Einzelheiten der Leitentscheidungen des BVerfG aus den Jahren 1975¹⁰ und 1993¹¹ zeichnen das heutige Recht des Schwangerschaftsabbruchs bis in die Details vor.

⁷ Kritisch ist insoweit die frühere Berufung des BVerfG auf eine Schöpfungsordnung zu sehen, so noch BVerfGE 39, 1, 67.

⁸ Das Gericht erkennt den *Nasciturus* als schutzfähige Entität an, der bereits Menschenwürde und ein nicht erst von der Mutter abzuleitendes Lebensrecht zukomme. Grundlegend zum Folgenden BVerfGE 39, 1 und 88, 203; ergänzend BVerfGE 98, 265. Hieran sind frühere „Fristenlösungen“, die zu einer Rechtfertigung führen sollten, gescheitert, zur Historie Fischer, 72. Aufl., 2025, Vor §§ 218–219b Rn. 3 ff.; Saliger/Tsambikakis/Schweiger, *Strafrecht der Medizin*, 2022, § 7 Rn. 2 ff.

⁹ BVerfGE 88, 203, 253 ff., konkret S. 254 zum Untermaßverbot.

¹⁰ BVerfGE 39, 1.

¹¹ BVerfGE 88, 203.



Gleichwohl existierte von Anbeginn in Sondervoten der Leitentscheidungen,¹² aber auch im rechtswissenschaftlichen Schrifttum, eine diese Rechtsprechung begleitende Kritik. Sie wendet sich zum Teil schon gegen die Anerkennung einer (vollwertigen) verfassungsrechtlichen Rechtsträgerschaft des Fetus bzw. eine inkonsequente Durchführung dieser Rechtsstellung.¹³ Insbesondere unter dem Aspekt ihrer engmaschigen Ausgestaltung¹⁴ und der Rechte der Schwangeren¹⁵ tritt sie ferner Pönalisierungspflichten entgegen.

Für eine eingehende Analyse und Ausdifferenzierung der Grundlagen der allgemeinen Schutzpflichtdogmatik bleibt an dieser Stelle zwar kein Raum. Es ist aber zu bekräftigen, dass der mit der Rechtsprechung des BVerfG zugunsten des ungeborenen Lebens anerkannte verfassungsrechtliche Schutz auch im Jahr 2025 der Ausgangspunkt der Betrachtung sein muss: Es bestehen weder Anzeichen für eine prinzipielle Aufgabe dieser These, noch wäre eine Aufgabe etwa im Hinblick auf zwischenzeitliche Entwicklungen überzeugend:

- Selbst wenn eine unmittelbare Grundrechtssubjektivität Bedenken unterliegen mag,¹⁶ ermöglicht es die in Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG fehlende explizite Beschränkung des Schutzes menschlichen Lebens auf den Zeitraum nach der Geburt, die eingetretene Herausbildung neuen menschlichen Lebens als verfassungsrechtlichen Schutzgegenstand anzuerkennen.¹⁷ Teleologisch betrachtet streitet hierfür zwar weniger eine allzu sehr subjektgelöste objektiv wertsetzende Funktion des Lebens.¹⁸ In der Frühform menschlichen Lebens ist aber eine später eigenständige individuelle menschliche Existenz als Zweck an sich selbst¹⁹ bereits angelegt.
- Zudem ist es heute ein auch menschenrechtlicher Standard, dass staatliche Pönalisierungspflichten für den Fall rechtswidriger und schuldhafter Übergriffe auf höchstpersönliche und bedeutsame Rechtsgüter dem Grunde nach anzuerkennen sind,²⁰ obschon diese angesichts ihres Übergriffs auf das Bürger-Bürger-Verhältnis anspruchsvoll und in ihrem Maß zu konturieren bleiben.

¹² Siehe die abl. Voten in BVerfGE 39, 1, 68 ff. (*Rupp-von Brünneck und Simon*) und BVerfGE 88, 203, 338 ff. (*Mahrenholz und Sommer*).

¹³ Hierzu statt vieler m.w.N. *Enders*, FS Dreier, 2024, S. 769 ff.; Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Brosius-Gersdorf*, 2024, S. 165, 169 f.; zur Begründung ferner NK-StGB/*Merkel*, 6. Aufl., 2023, Vor §§ 218-219b Rn. 13 ff.

¹⁴ Siehe dazu Nachweise aus BT/Drs. 20/13775, S. 18 und BVerfGE 39, 1, 68 ff. (*Rupp-von Brünneck und Simon*).

¹⁵ Zusf. auch rückblickend *Schuchmann medstra* 2024, 10, 12 ff.; Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Brosius-Gersdorf*, 2024, S. 165, 177 ff.; siehe zudem BVerfGE 88, 203, 338, 340 ff. (*Mahrenholz und Sommer*) und NK-StGB/*Merkel*, 6. Aufl., 2023, Vor §§ 218-219b Rn. 14 f.

¹⁶ Siehe schon Fn. 13.

¹⁷ Siehe entsprechend auch zur allerdings nicht zweifelsfreien Entstehungsgeschichte BVerfGE 39, 1, 38 ff.

¹⁸ Dieselbe betonte jedoch noch BVerfGE 39, 1, 41 ff., insbesondere S. 44.

¹⁹ Für die Personalität bzw. den Eigenwert des ungeborenen Lebens u.a. auch BVerfGE 88, 203, 251 f. und 267 mit dieser auf *Kant* zurückgehenden Begründung.

²⁰ Zur Schutzpflichtrechtsprechung etwa anhand des Lebensrechts siehe m.w.N. *Löwe/Rosenberg/Esser*, 27. Aufl., 2022, Art. 2 EMRK Rn. 39, 48 ff.; *MüKo-StPO/Gaede*, Bd. 4, 2. Aufl., 2025, Art. 2 EMRK Rn. 16 ff.



- Dies legt nicht zuletzt auch der Entwurf zugrunde, wenn er etwa in § 218 StGB-E eine erneuerte Strafnorm gegenüber Taten Dritter mit einem besonders hohen Strafraumen gerade *zum Schutz des ungeborenen Lebens* vorschlägt. Gerade hieran wird deutlich, dass der Schutz des ungeborenen Lebens nicht vorschnell lediglich als ein zu dekonstruierendes Vehikel begriffen werden darf, das allein der Unterdrückung des weiblichen Geschlechts dient.

In diesem Licht muss sich auch das vorgeschlagene Gesetz ernsthaft am Schutz des ungeborenen Lebens messen lassen, weil es seinen Schutz durch ein staatliches Verbot des Schwangerschaftsabbruches auf Verlangen in der Frühphase weitgehend zurücknehmen will und im Ergebnis die Tötung ungeborenen Lebens hinnimmt.²¹

II. Tragfähigkeit des Schutzes durch Verbote hinsichtlich des Umgangs mit dem Körper schwangerer Personen

In diesem Kontext ist aber für die Frühphase der Schwangerschaft vor allem zu hinterfragen, ob die maßstabssetzenden Schutzpflichten das Schutzinstrument der Austragungspflicht wie bisher legitimieren oder gar gebieten können. Während oft allein oder vorrangig die Frage nach einem möglichen zeitlich abgestuften Lebensschutz als solchem gestellt wird, soll hier gerade die Austragungspflicht einer Prüfung unterzogen werden, weil sie die Prämisse jedes – abgestuften oder nicht abgestuften – Lebensschutzes gegenüber der Schwangeren darstellt.

Eine grundsätzliche Austragungspflicht hat das BVerfG vor rund 30 Jahren bejaht.²² Es hat zwar bereits damals anerkannt, dass eine Austragung im Einzelfall unzumutbar sein könne;²³ diese Unzumutbarkeit hat es aber zugespitzten Konfliktsituationen vorbehalten, die heute mit den Indikationen des § 218a Abs. 2 und 3 StGB umschrieben werden.²⁴

Der vorgelegte Entwurf weicht gerade von diesen Maßstäben ab, indem er in der Frühphase auf eine einzelfallbezogene Darlegung einer unzumutbaren Austragung der Schwangerschaft verzichtet und eine die Rechtmäßigkeit vermittelnde Beratungslösung verfolgt.²⁵ Schon die allgemeinen Belastungen einer Schwangerschaft sollen eine Austragungspflicht ausschließen.

Entgegen anderen Stimmen verletzt der Entwurf das Verfassungsrecht dadurch aber nicht, denn eine Austragungspflicht der Schwangeren in der Frühphase sollte keinen Bestand haben: Ihre bisherige

²¹ Es genügt insoweit nicht, die Schutzbedürftigkeit des ungeborenen Lebens und die entsprechende staatliche Schutzpflicht lediglich nicht in Abrede zu stellen. Siehe mit dieser Tendenz aber zunächst BT/Drs. 20/13775, S. 20. Im Übrigen macht der Entwurf dann auch in der Sache eine notwendige Begrenzung der Schutzpflicht geltend.

²² BVerfGE 88, 203, 252 ff.

²³ BVerfGE 88, 203 f., 255 ff., 257; 39, 1, 48 ff.: Belastungen, die ein solches Maß an Aufopferung eigener Lebenswerte verlangen, dass dies von der Frau nicht erwartet werden kann.

²⁴ BVerfGE 88, 203, 256 ff.

²⁵ Siehe BT/Drs. 20/13775, S. 18 f. und eingestehend S. 19: § 12 Abs. 2 SchKG-E vergleichbare Regelung früher verworfen.



Weite beruht auf einer unzureichenden Begründung (1.). Im Rahmen der gebotenen geltungszeitlichen Interpretation der einschlägigen Grundrechtsnormen ist es daher angezeigt, für die Frühphase der Schwangerschaft keine Austragungspflicht mehr zugrunde zu legen (2.). Damit geht keine Beherrschungsbefugnis über fremdes Leben einher (3.). Die resultierende Einschränkung der Austragungspflicht dürfte ferner dazu beitragen, bislang zu wenig bedachte Gefährdungen der Patientinnenversorgung zu vermeiden (4.).

1. Lücke bei der Legitimation des Schutzmittels

An der Rechtsprechung des BVerfG lässt sich ablesen, dass es die Austragungspflicht für die Schwangere allein mit der Anerkennung des evidenten Schutzbedürfnisses des ungeborenen Lebens begründet. So führt es aus, dass ein „Schutz des Ungeborenen gegenüber seiner Mutter [...] nur möglich [ist], wenn der Gesetzgeber ihr einen Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich verbietet und ihr damit die grundsätzliche Rechtspflicht auferlegt, das Kind auszutragen“²⁶. Die Frage, ob die prinzipielle Verfügbarkeit des (fremden) Körpers und der Lebensgestaltung der Schwangeren zugunsten des Rechts eines anderen überhaupt bestehen kann, stellt das Gericht indes nicht – es unterstellt sie vielmehr.²⁷ Die Austragungspflicht folgt offenbar bis heute aus einer „Natur der Sache“²⁸, was die Gefahr eines naturalistischen Fehlschlusses nahelegt. Auch zeitliche Differenzierungen behandelt (und verwirft) das Gericht lediglich hinsichtlich eines abgestuften Lebensrechts, nicht aber hinsichtlich des Verhaltens der Frau.²⁹

Lediglich nachgelagert wird zur Reichweite erwogen, ob „– ausgehend vom Anspruch der schwangeren Frau auf Schutz und Achtung ihrer Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) – vor allem ihr Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) sowie ihr Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG)“ das Ausmaß der zuvor als legitim postulierten Austragungspflicht einschränken könnten.³⁰ Hier wird im Nachgang auch noch gesehen, dass sich „das Verbot des Schwangerschaftsabbruchs angesichts der einzigartigen Verbindung von Mutter und Kind nicht in einer Pflicht der Frau erschöpft, den Rechtskreis eines anderen nicht zu verletzen, sondern zugleich eine intensive, die Frau existentiell betreffende Pflicht zum Austragen und Gebären des Kindes enthält“³¹. Folgen werden aus dieser existenziellen Betroffenheit im Anschluss jedoch nicht gezogen.

²⁶ BVerfGE 88, 203, 253.

²⁷ Zwar wird in der Leitentscheidung BVerfGE 39, 1, 42 die grundsätzliche Berührung der Intimsphäre erwähnt, jedoch zugleich unter Verweis auf den Charakter des Fetus als „selbständiges menschliches Wesen“ eine Vergemeinschaftung in Form einer „sozialen Dimension“ behauptet. Siehe zur Problematik der Zugriffsbegründung – aber schon anhand des Lebensrechts selbst – auch zuseh. m.w.N. Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/Brosius-Gersdorf, 2024, S. 165, 190 ff. (selbst dann das Lebensrecht zu Recht anerkennend); NK-StGB/Merkel, 6. Aufl., 2023, Vor §§ 218-219b Rn. 17 ff.; Sacksofsky, FS Prittwitz, 2023, S. 175, 183 ff.

²⁸ So ergänzend BVerfGE 39, 1, 43.

²⁹ BVerfGE 88, 203, 254. Für einen solchen Ansatz aber wieder Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/Brosius-Gersdorf, 2024, S. 165, 192 ff.

³⁰ BVerfGE 88, 203, 254 und zu einem Verfügungsrecht verneinend 255.

³¹ BVerfGE 88, 203, 256; siehe auch anerkennend *Duttge medstra* 2024, 4, 6 f.



Zudem erweckt das BVerfG auch im Jahr 1993 in seiner rechtlichen Bewertung noch den Eindruck, als sei „die Frau“ stets auf eine lediglich zu weckende und später dann selbst gespürte „Bindung an das in ihr wachsende Leben“ angelegt.³² Die für die Grundmotive maßgebliche erste Leitentscheidung hatte 1975 gar noch von einem „von Natur aus“ bestehenden „mütterlichen Schutzwillen“ gesprochen, der allenfalls „verlorengegangen“ sein könne.³³ Die Frau habe ihre eben „natürlichen mütterlichen Pflichten zu übernehmen“³⁴.

Dem muss man vorhalten, dass das BVerfG die Legitimierbarkeit des unbestreitbar tiefen rechtlichen Zugriffs auf den höchstpersönlichen Körper der Frau damit nicht hinreichend dargetan hat. Die Rechtsordnung übt sich vielmehr – auch zur Wahrung der Menschenwürde³⁵ – grundsätzlich in Zurückhaltung, wenn zugunsten anderer Personen Eingriffe in die Tabuzone des höchstpersönlichen Körpers legitimiert werden sollen. Dies zeigt sich etwa bei einem versagten Zwang zur Blutspende zur Lebensrettung,³⁶ aber auch bei der verneinten Pflicht zu einer etwaigen Rettungsfolter.³⁷ Diese Zurückhaltung findet sich bei der Beurteilung der Rechtslage der Frau und anderer schwangerer Personen bisher nicht wieder. Für sie wird bei der Schwangerschaft auch kein immerhin grundsätzliches Zugriffstabu etwa vergleichbar der Patientenautonomie³⁸ formuliert; die Frau ist vielmehr schon dem Grundsatz nach dem anderen Leben verfügbar: Die Schwangere sei schlicht in einer „Normalsituation“, mit der „jeder (sic!) fertig werden“³⁹ müsse. Lediglich in Ausnahmesituationen darf sie die Rechtspflicht verweigern oder den Verzicht auf strafrechtliche Sanktionen erhoffen. Man muss aber die Zumutbarkeit einer Pflicht begründen, bevor man einzelne Fälle der Unzumutbarkeit konzedieren kann.

³² BVerfGE 88, 203, 266.

³³ BVerfGE 39, 1, 45. Die Belastungen der Schwangerschaft werden hierbei zudem bagatellisiert, wenn eher *en passant* von Beeinträchtigungen „in manchen persönlichen Entfaltungsmöglichkeiten“ (BVerfGE 39, 1, 44) die Rede ist (ernsthafter dann aber S. 48).

³⁴ BVerfGE 39, 1, 56.

³⁵ Siehe zum Schutz der körperlichen Integrität als etwaiger Fallgruppe der Verletzung der Menschenwürde im Überblick Sachs/Höfling, GG, 10. Aufl., 2024, Art. 1 Rn. 20 ff.; NK-StGB/Neumann, 6. Aufl., 2023, § 34 Rn. 118 ff. Siehe immerhin mit einem – dann aber folgenlosen – Gebot, auch für die Schwangere eine Beziehung zu ihrer Menschenwürde herzustellen, BVerfGE 39, 1, 43; zum im Ansatz sichtbaren Ausbau im zweiten Urteil BVerfGE 88, 203, 338, 340 und 348 (Mahrenholz und Sommer).

³⁶ So wird eine Pflicht selbst zur lebensrettenden Blutspende im Rahmen des Notstandes nach der h.M. von der Rechtsordnung selbst im Fall eines sog. Defensivnotstandes abgelehnt, NK-StGB/Neumann, 6. Aufl., 2023, § 34 Rn. 118 ff.; SK-StGB/Hoyer, 10. Aufl., 2025, § 34 Rn. 109 f.: absoluter Schutz der Menschenwürde; zu schweren Körperverletzungen auch allgemein kategorisch abl. Fischer, StGB, 72. Aufl., 2025, § 34 Rn. 14.

³⁷ Hierzu etwa BVerfG NJW 2005, 656, 657 (unter dem strafprozessualen Aspekt); zur Prävention m.w.N. Dürig/Herzog/Scholz/Herdegen, GG, 105. EL. Aug. 2024, Rn. 95; Gaede, in: Camprubi (Hrsg.), Angst und Streben nach Sicherheit in Gesetzgebung und Praxis, 2004, S. 155 ff.; zur dort behandelten Begrenzung eines Schutzes der etwaigen Menschenwürde des Fetus im Fall von Schutzmaßnahmen, welche die Würde einer anderen Person beeinträchtigen müssten, sowie ferner zur mangelnden Würdeverletzung durch den Abbruch Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/Brosius-Gersdorf, 2024, S. 165, 183 ff. und 185 f.

³⁸ Zur Patientenautonomie bzw. einem „Recht auf Krankheit“ gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG etwa BVerfGE 142, 313, 339 f. Rn. 74 (zum Schutz gegen sich selbst) und BVerfGE 158, 131, 162 Rn. 77 und 63 (zum Schutz anderer Personen offener, aber nur, soweit sie unabdingbar und strikt verhältnismäßig sind); zum Ausschluss der Zwangskastration m.w.N. Ulsenheimer/Gaede/Ulsenheimer/Gaede, 6. Aufl., 2021, Rn. 982, siehe auch Rn. 987.

³⁹ BVerfGE 39, 1, 49.



Diese erhebliche Schwäche der Rechtsprechung des BVerfG stellt ihre unveränderte Fortgeltung in Frage.⁴⁰ Das heute weiterentwickelte Bewusstsein für eine notwendige Überprüfung normativ wirkender Zuweisung von Geschlechterrollen dürfte vermitteln, dass das BVerfG sich dieser Schwäche anders als bisher stellen würde. Dass das BVerfG zur Weiterentwicklung bereit und in der Lage ist, lässt sich bei alledem auch im strafrechtlichen Kontext beobachten.⁴¹

2. Vorzugswürdige geltungszeitliche Interpretation

Lässt sich die bisherige Begründungslücke aber schließen, sodass es einer Neuregelung gar nicht bedürfte? Gerade dies dürfte bei der gebotenen geltungszeitlichen Interpretation des Grundgesetzes hinsichtlich der Frühphase menschlichen Lebens zu verneinen sein:

a) Auf den ersten Blick mag es zwar naheliegen, eine Austragungspflicht mit einem regelmäßig frei gesetzten kausalen Verhaltensanteil an der Entstehung der Schwangerschaft zu erklären.⁴² Wie dieser Verhaltensanteil aber konkret aussieht und ob er – etwa infolge einer genutzten Verhütung oder im Hinblick auf ein junges Alter – tatsächlich eine individuell vorwerfbare Sorglosigkeit impliziert, lässt sich angesichts der betroffenen Intimsphäre nicht einzelfallbezogen aufklären. Es wäre auch kein Begründungersatz, gegenüber der Frau eine vorwerfbare Entstehung schlicht zu unterstellen, zumal Sexualkontakte als solche eine legitime Freiheitswahrnehmung darstellen.⁴³ Angesichts der vielfältig denkbaren konkreten Umstände wird man aus dem Vorverhalten *allein* nicht die Konsequenz ableiten dürfen, der Frau die höchstpersönliche Verfügbarkeit ihres Körpers aufzuerlegen.⁴⁴ Anderenfalls würde der dauerhaft identitätsprägende und den Körper fundamental umwandelnde Prozess der Schwangerschaft⁴⁵ nur auf dem Papier in seiner auch für die Frau „existentiellen“ Bedeutung Beachtung finden. Eine typisiert freiwillige Entstehung der Schwangerschaft kann allein das Gebot tragen, die nun angelegten Folgen zu reflektieren. Zu einer rechtlich erzwingbaren Verantwortlichkeit der Schwangeren wird man insofern erst gelangen können, wenn die Schwangere den Prozess der Schwangerschaft nach einer Phase der Erkenntnis und Reflexion weiter geschehen lässt und damit die Aussicht auf ihre Austragung über das Vorverhalten hinaus verfestigt.⁴⁶

⁴⁰ Siehe schon früh auch BVerfGE 39, 1, 68, 79 (*Rupp-von Brünneck und Simon*): Weigerung, die Menschwerdung im eigenen Körper zuzulassen.

⁴¹ Besonders eindrucksvoll ist hier BVerfGE 153, 182, 271. Dort hat das Gericht die Position eines abweichenden Sondervotums (*Hassemer*, BVerfGE 120, 224, 264) zu den Grenzen der Kriminalisierung anderthalb Jahrzehnte später bereits in einem einstimmigen Votum aufgegriffen.

⁴² So etwa *Duttge medstra* 2024, 4, 6 f.; NK-StGB/*Merkel*, 6. Aufl., 2023, Vor §§ 218-219b Rn. 19, § 218 Rn. 90 f. und Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Brosius-Gersdorf*, 2024, S. 165, 191; abl. etwa schon *Sacksofsky*, FS Prittwitz, 2023, S. 175, 183 ff. m.w.N.

⁴³ Siehe zudem zur mangelnden Perfektion der Verhütungsinstrumente Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Hahn*, 2024, S. 89, 96 ff.; *Schuchmann medstra* 2024, 10, 13; siehe ferner *Köhler GA* 1988, 435.

⁴⁴ Anderes folgte nicht aus der zum Teil dem Gesetzgeber gestatteten Typisierung, zumal es hier anerkanntermaßen darum geht, eine „existentielle“ Betroffenheit der schwangeren Personen zu legitimieren.

⁴⁵ BT/Drs. 20/13775, S. 18 f.

⁴⁶ Für Stimmen, die mit der zunehmenden Dauer der Schwangerschaft bereits eine zunehmende Zumutbarkeit der Austragungspflicht bejahen, siehe etwa Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedi-



b) Im Ergebnis ist die Austragungspflicht damit im Vergleich zu ihrem bisherigen Postulat einzuschränken. Für die Zulässigkeit einer solchen Position spricht neben den voranstehenden Überlegungen im Grundsätzlichen die mögliche geltungszeitliche Weiterentwicklung der Verfassungsauslegung.⁴⁷

Zu Recht hat etwa bereits *Konrad Hesse* für die Verfassungsauslegung hervorgehoben, dass „[d]as Beharrende [...] nicht zum Hindernis werden [dürfe], wo Bewegung und Fortschreiten aufgegeben sind; sonst [...] [gehe] die Entwicklung über die rechtliche Normierung hinweg.“⁴⁸ Dies hat hier Gewicht: Ein unmittelbarer textlicher Befund im Grundgesetz, der einen kategorischen Vorrang des ungeborenen Lebens vor der geborenen Frau als unverzichtbare Fixierung⁴⁹ ausweist, fehlt. Ebenso setzt schon die ursprüngliche These des BVerfG mit dem Topos der Unzumutbarkeit⁵⁰ an einem alles andere als zeitlos und klar bestimmten verfassungsrechtlichen Begriff an; vielmehr signalisiert und ermöglicht dieser besonders offene unbestimmte Rechtsbegriff eine erhebliche Sensibilität gegenüber veränderten Umständen und Wertungen. Schließlich verdeutlicht die nun Jahrzehnte währende Akzeptanz einer Beratungslösung, dass eine *durchsetzbare* Austragungspflicht in der Frühphase längst nicht mehr beansprucht wird (dazu auch näher B. III.). Nicht zuletzt das nach gut 30 Jahren nochmals weiterentwickelte Bewusstsein, dass wir rechtliche Maßstäbe nicht auf allzu selbstverständliche Rollenvorstellungen etwa zulasten von Frauen stützen dürfen,⁵¹ legt es nahe, aus der Rechtsposition der Schwangeren nun weitere Schritte abzuleiten, zumal auch das BVerfG längst bekennt, dass das Ausmaß der Schutzpflichten von den berührten Rechtspositionen abhängt.⁵² Die These eines zu wahrenen gesellschaftlichen Friedens verhängt demgegenüber in einem Grundrechte und insbesondere höchstpersönliche Rechte achtenden Gemeinwesen mitnichten. Der gesellschaftliche Frieden *des einen* kann die strafrechtlich ausgelöste Verzweiflung *der hilflosen anderen* sein.

c) Konkret bestehen auch weitere Anhaltspunkte, eine partielle Neubestimmung der Reichweite legitimer Schutzpflichten zu unternehmen.

zin/*Brosius-Gersdorf*, 2024, S. 165, 199 f.; abl. etwa *Rostalski* ZfL 2024, 95, 100 mit dem richtigen, aber naturalistisch bleibenden Hinweis, dass die Schwangerschaft kein gesteuerter Prozess sei.

⁴⁷ Zur möglichen Verfassungsentwicklung siehe Handbuch des Verfassungsrechts/*Gärditz*, 2022, § 4 Rn. 37 ff., 78 ff.; *Voßkuhle* JuS 2019, 417, 418 ff. (mit Beispielen gerade zum Fragenkreis Identität und Familie); zur Frage einer etwaigen Bindungswirkung der Entscheidung siehe Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Brosius-Gersdorf*, 2024, S. 165, 170 ff.

⁴⁸ Siehe *Hesse*, Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 20. Aufl., 1999, Rn. 37. Vergleichbar später etwa *Voßkuhle* JuS 2019, 417: angelegtes, auch dynamisches Moment.

⁴⁹ Eine solche erkennt *Hesse* als zugleich anzustrebendes zweites Moment der Verfassungskonkretisierung an, aaO, Rn. 37.

⁵⁰ BVerfGE 88, 203, 256; 39, 1, 48 ff. In diesem Kontext dürfte aber die These nicht überzeugen, dass sich von vornherein hinsichtlich der Zumutbarkeit keine abstrakte/bewertende Entscheidung fällen bzw. dieselbe sich nicht feststellen ließe, so BT/Drs. 20/13775, S. 18, anders schon BVerfGE 88, 203, 275 f. Allerdings regen auch die Feststellungs- und Abgrenzungsprobleme dazu an, jedenfalls in der Frühphase – wie bisher – von einem Feststellungsbedarf abzusehen.

⁵¹ Hierzu m.w.N. etwa *Schuchmann* medstra 2024, 10, 12 ff.

⁵² Siehe nochmals BVerfGE 88, 203, 253 f.



aa) Zu nennen sind die auch vom Entwurf zitierten völkerrechtlich basierten Voten für einen weitergehenden Verzicht auf rechtliche Verbote und Vorgaben für Schwangerschaftsabbrüche auf Verlangen.⁵³ So sind das Grundgesetz (etwa Art. 1 Abs. 2 GG) und das BVerfG⁵⁴ gewillt, Entwicklungen des internationalen oder europäischen Menschenrechtsschutzes als Inspirationsquelle für die Auslegung des Grundgesetzes zu nutzen. Unabhängig davon, dass das BVerfG eine stets vorrangige Stellung des Völkerrechts ablehnt, hat das Gericht etwa für die Sicherungsverwahrung das Verhältnis der Schutzpflicht auch für das Rechtsgut Leben vor (möglicherweise) gefährlichen Straftätern zu den Freiheitsinteressen der Sicherungsverwahrten in kurzer Frist überdacht und seine Rechtsprechung angepasst, indem es unverhältnismäßige bzw. im Ausmaß nicht hinreichend zu begründende Rechtseingriffe bei der Sicherungsverwahrung nunmehr ausgeschlossen hat.⁵⁵ Es trifft zwar zu, dass die Aussagekraft und Verbindlichkeit einer ständigen Rechtsprechung des – hier zurückhaltenden⁵⁶ – EGMR eine andere ist als die der vorliegenden Stellungnahmen, die zum Teil keine Relation zu einem Schutz des Lebensrechts leisten.⁵⁷ Gleichwohl dürfte es im Rahmen einer *völkerrechtsfreundlichen Rechtsordnung* eine Selbstverständlichkeit sein, die im Jahre 1993 so noch nicht vorhandenen Überlegungen des internationalen Rechts in die Auslegung des Grundgesetzes erwägend einzubeziehen.

bb) Ferner sollte der Gesetzgeber dem BVerfG zutrauen, dass es auch das vielfach gewandelte Schrifttum zur Bedeutung einer reproduktiven Autonomie insbesondere der Frauen⁵⁸ als Ausdruck einer gestiegenen Sensibilität für die Legitimierbarkeit fundamentaler fremdnütziger Pflichten im Umgang mit dem eigenen Körper wahrnehmen und bedenken wird.⁵⁹

cc) Zu guter Letzt weist der Gesetzentwurf eine Reihe von neuen empirischen Erkenntnissen etwa zu den typischen Umständen der Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft⁶⁰ und zu den Erfahrungen mit liberaleren Regelungen im Ausland⁶¹ nach. Auch diese können für die Verfassungsaus-

⁵³ Zu diesen siehe weiterführend BT/Drs. 20/13775, S. 19 f.; zum ganzen im Überblick näher m.w.N. Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Starski*, 2024, S. 221 ff.

⁵⁴ Dazu vor allem BVerfGE 128, 326, 367 ff.

⁵⁵ Dazu erneut nur BVerfGE 128, 326.

⁵⁶ Im Überblick siehe hierzu m.w.N. MüKo-StPO/*Gaede*, Bd. 4, 2. Aufl., 2025, Art. 2 EMRK Rn. 19.

⁵⁷ Dazu reflektiert m.w.N. Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Starski*, 2024, S. 225 ff., 269 ff. und ferner betonend *Duttge medstra* 2024, 4, 5 f.; *Rostalski ZfL* 2024, 95, 98 f.

⁵⁸ Zu diesem im Überblick und selbst eingehend etwa *Klein*, Reproduktive Freiheiten, 2023. Siehe aber nun mit der These, Frauen handelten einstweilen ohne allseits gute Bedingungen für das Aufwachsen des Kindes auch im privaten Umfeld in „prekärer Selbstbestimmung“, was das geltende Recht zu vermeiden helfe: *Rostalski medstra* 2024, 2.

⁵⁹ Siehe auch zu den Weiterentwicklungen im Umgang mit dem Kriterium des Geschlechts BVerfGE 147, 1: Schutz auch von Menschen, die sich dauerhaft weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zuordnen lassen.

⁶⁰ BT/Drs. 20/13775, S. 17 und 19; ferner gerade zur Fehlannahme eines oftmals leichtfertigen Vorgehens Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Hahn*, 2024, S. 83, 85 ff.

⁶¹ Zu den vorliegenden Eindrücken Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Weißer*, 2024, S. 289 ff.; ferner zum französischen Verfassungswandel *Pohlreich medstra* 2024, 152 und auch zum weiterhin keine vergleichbare Schutzpflicht anerkennenden US-Recht *Wörner/Aktas medstra* 2024, 140.



legung Relevanz entfalten, weil das BVerfG selbst gebietet, das Recht des Schwangerschaftsabbruchs auf eine hinreichende Faktenerhebung zu stützen.⁶²

3. Kein positives Beherrschungsrecht über ein fremdes Leben

Gegen die geltend gemachte Begrenzung der Reichweite der Austragungspflicht wird man auch nicht einwenden können, dass damit ein allgemeines Beherrschungsrecht über ein fremdes Leben anerkannt würde.⁶³ Es ist zwar nicht zu verwischen, dass der Abbruch im Ergebnis eine regelmäßig durch aktive Schritte eingeleitete Beendigung ungeborenen Lebens bedeutet, die nach dem Regelungsvorschlag rechtmäßig wäre.⁶⁴ Gleichwohl geht es insoweit nicht darum, eine allgemeine Unterordnung oder eine beliebige Verfügbarkeit des ungeborenen Lebens und damit eine prinzipielle Abwertung seiner Würde zum Ausdruck zu bringen. Vielmehr geht es um die Befugnis, die vom ungeborenen Leben ausgehenden Veränderungen des höchstpersönlichen eigenen Körpers gleichsam abwehren zu dürfen, wenn die Schwangere nicht bereits zu ihrer Hinnahme verpflichtet ist. So wie bei den bisher bereits anerkannten Fällen der Unzumutbarkeit gemäß § 218a Abs. 2 und 3 StGB wird hier nicht behauptet, dass die Schwangere das fremde Leben beherrschen dürfe. Vielmehr entfällt die Pflicht „zum Austragen des Kindes“, die nach der Rechtsprechung des BVerfG so untrennbar mit dem „Verbot des Schwangerschaftsabbruchs“ verbunden ist,⁶⁵ dass das Verbot ohne eine solche Pflicht nicht aufrechterhalten werden kann. Der Frau wird gestattet, sich den angelegten und ihrerseits folgenreichen Rückwirkungen auf ihren Körper ggf. aktiv vermittelt zu entziehen – ohne eine qualifiziert begründete Austragungspflicht darf sie die Duldung und Unterstützung der Schwangerschaft tätig verweigern.

4. Versorgungssicherheit und Mitwirkung an rechtswidrigen Akten

Ergänzend streiten für die dargelegte Position auch die Halbierung der Abbrüche durchführenden Einrichtungen und die Indizien für offenbar regional bestehende Versorgungslücken, die im Zuge anstehender Pensionierungen etwa in Bayern über das allgemeine Phänomen des Fachkräftemangels hinaus zunehmen dürften.⁶⁶ Es steht zwar nicht außer Streit, wie ausgeprägt sich die Versorgungsproblematik gestaltet, und die Kausalität der strafrechtlichen Regelung ist nicht durch Studien be-

⁶² Dazu erneut etwa BVerfGE 88, 203, 254.

⁶³ Zu seiner Ablehnung nochmals BVerfGE 88, 203, 255 f. und nachdringlich *Duttge medstra* 2024, 4.

⁶⁴ Siehe auch *Duttge medstra* 2022, 205, 212.

⁶⁵ BVerfGE 88, 203, 253: „Das grundsätzliche Verbot des Schwangerschaftsabbruchs und die grundsätzliche Pflicht zum Austragen des Kindes sind zwei untrennbar verbundene Elemente des verfassungsrechtlich gebotenen Schutzes.“ Zur Entbehrlichkeit eines Beherrschungsrechts für eine eingeschränkte Schutzpflicht siehe auch *Enders*, FS Dreier, 2024, S. 769, 781 ff.; zum nicht zu überschätzenden aktiven Moment des Abbruchs auch schon BVerfGE 88, 203, 338, 351 f. (*Mahrenholz* und *Sommer*).

⁶⁶ Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Hahn*, 2024, S. 113 ff.; BT/Drs. 20/13775, S. 17 f.; *Frommel medstra* 2024, 19, 20, 21 f.; LK-StGB/*Lindemann*, 13. Aufl., 2023, Vor §§ 218 ff. Rn. 56 und die Stellungnahme *Baier* zur Anhörung.



legt.⁶⁷ In der normativen verfassungsrechtlichen Perspektive sind aber angesichts der schon vom BVerfG betonten notwendigen Realitätsnähe bereits die bestehenden Indizien für Versorgungsmängel relevant: Sie gebieten, anders als in den Jahren 1975 und 1993, eine besondere Belastung der mitwirkenden Heilberufe zur Kenntnis zu nehmen: Der bisherige Regelungsansatz mutet Heilberufsangehörigen zu, ihre Hand zu einem jedenfalls für die Schwangere *de lege lata* rechtswidrigen Verhalten zu reichen. Wollen sie das Anliegen betroffener Frauen unterstützen, lässt sich ihnen nach wie vor verhalten, sie würden ein im Strafrecht als rechtswidrig bestätigtes Verhalten unterstützen.⁶⁸ Heilberufsangehörigen, die in einem Konflikt (siehe nur § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SchKG) zur Hilfe bereit sind, wird damit eine Zumutung aufgebürdet, die absehbar die Bereitschaft zur Hilfe beeinträchtigen kann.⁶⁹ Dies ist für die Versorgungssicherheit auch von besonderer Bedeutung, weil die Versorgung bekanntlich auf freiwilliges Handeln angewiesen ist (siehe § 12 Abs. 1 SchKG).

Zeigt sich in einer solchen Lage aber eine beträchtlich sinkende Hilfsbereitschaft und offenbaren sich gar regionale Lücken bei der hinreichenden Patientinnenversorgung, deren Gründe nicht absehbar monokausal geklärt und behoben werden können, muss auch der plausible rechtliche Beitrag zur Versorgungslage einer Prüfung unterzogen werden. Jedenfalls dann, wenn keine tauglichen anderweitigen Regelungen oder Schritte die Aussicht auf eine realistische Patientinnenversorgung wieder festigen, legt auch die Vermeidung einer abschreckend wirkenden belastenden Einbindung in rechtswidrige Akte ein Überdenken der älteren Rechtsprechung nahe.

III. Realistische Einschätzung der Abkehr vom StGB

Soweit man ein Verbot des Schwangerschaftsabbruchs in der Frühphase – anders als es hier dargelegt wurde – für weiterhin legitimierbar halten wollte, sollte man die strafrechtliche Differenz zwischen der erstrebten Neuregelung und dem *Status quo* nicht überschätzen. Im Einzelnen:

1. Übernahme der Indikationslösungen und Ausbau des Schutzes gegen Dritte

Zunächst wird die strafrechtlich umgesetzte Schutzpflicht jenseits der Frühphase bestätigt; das Indikationenmodell des § 218a Abs. 2 und 3 StGB wird in § 14 SchKG-E fortgeführt und nur wohlbegründet beim Sonderfall der kriminologischen Indikation nachvollziehbar zeitlich erweitert⁷⁰. Hinsichtlich der Rechtseingriffe dritter Personen zieht der Entwurf zudem Früchte aus der vorgeschlagenen ge-

⁶⁷ Siehe krit. etwa zur Bedeutung der – dramatisch – zurückgegangenen Meldestellen die Stellungnahme *David* zur Anhörung und *Duttge* medstra 2024, 4, 8 f.; *Scharf/Rosenberg* medstra 2023, 205, 207.

⁶⁸ Dies gilt auch dann, wenn man BVerfGE 98, 265, 297 ff. infolge der Einordnung als von Art. 12 GG geschütztes Verhalten die Aussage entnehmen wollte, das Handeln *der Heilberufsangehörigen* selbst sei rechtmäßig, dafür *Frommel* medstra 2024, 19, 24 f. Siehe aber einschränkend zum Gebrauch des Wortes rechtswidrig m.w.N. *Ulsenheimer/Gaede/Ulsenheimer/Dießner*, 6. Aufl., 2021, Rn. 936.

⁶⁹ Siehe entsprechend zustimmungswürdig BT/Drs. 20/13775, S. 17: bisheriges Recht setzt auf Stigmata und Abschreckung.

⁷⁰ Zur Verlängerung der Frist auf 15 Wochen bei der kriminologischen Indikation BT/Drs. 20/13775, S. 5; so zuvor schon Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Wörner*, 2024, S. 321, 324 und Empfehlung 9.2.2.



trennten Regelung zur Schwangeren: Er richtet das Delikt klarer auf das Rechtsgut des ungeborenen Lebens aus und schafft neue Gefährdungserfolgstatbestände. Insbesondere verdeutlicht der Entwurf mit einem im Vergleich zur derzeitigen Regelung deutlich höheren Strafrahmen von bis zu zehn Jahren Freiheitsstrafe, dass in der Beendigung ungeborenen menschlichen Lebens ein besonders ausgeprägtes schuldhaft verwirklichtes Unrecht liegen kann. § 218 StGB wird insoweit alles andere als abgeschafft, der Schutz des ungeborenen Lebens gegenüber Eingriffen Dritter wird vielmehr spürbar erweitert.

2. Zurücknahme eines nichtstrafrechtlichen Verbots

Die Hauptdifferenz zur derzeitigen Rechtslage liegt darin, den Schwangerschaftsabbruch in der Frühphase im Fall einer beachteten Beratungslösung für *rechtmäßig* zu erachten. Der geltenden Rechtslage ist es gerade ein wesentliches Anliegen, ein Tötungsrecht und damit die Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs jenseits spezieller Unzumutbarkeitsfälle zu versagen;⁷¹ vielmehr scheint das Strafrecht das Lebensrecht des Fetus mit seinen Mitteln zu bekräftigen.

Schon diese Lösung muss aber eingestehen, dass der bisher durch § 218a Abs. 1 StGB verfügte Tatbestandsausschluss den Abbruch der Schwangerschaft auf Verlangen der Schwangeren in der Frühphase gerade nicht mehr als *Unterfall des Strafrechts* einordnet. Mit der längst akzeptierten Lösung ist zwar eine offene Preisgabe des Lebensrechts vermieden;⁷² nach einer Beratung in der Frühphase wird aber das Druckmittel der Strafsanktion – im Einklang mit der Rechtsprechung des BVerfG⁷³ – gerade nicht mehr eingesetzt. Wird der Zugriff des Strafrechts – so wie bisher – bereits tatbestandlich über ein sog. negatives Tatbestandsmerkmal verneint, existiert schon heute *keine* gerade strafgesetzliche Verhaltensnorm mehr, die das Lebensrecht des Ungeborenen bekräftigt.⁷⁴ Vielmehr wird in der Frühphase lediglich ein allgemeineres Verbot der Rechtsordnung vorausgesetzt, welches nicht mehr zu den durch Straftatbestände geschützten unverbrüchlichen Normen unseres Gemeinwesens gezählt wird: In der Frühphase unterfällt nur der Schwangerschaftsabbruch jenseits der Beratungslösung tatbestandlich dem Strafrecht. Nicht erst die nun vorgeschlagene Verlagerung in ein nicht primär strafrechtliches Fachrecht nähme dem Strafrecht insoweit seinen Zugriff.⁷⁵

⁷¹ Siehe auch erneut BVerfGE 88, 203, 258, 261 f., 264 ff., 268 („wachgehaltenen Orientierung über die verfassungsrechtlichen Grenzen von Recht und Unrecht“), 272 und 273.

⁷² Unter diesem Aspekt als Prozeduralisierung lobend und verteidigend etwa m.w.N. Saliger/Tsambikakis/Schweiger, *Strafrecht der Medizin*, 2022, § 7 Rn. 44 ff.

⁷³ So hatte schon das Gericht betont, dass die strafrechtliche Repression wenig ermutigend ausfalle (BVerfGE 88, 203, 263) und das Zusammenwirken mit der Frau vorzugswürdig sei (BVerfGE 98, 265, 304), hervorhebend BT/Dr. 20/13775, S. 6.

⁷⁴ Dazu auch schon BVerfGE 88, 203, 338, 355 f. (Mahrenholz und Sommer) im Anschluss an *Eser*. Siehe auch der – weitgehende – Schluss bei NK-StGB/Merkel, 6. Aufl., 2023, § 218a Rn. 63 f.: tatsächlich sei die Rechtmäßigkeit schon eingetreten; für eine Duldung ferner LK-StGB/Lindemann, 13. Aufl., 2023, Vor §§ 218 ff. Rn. 55. Zur Begrenzung der Bezeichnung als „rechtswidrig“ in der zivilrechtlichen Rechtsprechung auch bereits m.w.N. Ulsenheimer/Gaede/Ulsenheimer/Dießner, 6. Aufl., 2021, Rn. 936.

⁷⁵ Zur Gesetzgebungskompetenz könnte man insoweit aber erwägen, ob die Verlagerung in ein nur noch abrundend strafrechtlich ergänztes Fachgesetz den zuvor bei der Regelung im StGB deutlicher sichtbaren Sachzusammenhang zum Straf-



3. Vorherige weitgehende Akzeptanz durch mangelnde Sanktionierung

Zugleich dürfte die Regelung des Tatbestandsausschlusses gerade *im Strafrecht* in der oft größeren öffentlichen Wahrnehmung den verbreiteten und offenbar zweckveranlassten Eindruck erwecken, der beratungsbasierte Abbruch in der Frühphase verletze zunächst einmal eine gerade strafrechtliche Norm; in jedem Falle verbleibt nach dem geltenden Recht mindestens gegenüber der Schwangeren die Bewertung als rechtswidrig nach dem staatlichen Recht.

Gleichwohl untergräbt auch bisher schon der Verzicht auf effektive Sanktionen⁷⁶ die Wirkpotentiale, die der aktuellen Regelung im StGB zugesprochen werden können: Trotz der scheinbar notwendigen Kontextualisierung mit dem Strafrecht wird das Rechtswidrigkeitsurteil sogleich entwertet, indem der Schutz des menschlichen Lebens für die Bevölkerung einsehbar und erfahrbar nicht als wertvoll genug behandelt wird, um dem Verhalten mit Sanktionen entgegenzutreten: Faktisch betrachtet darf sich das scheinbare strafrechtliche Unrecht ereignen; mit Zustimmung des BVerfG wird ihm im Rahmen der Beratungslösung in gut 95 % der registrierten Schwangerschaftsabbrüche keine Strafe expressiv entgegengestellt. Die vom BVerfG selbst an anderer Stelle seiner Entscheidung betonte Überlegung, dass das „Rechtsbewußtsein [...] durch widersprüchliche rechtliche Bewertungen verunsichert“⁷⁷ werde, wird es auch seinem eigenen Ansatz entgegenhalten müssen.⁷⁸ Erst recht ist es unerschwinglich, dem geltenden Recht zuzutrauen, die kollektive Verantwortung des Staates für kinderfreundliche Lebensbedingungen wach zu halten oder gar zu stabilen Partnerschaften beizutragen,⁷⁹ gerade weil sich der Staat bisher mit dem abstrakten rechtlichen Verbot und einem moralischen Appell aus der Affäre ziehen kann.

recht ausschließen könnte (zur Berufung auf die Kompetenz kraft Sachzusammenhangs BT/Drs. 20/13775, S. 21). Indessen bleibt es vor dem Hintergrund der bundesrechtlich ansetzenden Schutzpflichten richtig, dass der insbesondere an § 14 SchKG-E und § 218 StGB-E wieder ablesbare Sachzusammenhang zwischen dem materiellen Regelungskonzept und den sodann verbleibenden strafbaren Konstellationen eine bundeseinheitliche Regelung erzwingt. Lediglich die Form und die Reichweite der Pönalisierung änderten sich. Im Übrigen liegt hier, in der Reichweite der Entkriminalisierung, auch ein absichtsvoller Regelungsverzicht i.S. von BVerfGE 98, 265 vor.

⁷⁶ Insoweit lässt sich nur auf den ersten Blick einwenden, dass andere Rechtsfolgen wie die Versagung einer Leistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung immerhin die fortwährende Bedeutung des Rechtswidrigkeitsurteils bestätigen und insofern kompensierend wirken. Die Leistungsversagung kann zwar effektiv die Freiheit beschneiden und faktisch den mangelnden Abbruch begünstigen. Sie ist aber keine generalpräventiv wirksam werdende Bekräftigung des Normgehalts. Ebenso wäre es ein Armutszeugnis für den Schutz des ungeborenen Lebens, wenn er zu seiner Durchsetzung gerade auf die Mittellosigkeit der betroffenen Schwangeren oder auf ihre Unbeholfenheit mit komplizierteren Anträgen gezielt setzen müsste. Schließlich ist die effektive Abstützung auf Rechtsfolgennachteile, wie die mangelnde finanzielle Unterstützung des Staates, durch den Rückgriff auf anderweitige Sozialleistungen bei einer entsprechenden Bedürftigkeit gemäß § 19 SchKG seit langem durchbrochen.

⁷⁷ BVerfGE 88, 203, 278.

⁷⁸ Siehe auch noch BVerfGE 39, 1, 58: „Entfällt die Drohung mit Strafe allgemein, wird notwendig im Bewußtsein der Staatsbürger der Eindruck entstehen, in allen Fällen sei der Schwangerschaftsabbruch rechtlich erlaubt und darum auch sozialetisch nicht mehr zu billigen. Der ‚gefährliche Schluß von der rechtlichen Sanktionslosigkeit auf das moralische Erlaubtsein‘ (Engisch, Auf der Suche nach der Gerechtigkeit, 1971, S. 104) liegt zu nahe, als daß er nicht von einer großen Anzahl Rechtsunterworfenen gezogen würde.“

⁷⁹ So aber nun *Rostalski* medstra 2024, 2 und *dies.* ZfL 2024, 95, 102 ff.



Vielmehr riskiert das geltende Recht ein bedenkliches Lehrstück, aus dem die Bevölkerung auch im Allgemeinen lernen könnte, dass strafrechtliche Verbote gar nicht unverbrüchlich sind, sondern – jenseits einzelner prozessualer Entscheidungen oder Rechtfertigungen – schon im Grundsatz sanktionslos bleiben können.⁸⁰ Wer das geltende Recht verteidigt, müsste deshalb weiter bereit sein, den Preis einer akzeptierten fortwährenden prinzipiellen Infragestellung der Verbindlichkeit strafrechtlicher Normen zu zahlen; diesen Preis müsste insbesondere die Achtung vor dem ungeborenen Leben entrichten. Der Entwurf bietet demgegenüber die Chance, die *mixed messages* des StGB zu beenden. Mit einer sodann konsequenten Verfolgung der verbleibenden Straftaten des Schwangerschaftsabbruches ließe sich die Bedeutung des ungeborenen Lebens auch strafrechtlich in sich schlüssig unterstreichen.

IV. (Weitere) Fragen der konkreten gesetzlichen Umsetzung

Nicht nur die grundsätzliche verfassungsrechtliche Zulässigkeit der Neuregelung, sondern auch ihre konkrete Umsetzung und damit zugleich die Reichweite des Neuansatzes bedürfen einer Prüfung. Insofern wirft der Entwurf aber angesichts seiner Vorbereitung durch eine gründlich beratende Kommission nur vergleichsweise wenige Fragen auf. Gleichwohl soll hier die ausdrückliche Beschränkung der Neuregelung auf die Frühphase behandelt werden (1.). Zudem ist zu erörtern, ob nicht innerhalb einer die Rechtmäßigkeit verbürgenden Beratungs- und Fristenlösung eine stärkere prozedurale Hinwendung zum Schutz des ungeborenen Lebens geboten sein könnte (2.). Ergänzend sind die straf- und ordnungswidrigkeitenrechtlichen Neuregelungen anzumerken (3.).

1. Begrenzung und Bemessung der Frühphase

Der Entwurf beschränkt sich im Wesentlichen darauf, aus der von ihm im Kern geltend gemachten Aufwertung der Rechtsposition der Schwangeren für die Frühphase der Schwangerschaft Konsequenzen zu ziehen. Auch und gerade dann, wenn man diese Aufwertung teilt (dazu II.), erhebt sich aber die – im Entwurf nur knapp behandelte⁸¹ – Frage, ob nicht weitere Phasen der Schwangerschaft und damit insbesondere diejenige bis zum Beginn der extrauterinen Lebensfähigkeit (vermehrt) von strafbewehrten Verboten freigestellt werden müssten bzw. die bisherige Grenze der zwölf Wochen zu überzeugen vermag.⁸² Dies gilt, zumal die Schwangerschaft auch nach der zwölften Woche fundamentale Veränderungen und ausgeprägte Belastungen für die Schwangere mit sich führt.

⁸⁰ Das Problem der symbolisch bleibenden, erodierenden Wirkung greift auch BT/Drs. 20/13775, S. 21 zu Recht auf.

⁸¹ BT/Drs. 20/13775, S. 18 und 22.

⁸² Siehe etwa für eine weitergehende Abkehr vom Strafrecht etwa nach dem Ansatz des djb m.w.N. *Schuchmann medstra* 2024, 10 ff. Auch der Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Wörner*, 2024, S. 321 ff. hält die Entkriminalisierung in der zweiten Phase der Schwangerschaft für möglich, siehe dort begründend Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/*Brosius-Gersdorf*, 2024, S. 165, 203 ff.



Gleichwohl ist dem Entwurf ein rechtswissenschaftlicher Einwand nicht zu machen, wenn er eine Verbotsbefugnis des Gesetzgebers für das zweite und dritte Trimenon im Anschluss an die Kommissionsvorarbeiten akzeptiert und insofern – kontinuierlichwährend – eine Grenze am Ende der Frühphase setzt. Die bisher zur Begründung herangezogene Vorstellung eines sukzessive anwachsenden Lebensrechts des ungeborenen Fetus wird zwar bestritten.⁸³ Die vom Entwurf verfolgte zeitliche Differenzierung ist aber jedenfalls überzeugend mit dem Umstand zu begründen, dass die Schwangerschaft andauernd und ohne staatlichen Zwang fortgeführt wurde [siehe auch schon B. II. 2. a)]. Lässt eine Frau, welche einen Abbruch wählen konnte, die Schwangerschaft auch über die Phase der (Selbst-)Erkenntnis hinaus gewähren und fördert sie so die weitere Annäherung an die eigenständige Lebensfähigkeit oder gar ihren Eintritt, lässt sich eine ausgeprägtere Verantwortlichkeit gegenüber dem ungeborenen Leben bejahen, welche die Zumutbarkeit rechtlicher Pflichten unterfüttert. Hier muss aber – auch angesichts einer möglichen anfänglichen Verdrängung der Schwangerschaft – Raum dafür sein, die Zumutbarkeit einzelfallbezogen – so wie es vorgesehen ist – nach den § 218a Abs. 2 und 3 StGB bzw. § 12 Abs. 3 und 4 SchKG-E zu verneinen.

Schließlich ist gegen die gewählte Frist von zwölf Wochen nichts zu erinnern. Richtig ist zwar, dass diese Frist eine Typisierung ausmacht. Ohne eine solche kommt jedoch keine Regelung und insbesondere auch das geltende Recht nicht aus.⁸⁴ Zudem markiert die Frist in der Sache das Ende einer Phase, in der sich mit der Erkenntnis der Schwangerschaft rechnen lässt und in der auch eine hinreichende Frist zur Entscheidung vorhanden sein dürfte. Der gewählte Zeitpunkt setzt sich überdies – im Sinne der im Detail bestehenden Unsicherheiten – vorsorglich und deutlich vom Zeitpunkt der von der Frau zugelassenen extrauterinen Lebensfähigkeit ab. Steht man nicht auf dem jede Mitverantwortung der Schwangeren ausblendenden Standpunkt, dass Rechtspflichten gegenüber dem ungeborenen Leben für die Schwangere *stets* unzumutbar seien, gibt es auch keine im Entwurf zu beachtende Rechtspflicht, den beratungsgegründeten Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen umfassend zu entkriminalisieren und rechtlich anzuerkennen. Im Übrigen bliebe die Schwangere nach § 14 Abs. 4 SchKG-E und § 218 Abs. 3 StGB-E nach wie vor straffrei.

2. (Un-)Zureichende Beratungslösung

Hält man eine die Rechtmäßigkeit vermittelnde Beratungslösung für zulässig, ist damit noch nicht bestimmt, ob für diese Beratung verfassungsrechtlich zwingende Vorgaben gelten und ob man ggf. unabhängig von diesen Vorgaben eine bestimmte Regelung der Beratung vorziehen sollte.

⁸³ Gegen diese statt vieler etwa *Duttge medstra* 2022, 207 und *Rostalski ZfL* 2024, 95, 99 ff. (dann widersprüchlich mit der These, dass die Tatbestandslosigkeit nach § 218a Abs. 1 StGB auch auf einem infolge der frühen Entwicklungsphase des Ungeborenen geringer gewichtigen Fehlverhalten beruhe).

⁸⁴ Der Umstand, dass das geltende Recht keine Rechtmäßigkeit verbürgt, führt insoweit zu nichts anderem, zumal die Frist noch immer schon heute konstitutiv über das Modell der Schutzpflichtenerfüllung entscheidet: Beratungslösung oder strafbewehrte Verbote.



Die vorgeschlagene fristgebundene Beratungslösung orientiert sich insoweit grundsätzlich am bisherigen, verfassungsgerichtlich abgesicherten Modell. Sie verschiebt aber – im Einklang mit ihrer verfassungsrechtlichen Grundposition – Akzente, indem die Beratung explizit nicht ausschließlich dem Schutz des Lebens, sondern auch „der Gesundheit und dem Selbstbestimmungsrecht der Frau“ dienen soll (§ 5 Abs. 1 S. 3 SchKG-E). Im Rahmen der näheren Bestimmungen wird die grundsätzliche Pflicht zurückgenommen, die Gründe des erwogenen Schwangerschaftsabbruchs zu offenbaren („auf Wunsch“, § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SchKG-E). Die seit längerem in der Kritik stehende Pflicht, im Anschluss an die Beratung drei Tage warten zu müssen, soll entfallen. Insgesamt werden prozedurale Vorgaben merklich auch unter dem Aspekt beurteilt, dass sie „Hindernisse beim Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch“⁸⁵ darstellen.

Es lässt sich erwägen, ob die entworfenen Regelungen einer ggf. verfassungsrechtlich erzwungenen Optimierung bedürfen. Hierfür bestünde auch aus der Perspektive der Rechte schwangerer Personen grundsätzlich Raum.⁸⁶ Denn Schutzinstrumente, die weich-paternalistisch auf eine langfristig autonome Entscheidung der Schwangeren gerichtet sind und/oder absichern sollen, dass der Schwangeren die eigenständige Schutzwürdigkeit des ungeborenen Lebens tatsächlich bewusst ist, sind schwerlich von vornherein als ein den Schwangeren nicht zumutbarer Eingriff in ihre Freiheitsrechte zu bewerten. Auch der Entwurf selbst strebt an, die „notwendigen Rahmenbedingungen“ zu „schaffen, die eine verantwortliche Entscheidung für oder gegen die Fortsetzung der Schwangerschaft ermöglichen“⁸⁷; dies dürfte das Bewusstsein von einem heranwachsenden anderen Leben voraussetzen. Enthält sich der Staat einer das Ergebnis vorgebenden Druckausübung und setzt er auf reine Informationsvermittlung, lässt sich eine zusätzlich zu regelnde Ansprache der Schwangeren hinsichtlich des verfassungsrechtlich wertvollen menschlichen Lebens ernsthaft als geeignet erwägen. Zumal es nicht selbstverständlich ist, dass in jedem Einzelfall eine hinreichende Reflexion eintritt, könnte es auch erforderlich und angemessen sein, eine Informationspflicht explizit vorzusehen. Damit die Information und die Beratung im Ganzen eine realistische Chance haben, ihre Wirkung entfalten zu können, könnte ferner eine ggf. gekürzte Wartepflicht im Anschluss an die Beratung als vorzugswürdig oder gar geboten erachtet werden.⁸⁸

Eine Pflicht zu einer solchen stärkeren prozeduralen Abstützung könnte man wieder aus der bisherigen Rechtsprechung des BVerfG ableiten wollen, die auch zur Beratung Vorgaben gemacht hat, welche sich etwa in § 219 Abs. 1 StGB wiederfinden.⁸⁹ Eine Beratung, die nicht mehr allein dem ungebore-

⁸⁵ BT/Drs. 20/13775, S. 17.

⁸⁶ Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin/Brosius-Gersdorf, 2024, S. 165, 205 ff. und Empfehlung 9.5 – Beratungspflicht und Wartepflicht möglich. Siehe auch BVerfGE 88, 203, 267: Appell an ihre Verantwortung sei mit der Achtung vor der Frau und Mutter zu vereinbaren, 283 f.

⁸⁷ Siehe jeweils BT/Drs. 20/13775, S. 18.

⁸⁸ Siehe auch BVerfGE 88, 203, 286: Abbruch darf der Beratung nicht auf dem Fuße folgen.

⁸⁹ Siehe etwa zur Pflicht, in Konfliktlagen die Frau zu unterstützen, um sie für das Austragen des Kindes zu gewinnen, BVerfGE 88, 203, 257, 259 („Umständen nachzugehen, die die Lage der schwangeren Frau und der Mutter zu erschweren



renen Leben dient und die nicht mehr zwingend an den für die Schwangere entscheidenden Abbruchgründen ansetzen kann, mag in diesem Licht als übermäßige Schwächung des Lebensschutzes Kritik erfahren.

Allerdings wird man keine gesetzgeberische *Pflicht* zu einer wie beschrieben zugespitzten Ausgestaltung der Beratung zugrunde legen dürfen:

Zunächst kann sich eine novellierte Beratung von der bisherigen Ausgestaltung durch das BVerfG unterscheiden, weil der Entwurf deren Prämisse einer weiten Austragungspflicht gerade nicht mehr teilt. Ferner streitet gegen eine verfassungsrechtliche Pflicht zu weitergehenden Vorgaben insbesondere der Umstand, dass sich eine auf den Lebensschutz vorrangig ausgerichtete Beratung schwerlich durchhalten lässt; dies zeigt schon die bestenfalls kompromisshafte aktuelle Regelung der Beratung, die in ihrer Umsetzung bereits heute übertriebene Erwartungen zugunsten der Bewahrung des ungeborenen Lebens nicht erfüllen kann.⁹⁰ So muss die Beratung stets ergebnisoffen sein (§ 5 Abs. 1 S. 1 SchKG) – sie darf gerade nicht in der Sache zu einer Indoktrination etwa hinsichtlich einer bestimmten Sicht auf das ungeborene Leben mutieren (§ 5 Abs. 1 S. 3 SchKG). Ebenso erkennt § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SchKG schon heute *keine* durchsetzbare Pflicht zur Preisgabe der Gründe für den Schwangerschaftsabbruch an;⁹¹ im Kern läuft die Beratung auf eine freie Entscheidung der Frau hinaus (§ 219 Abs. 1 S. 2 StGB am Ende).

Es kommt hinzu, dass das Parlament schwerlich noch immer verpflichtet werden kann, mit einer Regelung zum Ausdruck zu bringen, man traue insbesondere Frauen nicht von selbst das Bewusstsein zu, dass der Schwangerschaftsabbruch das Schicksal einer auch eigenständig zu durchdenkenden anderen Existenz betrifft. Vielmehr ist davon auszugehen, dass der mit den Händen zu greifende Konflikt der Frau längst vor Augen steht. Lediglich bei Minderjährigkeit, Erkrankungen oder anderweitig begründeten Verständnisdefiziten können weitergehende Informationen erforderlich und angemessen sein. Eben diese ermöglicht und gebietet aber schon der unverändert bleibende § 5 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SchKG: Er verlangt den – nach dem SchKG spezifisch zuzulassenden – Beratungsstellen ab, jede nach Sachlage des Einzelfalles erforderliche Information in die konkrete Beratung einzubeziehen.

geeignet sind“), 264 und 267 („Appell an ihre Verantwortung“), 270 ff. und 282 ff. § 219 Abs. 1 StGB hält in diesem Sinne fest, dass die Beratung dem Schutz des ungeborenen Lebens und damit der Ermutigung dienen muss, die Schwangerschaft fortzusetzen.

⁹⁰ Duttge medstra 2022, 207, 209 f. und zu den Normen selbst NK-StGB/Merkel, 6. Aufl., 2023, § 219 Rn. 4 ff.: unaufrichtige Regelung, die einen moralischen Appell bezweckt. Durchaus realistisch zu den Ergebnissen einer Beratung auch BVerfGE 88, 203, 267 f.

⁹¹ So lautet das Ende der Norm: „der Beratungscharakter schließt aus, daß die Gesprächs- und Mitwirkungsbereitschaft der schwangeren Frau erzwungen wird“. Zur mangelnden Bewertungspflicht auch BVerfGE 88, 203, 267 und 282 sowie BVerfGE 98, 265, 323 f.



Auch im Übrigen eröffnet die Neufassung Potentiale, die auch dem Lebensschutz zugutekommen können:⁹² So sorgt sich der Gesetzentwurf darum, dass gerade *alle* Schwangeren⁹³ von der Beratung ernsthaft und ggf. angemessen niedrigschwellig⁹⁴ erreicht werden können. Er fordert im Sinne eines auch den Gedanken der Diversität bedenkenden Rechts,⁹⁵ Ausdifferenzierungen für marginalisierte und vulnerable Gruppen vorzuhalten.⁹⁶

Soweit der Entwurf schließlich die Wartepflicht insbesondere unter Verweis auf eine nicht unplausible Verschärfung der Fristproblematik verwirft,⁹⁷ ist dies rechtswissenschaftlich angesichts der Einschätzungsprärogativen des Parlaments nicht zu kritisieren, zumal vor dem Hintergrund der bei mehreren Einrichtungen⁹⁸ zu koordinierenden Termine. Etwaige Vergleiche mit anderen medizinischen Eingriffen hinken, unter anderem weil bei einer Eilbedürftigkeit auch dort andere Maßstäbe gelten. Differenziertere Regelungen etwa für Fälle bestehender Verständnis- und insofern Verarbeitungsschwierigkeiten ließen sich zwar erwägen. Diese dürfte dann aber auch die Frist von zwölf Wochen in Frage stellen und eine abgestufte Fristverlängerung erfordern, solange die Versorgung in Deutschland in einer nennenswerten Zahl an Regionen prekär ist oder auch nur ernsthaft in Frage steht.

Im Ergebnis bleibt es im Rahmen des – nicht rechtswissenschaftlich vorzuzeichnenden – politischen Ermessens durchaus möglich, dass Abgeordnete etwa infolge einer allgemeinen Affinität zur staatlichen Vorsorge und Erziehung weiter nach einer engmaschigeren Regelung suchen möchten. Insbesondere ist es eine politische Frage, ob man schwangere Personen und damit insbesondere Frauen nur auf der Basis einer Wartepflicht einen verantwortungsvollen Umgang mit dem Thema zutraut. Rechtlich zwingend sind strengere Vorgaben aber nicht.

3. Details der neu gefassten oder erlassenen Sanktionsvorschriften

Die neuen bzw. novellierten Strafnormen und Bußgeldtatbestände setzen das Vorhaben grundsätzlich folgerichtig und systematisch einsichtig um. Allein der Rekurs auf den Willen der Schwangeren in § 218 StGB-E verschiebt infolge des mitzudenkenden Zusammenhangs mit § 14 SchKG-E auch nicht das Rechtsgut in entwürdigender Art und Weise. Allerdings ist anzumerken:

a) Das neue Gefahrerfolgsdelikt in § 218 Abs. 3 StGB-E dient dem Schutz des ungeborenen Lebens und erweitert ggf. über den Versuch (§ 218 Abs. 2 StGB-E) hinaus die Strafbarkeit hinsichtlich gefährlicher Handlungen zulasten des Fetus. Die Regelung schließt dadurch einen Teil der oftmals beklagten Schutzlücke hinsichtlich der Eingriffe durch Dritte. Eine abschließende Lösung dieses weiteren Prob-

⁹² Siehe auch die erstrebte Novellierung des § 2a Abs. 2 S. 1 SchKG-E (BT/Drs. 20/13775, S. 9).

⁹³ BT/Drs. 20/13775, S. 21.

⁹⁴ BT/Drs. 20/13775, S. 20 f.

⁹⁵ Zu den dafür streitenden Gründen etwa *Grünberger et al.*, *Diversität in Rechtswissenschaft und Rechtspraxis*, 2021; strafrechtlich *Payandeh* DRiZ 2017, 322 und zum Strafbefehl *Gaede* StV 2023, 773.

⁹⁶ BT/Drs. 20/13775, S. 20 f.

⁹⁷ BT/Drs. 20/13775, S. 26.

⁹⁸ Zu der auch im Entwurf fortgeführten Personentrennung § 6 Abs. 1 S. 2 SchKG-E.



lemkreises strebt die Norm aber ersichtlich nicht an. Überdies steht die Norm mit ihrer Formulierung etwas schillernd zwischen einer Regelung, die für Versuchshandlungen des § 218 Abs. 2 StGB bei einem eintretenden Gefahrerfolg zu einer Strafschärfung führt und einem neuen erfolgsqualifizierten Delikt, welches für Aggressionen gegenüber der Schwangeren, dem Embryo oder dem Fetus auch ohne einen Schwangerschaftsabbruchsvorsatz ein Gefahrerfolgsdelikt formuliert. Naheliegend dürfte es sein, die Norm im Sachzusammenhang einschränkend im ersteren Sinne zu lesen. Zudem und vor allem ist ein Verbrechenstatbestand hinsichtlich (Lebens-)Gefährdungen systematisch nicht überzeugend, wenn das Verletzungsdelikt des § 218 Abs. 1 StGB-E kein Verbrechen sein soll. Hier ist eine Streichung des § 218 Abs. 3 StGB-E zu empfehlen, zumal auch im Rahmen der Versuchsstrafbarkeit die konkret eingetretenen Gefahrerfolge im Wege der Strafzumessung bedacht werden können.

b) Mit der neu geschaffenen Strafnorm des § 14 SchKG-E verdeutlicht der Entwurf, dass auch er die Grenzen der Beratungs- und Indikationslösung grundsätzlich mit strafrechtlichem Ernst setzt. Die auf der Ebene der Regelbeispiele des besonders schweren Falles propagierte Einbeziehung der Leichtfertigkeit hält sich hierbei angesichts des immer noch mittleren Strafrahmens und des in Bezug genommenen Todes bzw. der schwerwiegenden Gesundheitsschädigung im Rahmen der eher weiten gesetzgeberischen Prärogativen (siehe auch schon § 218 Abs. 2 S. 2 Nr. 1 StGB). Soweit der Entwurf mit den neuen Bußgeldtatbeständen des § 14a SchKG-E einige Pflichtanforderungen des Verfahrens, die zuvor in den flankierenden Strafnormen der §§ 218b ff. StGB aufgenommen worden waren, in Ordnungswidrigkeitentatbestände überführt, erscheint dies angesichts des befürworteten grundsätzlichen Wandels zu einer rechtmäßigen Gesundheitsleistung stimmig. Etwas bedauerlich, wenngleich über den Sachzusammenhang erklärlich, ist indes, dass § 14a SchKG-E mit der Konvention bricht, fachgesetzliche Bußgeldvorschriften am Ende des jeweiligen Gesetzes zusammenzuführen (siehe § 35 SchKG).

V. (Un-)Mögliche Regelung in dieser Legislaturperiode

Die Debatte über den Gesetzentwurf wird auch von der Frage bestimmt, inwiefern eine Regelung zum Ende der Legislaturperiode angemessen ist. Insoweit ist eine rechtswissenschaftliche Stellungnahme indes nur eingeschränkt geboten:

Zunächst sind jenseits des unmittelbar geregelten und im Nachgang zu dieser Anhörung zu beachtenden Gesetzgebungsverfahrens keine etwa aus einer „ständigen Übung“ ableitbaren verfassungsrechtlichen Vorgaben zur Erörterung und Abwägung bestimmter Themen durch das Parlament ersichtlich, die hier einschlägig wären. Vielmehr akzeptiert die Parlamentspraxis selbst für die Kriminalisierung eines grundrechtlich geschützten Verhaltens das Vorgehen, erst spät von Parlamentsausschüssen vorgeschlagene Fassungen der Gesetzgebung auch ohne weitere Anhörungen zugrunde zu



legen. Es ist insoweit die Sache der in das Parlament gewählten Personen, ihren ggf. verbleibenden Vorbereitungs- und Abstimmungsbedarf einzuschätzen.

Jenseits verbindlicher Vorbereitungs- und Zeitvorgaben ist aus der rechtswissenschaftlichen Perspektive allerdings durchaus anzumerken, dass insbesondere Strafrecht auf einer rationalen und gründlichen Vorbereitung und Ausarbeitung der gesetzlichen Regelungen beruhen sollte, welche die Ernsthaftigkeit des Themas widerspiegelt. Ggf. schnell korrekturbedürftigen Ad-hoc-Veränderungen ist mit Skepsis zu begegnen.⁹⁹ Indes lässt sich hier nicht von einem solchen Negativfall sprechen, weil die fachliche Debatte gerade in dieser Legislaturperiode im staatlichen¹⁰⁰ und im nichtstaatlichen wissenschaftlichen Kontext breit und ernsthaft geführt wurde. Eine systematische Auswertung medizinstrafrechtlicher Literatur ergab allein für die Jahre von 2021-2023 insgesamt 67 Fachbeiträge in Fachzeitschriften und Sammelbänden zum Themenkomplex Schwangerschaftsabbruch.¹⁰¹ Insoweit sind mit Fug gerade auch die Positionen zur Sprache gekommen, welche den *Status quo* bisweilen scharf verteidigen.¹⁰² Der vorgelegte Entwurf, den eine sehr breite Zahl an Unterstützenden mitträgt, darf sich als Ergebnis dieser Vorarbeiten und Debatten verstehen, die empirische Erkenntnisse und rechtsvergleichende Erwägungen einbezogen haben. Das Parlament verzichtet im Übrigen gerade nicht auf die Anhörung unter Einbeziehung sachverständiger Personen. Es ist ferner bei dem heute betroffenen Thema im Angesicht der vielfältigen theologischen und moralischen Haltungen unrealistisch, eine hinreichende Vorbereitung in den Grundfragen erst dann als geleistet anzusehen, wenn ein allgemeiner Konsens über die Legalisierung erzielt werden konnte.

Erwägen kann man gleichwohl, ob die Umsetzung im Einzelnen zum Beispiel hinsichtlich der Pflichtberatung Fragen aufwirft, welche sich in der vorhandenen Zeitspanne nicht mehr befriedigend bewältigen lassen. Insoweit sollte aber entscheidend sein, ob Abgeordnete tatsächlich konkrete Änderungsvorschläge verfolgen, die sich in den zur Verfügung stehenden Gremien nicht mehr abstimmen lassen. Eine von offenen konkreten Sachfragen unabhängige rechtswissenschaftliche Empfehlung, mit einer Neuregelung zuzuwarten, lässt sich nicht geben, weil bereits das aktuell geltende und meines Erachtens nicht überzeugend legitimierte Strafgesetz in die Grundrechte schwangerer Menschen eingreift.¹⁰³ Auch das aktuell gewählte Parlament trägt für diese Eingriffe eine Mitverantwortung.

⁹⁹ Siehe etwa zur Ad-hoc-Regelung der Impfpassfälschung zum eiligen ersten Schritt kritisch *Gaede/J. Krüger* NJW 2021, 2159 und sodann zur notwendigen gründlicheren Korrektur *Gaede/J. Krüger* medstra 2022, 13.

¹⁰⁰ Zu nennen ist insbesondere die Tätigkeit der Kommission der Bundesregierung zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, die mit einem umfassenden Bericht abgeschlossen wurde und seit April 2024 ausgewertet werden kann. Siehe den Bericht unter www.bmfsfj.de/Kom-rSF, 2024.

¹⁰¹ Eingehend *J. Krüger/Weinberger* medstra 2024, 282, 285 f.

¹⁰² Zur Kritik etwa *Duttge* medstra 2022, 207; *ders.* medstra 2024, 4; *Rostalski* medstra 2024, 2; *dies.* ZfL 2024, 95; *Frommel* medstra 2024, 19.

¹⁰³ Siehe auch BT/Drs. 20/13775, S. 6: infolge des Verstoßes gegen Grundrechte der Schwangeren und internationale Verpflichtungen Deutschlands sei die Beibehaltung des *Status quo* keine Alternative.

Prof. Dr. Dr. h.c. Michael Kubiciel
Direktor des Instituts für die gesamte Strafrechtswissenschaft
Lehrstuhl für Deutsches, Europäisches und Internationales
Straf- und Strafprozessrecht, Medizin- und Wirtschaftsstrafrecht

Schriftliche Fassung der Stellungnahme
in der Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages am 10.2.2025

zum

Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs der Abgeordneten Wegge, Schauws et al. (BT-Drs. 20/13775)

sowie zum

Antrag „Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern“ der Abgeordneten Wegge, Schauws et al. (BT-Drs. 20/13776)

A. Zusammenfassung

1. Der Gesetzentwurf **widerspricht mehreren Leitsätzen der Entscheidung der letzten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG 88, 203) und ist mit zentralen Maßstäben beider einschlägigen Entscheidungen des Ersten und Zweiten Senats des BVerfG – kurz: der verfassungsdogmatischen Gesamtstatik des vorgeburtlichen Grundrechtsschutzes – unvereinbar.**

2. Der Gesetzentwurf ist rechtspolitisch verfehlt.

a) Er ist kein Beitrag zur Lösung tatsächlicher Probleme. Insbesondere ist nicht ersichtlich, wie dieses Gesetz die Bereitschaft von Ärzten erhöhen soll, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.

- Der Entwurf verändert die Rechtslage für Ärzte nicht, da diese schon jetzt unter dem Schutz der Rechtsordnung beratene und indizierte Abbrüche vornehmen können.

- Der Entwurf wirkt in Bezug auf Ärzte sogar dysfunktional. Ärzte sollen die alleinige strafrechtliche Verantwortung dafür tragen, dass Schwangere die für sie geltenden Verpflichtungen erfüllen. Die damit einhergehenden Haftungsrisiken sind erheblich und führen zu einer Verschlechterung der Rechtsposition von Ärzten, was der Entscheidung, Abbrüche anzubieten, entgegenwirken könnte.
- Ungeachtet dessen bedarf es keiner Änderungen der Rechtslage, um ggfs. bestehende regionale Versorgungslücken zu schließen, da die Bundesländer nach § 13 Abs. 2 SchKG dazu verpflichtet sind, „ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen und den ungehinderten Zugang zu diesen“ sicherzustellen.

b) Die **Rechtspositionen Schwangerer werden vornehmlich symbolisch gestärkt**, wobei der Entwurf auch diesbezüglich **gefährliche Dysfunktionalitäten** begründen kann:

- Dabei läuft die vom Entwurf ausgehende Botschaft dem verfassungsrechtlich erforderlichen Schutz des ungeborenen Lebens in vielfältiger Weise zuwider, etwa indem § 218 StGB-E nicht mehr das Leben selbst schützen soll, sondern das Verfügungsrecht der Schwangeren über das ungeborene Leben, was mit dem verfassungsrechtlichen Würdeanspruch des Ungeborenen nicht vereinbar ist.
- Mit § 14 SchKG-E führt die Fassung auch zu einem gesundheits- und frauenpolitischen Fehlanreiz, da Schwangeren ein sanktionsfreier Weg zu gefährlichen Abbrüchen von Laien außerhalb des regulatorischen Rahmens eröffnet wird. Dieser Weg könnte eingeschlagen werden, wenn Ärzte das ihnen vom Entwurf allein übertragene strafrechtliche Risiko bei einem Abbruch deshalb scheuen, bei dem sie Zweifel haben, dass die Schwangere die ihr obliegenden prozeduralen Vorgaben tatsächlich erfüllt hat.
- Das geltende Recht ermöglicht eine vollständige Kostenübernahme für Bedürftige im Rahmen eines unaufwändigen Verfahrens ohne Vorleistungspflicht. Allen anderen gewährt die gesetzliche Krankenversicherung eine eingeschränkte Kostenübernahme. Insgesamt gibt es daher keine finanziellen Hürden für die Durchführung eines

Abbruches – erst recht keine Hürden von einer Größe, die den Bruch mit zentralen verfassungsrechtlichen Prämissen erforderlich macht.

- Die Abschaffung der 3-Tages-Frist widerspricht dem Zweck der Beratung und ist zur Ermöglichung eines rechtzeitigen Abbruchs nicht erforderlich.

3. Der Gesetzentwurf ist an vielen Stellen **handwerklich fehlerhaft** (siehe etwa das Verhältnis von § 218 Abs. 1 und 3 StGB-E). Die Begründung **schildert die Rechtslage falsch und oft einseitig**, etwa indem entgegen dem klaren Wortlaut des § 218a Abs. 1 StGB eine (tatsächlich nicht existierende) Kriminalisierung von Frauen und Ärzten insinuiert wird. Der Gesetzentwurf unterstellt dem Zweiten Senat des BVerfG eine als anstößig empfundene Aussage, die dieser nicht getroffen hat, und attestiert dem BVerfG insgesamt eine verfassungswidrige Rechtsprechung, die „schwängere Personen in ihrem Recht auf freie Entfaltung ihrer Persönlichkeit verletzt (sic!)“.

B. Im Einzelnen

I. Verfassungsrechtliche Bewertung

Der wesentliche Inhalt des Entwurfes steht in direktem Widerspruch zu nicht weniger als sieben Leitsätzen der Entscheidung des Leitentscheidung des Bundesverfassungsgerichts BVerfGE 88, 203 und ist darüber hinaus mit zentralen Maßstäben beider einschlägigen Entscheidungen des Ersten und Zweiten Senats des BVerfG unvereinbar.

1. Direkter Widerspruch zu Leitsätzen der Leitentscheidung

Das Grundgesetz verpflichtet den Staat, das ungeborene menschliche Leben zu schützen. Diese Schutzpflicht hat ihren Grund in Art. 1 Abs. 1 GG; ihr Gegenstand und Maß werden durch Art. 2 Abs. 2 GG näher bestimmt.¹ Menschenwürde kommt schon dem ungeborenen menschlichen Leben zu. Die Rechtsordnung muss die rechtlichen Voraussetzungen seiner Entfaltung im Sinne eines eigenen

¹ BVerfGE 88, 203 Leitsätze 2 und 3.

Lebensrechts des Ungeborenen gewährleisten. Rechtlicher Schutz gebührt dem Ungeborenen auch gegenüber seiner Mutter. Ein solcher Schutz ist nur möglich, wenn der Gesetzgeber auch den auf Verlangen der Schwangeren durchgeführten Abbruch grundsätzlich als Unrecht ansieht² und das Lebensrecht des Ungeborenen nicht für eine begrenzte Zeit der freien, rechtlich nicht gebundenen Entscheidung eines Dritten überantwortet.³ Die vom BVerfG betonten und berücksichtigten Grundrechte der Schwangeren – ausgehend vom Anspruch der schwangeren Frau auf Schutz und Achtung ihrer Menschenwürde (Art. 1 Abs. 1 GG) vor allem ihr Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 GG) sowie ihr Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 GG) – tragen nicht so weit, dass der Grundrechtsschutz des Ungeborenen auch nur für eine bestimmte Zeit generell aufgehoben wäre.⁴ Die Grundrechtspositionen der Frau führen allerdings dazu, dass es in Ausnahmefällen zulässig, in manchen dieser Fälle womöglich geboten ist, den Schutz des Ungeborenen gegenüber der Schwangeren zurückzunehmen. Dabei ist es zwar Sache des Gesetzgebers, solche Ausnahmetatbestände im Einzelnen nach dem Kriterium der Unzumutbarkeit zu bestimmen.⁵

Jedoch dürfen Schwangerschaftsabbrüche, die ohne Feststellung einer Indikation durchgeführt werden, nicht für gerechtfertigt (nicht rechtswidrig) erklärt werden. Es entspricht unverzichtbaren rechtsstaatlichen Grundsätzen, dass einem Ausnahmetatbestand rechtfertigende Wirkung nur dann zukommen kann, wenn das Vorliegen seiner Voraussetzungen unter staatlicher Verantwortung festgestellt werden muss.⁶ Daher lässt es das Grundgesetz nicht zu, für die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs, dessen Rechtmäßigkeit nicht festgestellt wird, einen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren.⁷ Und schließlich erfordert das Beratungskonzept Rahmenbedingungen, die positive Voraussetzungen für ein Handeln der Frau zugunsten des ungeborenen Lebens schaffen.⁸

² BVerfGE 88, 203 Leitsätze 2 und 3.

³ BVerfGE 88, 203 Leitsatz 4.

⁴ BVerfGE 88, 203 Leitsatz 7.

⁵ BVerfGE 88, 203 Leitsatz 7.

⁶ BVerfGE 88, 203 Leitsatz 15.

⁷ BVerfGE 88, 203 Leitsatz 16.

⁸ BVerfGE 88, 203 Leitsatz 12.

Zentrale Inhalte des Gesetzentwurfes sind mit den Leitsätzen und den tragenden Maßstäben der einschlägigen verfassungsgerichtlichen Entscheidungen unvereinbar. Es kann keine Rede davon sein, dass „das bestehende Schutzkonzept zugunsten des ungeborenen Lebens weiterentwickelt“ und „mit dem Verfassungsrecht in Einklang gebracht werde“ (so aber Entwurf S. 1).

2. Unvereinbarkeit mit der verfassungsdogmatischen Gesamtstatik des vorgeburtlichen Lebensschutzes

Tatsächlich stellt der Entwurf eine kaum kaschierte Abkehr von zentralen Grundsätzen des geltenden Rechts und seiner verfassungsrechtlichen Grundlagen dar.

a) Widerspruch zu Leitsätzen

Zum einen spricht der Entwurf dem ungeborenen Leben ein vom Willen der Schwangeren selbstständiges, staatlich geschütztes Lebensrecht ab. Dies zeigt sich *erstens* an der Neugestaltung des § 218 StGB-E, der anders als bisher nicht mehr das Ungeborene schützt, sondern eine Art Verfügungsrecht der Schwangeren über die Schwangerschaft (näher unten II.), *zweitens* am vollständigen Verzicht auf Sanktionsandrohungen, so dass nur noch der Arzt/die Ärztin die Verantwortung für die Einhaltung der der Frau obliegenden prozedural-lebensschützenden Regeln obliegt. *Drittens* und vor allem wird der vom BVerfG geforderte Schutz der eigenständigen Grundrechtspositionen des Ungeborenen dadurch unterlaufen, dass der nur-beratene, aber nicht indizierte Abbruch explizit als „rechtmäßig“ bezeichnet wird – mit Wirkungen weit über das Strafrecht hinaus.

Dies ist vor allem mit den Maßstäben und der inneren Logik der Entscheidung – d.h. mit der grundrechtsdogmatischen und verfassungsrechtlichen Gesamtstatik des vorgeburtlichen Lebensschutzes – unvereinbar. Damit es eigenständige, staatlich geschützte Grundrechtspositionen des Ungeborenen geben kann, darf der Staat den Abbruch nicht per se rechtfertigen, sondern nur dann, wenn konfligierende Grundrechtspositionen der Schwangeren im Einzelfall überwiegen. Dies ist der Kern des vom

BVerfG grundrechtsdogmatisch hergeleiteten, einfachrechtlich schon vom Reichsgericht⁹ verwendeten, notstandsähnlichen Legitimationsmodells.

b) Grundlegender Widerspruch zu verfassungsrechtlicher Gesamtstatik des vorgeburtlichen Lebensschutzes

Auch der Gesetzentwurf bezieht sich auf dieses Legitimationsmodell, indem er explizit von der „Unzumutbarkeit der Fortsetzung der Schwangerschaft“ ausgeht, die einen Abbruch rechtfertigt (Entwurf S. 18). Im Widerspruch zu dieser Grundentscheidung geht der Entwurf jedoch davon aus, dass das Recht die Fortführung der Schwangerschaft *generell* als unzumutbar erachten soll, wenn die Schwangere in den ersten zwölf Wochen p.c. den Abbruch verlangt. Der Entwurf stellt folglich seit Langem anerkannte Fälle der Unzumutbarkeit (z.B. drohende Gefahr für Leben der Frau oder kriminologische Indikation) dem Verlangen nach Abbruch vollständig gleich („auch rechtmäßig“). Damit wird das auf der Unzumutbarkeit basierende Legitimationsmodell aufgegeben und – rechtskommunikativ-symbolisch problematisch – existenzielle Notlagen wie der drohende Tod der Schwangeren drastisch relativiert, indem der Gesetzentwurf diese rechtlich dem Abbruchverlangen gleichstellt.

Der Zweite Senat hat diese Gleichstellung – in Übereinstimmung mit dem Richter *Böckenförde* (der ein Sondervotum verfasst hat) – für verfassungswidrig erachtet. Dies nicht nur mit Blick auf Grundrechtsposition des Ungeborenen, sondern auch unter Berufung auf „unverzichtbaren rechtsstaatlichen Grundsätzen“, wonach „einem Ausnahmetatbestand rechtfertigende Wirkung nur dann zukommen kann, wenn das Vorliegen seiner Voraussetzungen *festgestellt* werden muss, sei es durch die Gerichte, sei es durch Dritte, denen der Staat kraft ihrer besonderen Pflichtenstellung vertrauen darf und deren Entscheidung nicht jeder staatlichen Überprüfung entzogen ist.“¹⁰ Wenn der Gesetzgeber darauf verzichtet, dass eine Schwangere gegenüber einem Arzt ihre persönliche, familiäre oder soziale Konfliktsituation schildert, „muss der Gesetzgeber insoweit darauf verzichten, den Abbruch der Schwangerschaft für gerechtfertigt zu erklären.“¹¹ Der Gesetzgeber hat dem mit der klugen

⁹ RGSt 61, 242 ff.

¹⁰ BVerfGE 88, 203, 274.

¹¹ BVerfGE 88, 203, 274.

Formulierung des § 218a Abs. 1 StGB Rechnung getragen, die den beratenen Abbruch nicht rechtfertigt, ihn aber auch nicht explizit als rechtswidrig bezeichnet. Damit hat der Gesetzgeber die Strafdrohung zurückgenommen und eine legalistisch-strafrechtliche Stigmatisierung vermieden, aber zugleich den Postulaten des Zweiten Senats Rechnung getragen.

Der geltende § 218a Abs. 1 StGB und die diesbezüglichen Urteilstpassagen des BVerfG sind also nicht „widersprüchlich“, wie es der Entwurf und verschiedene Stimmen in der Literatur behaupten, sondern in sich wohldurchdacht und grundrechts- wie strafrechtsdogmatisch stringent. Die neutrale Formulierung des § 218a Abs. 1 StGB führt nicht zu einer Stigmatisierung, erlaubt aber eine differenzierte rechtliche Bewertung in unterschiedlichen Rechtsmaterien und ist – vor allem – die verfassungsrechtlich notwendige Kehrseite dafür, dass Schwangere und Ärzte nicht in jene prekäre Situation gebracht werden, die das bis 1993 geltende Recht schuf: Danach musste die Schwangere dem Arzt Auskunft über die persönlichen, familiären oder sozialen Gründe ihrer individuellen Notlage geben, was für die Schwangere belastend sein konnte und daher vom geltenden Recht vermieden wird. Der Arzt hingegen sah sich dem Dilemma ausgesetzt, entweder den Angaben der Frau zu vertrauen oder kaum mögliche Nachforschungen anzustellen. Beides führte zu einer deutschlandweit unterschiedlichen Rechtsanwendung und kaum kalkulierbaren Strafbarkeitsrisiken, wie sie in den sog. „Memminger Abtreibungsprozessen“ drastisch sichtbar geworden sind. Wenn der Gesetzgeber aus diesen Gründen auf eine Überprüfung des Vorliegens einer individuellen Notlage verzichtet, kann er die Fortführung der Schwangerschaft nicht zugleich auf Grundlage einer generell unterstellten Konfliktlage für unzumutbar erachten und den Abbruch für rechtmäßig erklären. So betrachtet ist das Straf- und Verfassungsrecht nicht widersprüchlich, sondern systematisch stimmig und eröffnet den Weg zu der für Schwangere und Ärzte praxistauglichen und grundrechtsschonenden Beratungslösung.

c) Verstoß gegen das Untermaßverbot

Ausgangspunkt sämtlicher Überlegungen ist die ständige Rspr. des BVerfG, der zufolge den Staat eine Schutzpflicht trifft, „sich schützend und fördernd vor dieses (= das ungeborene, MK) Leben zu

stellen.¹² Teil dieses Schutzkonzepts kann auch die Verpflichtung sein, zur Sicherung des sich entwickelnden Lebens das Mittel des Strafrechts einzusetzen, wie das BVerfG schreibt.¹³ Dabei lässt es das Untermaßverbot nicht zu, auf das Strafrecht „frei“ zu verzichten: Der Gesetzgeber muss vielmehr hinreichend wirksame alternative Schutzkonzepte vorsehen.¹⁴ Für die Beurteilung der Frage, ob der Gesetzgeber seinem verfassungsrechtlichen Schutzauftrag gerecht wird, ist eine Gesamtbetrachtung ausschlaggebend. Die Gesamtheit der Regelungen muss „insgesamt“ einen hinreichenden Schutz des ungeborenen Lebens entfalten.¹⁵ Betrachtet man die Regelung des Entwurfes insgesamt muss ein Verstoß gegen das Untermaßverbot konstatiert werden.

- Dies liegt vor allem an der bereits genannten Relativierung des Schutzes des vorgeburtlichen Lebens durch die symbolisch-rechtskommunikativ wirkmächtige Nivellierung der Unterschiede von Notlagenindikation einerseits und nur-beratenem Abbruch andererseits.
- Hinzutritt die ebenfalls symbolisch-rechtskommunikativ bedeutsame Herauslösung der Regelungen über den ärztlichen Schwangerschaftsabbruch aus dem Kontext der Delikte gegen das Leben im StGB und ihre Überführung in ein Nebenrecht: Diese Verschiebung ist aus rechtssystematischen bzw. legalistischen Gründen nicht erforderlich, sondern ist vor allem symbolisch gemeint: als Herabstufung ihrer Bedeutung und als sichtbare Trennung von Lebensschutz.
- Verbunden ist dies mit dem Umstand, dass der umgestaltete § 218 StGB-E nicht mehr das vorgeburtliche Leben schützt, sondern das Verfügungsrecht der Schwangeren über dieses, und das Schwangere generell von der Verantwortung für die Einhaltung der sie betreffenden Regelungen befreit und diese straf- und sanktionsrechtliche Verantwortlichkeit bei den Ärzten konzentriert wird.
- Schließlich führt die beabsichtigte Streichung der 3-Tages-Wartefrist zu einer – den Lebensschutz schwächenden – Entwertung des Beratungsmodells. Hinzukommt, dass die Beratung nach dem Willen der Gesetzesverfasser nicht mehr – wie bisher – dem Schutz des Lebens dienen soll, sondern auch dem Selbstbestimmungsrecht. Wie eine solche – gleichsam teleologisch

¹² Ständige Rspr. seit BVerfGE 39, 1 Leitsatz 2; siehe ferner BVerfGE 88, 203, Leitsatz 1; 98, 265, 301 ff.

¹³ BVerfGE 39, 1 Leitsatz 4.

¹⁴ BVerfGE 88, 203, Leitsätze 3, 8, 11.

¹⁵ Vgl. nur BVerfGE 88, 203, 262 f. Siehe dazu u.a. *Eser JZ* 1994, 503 ff.

ziellose – Beratung, dem Lebensschutz dienen soll und kann, ist offen. Die Gesetzesverfasser haben sich mit den Voraussetzungen und Implikationen einer gelingenden Beratung offenkundig kaum befasst.

- Nicht vergessen werden darf, dass die Regierungsfractionen in der noch laufenden Legislaturperiode das Werbeverbot des § 219a StGB abgeschafft und stattdessen einen kleinen Teil des Normgehalts in das – teleologisch und systematisch unpassende – Heilmittelwerbegesetz überführt haben.¹⁶ Schon dieser Schritt hat zu einer symbolischen Entwertung des Lebensschutzes geführt und die Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs der vom Untermaßverbot markierten Grenzlinie nähergebracht, die nun überschritten wird.

d) Fazit

Der Gesetzentwurf ist verfassungswidrig, weil er (a) dem Ungeborenen die eigenständige Grundrechtsposition und den daraus resultierenden Schutzanspruch vollständig entzieht und zwar (b) auf Grundlage eines verfassungsrechtlich und einfachgesetzlich verankerten Unzumutbarkeits- bzw. notstandsähnlichen Rechtfertigungsmodells, dessen zentrale Voraussetzungen nicht mehr neutral geprüft werden. Damit verfehlt der Gesetzentwurf den Anspruch eines Rechtsstaates, den einzelnen Menschen mit seinen subjektiven Rechten zu schützen und diese nicht dem unregulierten Zugriff (konfliktbeteiligter) Dritten zu unterwerfen.¹⁷ Zudem (c) unterschreitet der Gesetzentwurf insgesamt das verfassungsrechtlich gebotene Untermaß.

3. Abgestufte pränatale Grundrechtsberechtigung?

Die Entwurfsverfasser rechtfertigen ihre weitreichenden Eingriffe in das einfache Recht und die Verfassungsrechtslage mit der Behauptung, der Entwurf gehe „wie das geltende Recht“ von einem

¹⁶ Vgl. auch *Kubiciel*, JZ 2022, 934 ff.

¹⁷ Vgl. zu dieser Dimension des Rechtsstaatsgebots *H.A. Wolff*, Stern/Sodann/Möstl (Hrsg.), Das Staatsrecht der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 1, 2. Aufl. 2022, § 15 Rn. 41 f.

„anwachsenden Lebensrecht“ des Ungeborenen aus (Entwurf, S. 18). Diese Argumentation ist unzutreffend und nicht tragfähig.

Sie schließt von den differenzierten strafrechtlichen Regelungen zurück auf den *verfassungsrechtlichen Status bzw. Schutzanspruch* des Ungeborenen, um *auf dieser, aus dem einfachen Recht in das Verfassungsrecht projizierten Grundlage* eine generelle Herabstufungen des Grundrechtsstatus und -schutzes des Embryos für zulässig zu erachten.¹⁸ Jedoch ist es bereits in methodischer Hinsicht nicht haltbar, den Gewährleistungsinhalt höherrangigen Verfassungsrechts nach Maßgabe kontingenter Inhalte des einfachen Rechts zu bestimmen,¹⁹ zumal dieses aus einem Komplex pragmatischer und prinzipieller Erwägungen besteht. So verzichtet § 218a Abs. 1 GG aus pragmatischen Gründen in den ersten zwölf Wochen auf eine Strafandrohung, weil die Frau in dieser sehr frühen Phase mit der Schwangerschaft oft allein (konfrontiert) ist und der in dieser Phase besonders notwendige Schutz des Ungeborenen nicht gegen, sondern mit der Frau erfolgen soll, also in der Beratung. Demgegenüber gestatten § 218a Abs. 2 und 3 StGB aus prinzipiellen (notstandsähnlichen) Gründen einen Abbruch. Der Grund für die Differenzierung strafrechtlicher Regelungen im geltenden § 218a StGB besteht also nicht in einer grundsätzlich unterschiedlichen Schutzwürdigkeit des Ungeborenen oder gar einer grundrechtlich unterschiedlichen Statusdifferenz. Schon allein deshalb, wäre es verfehlt, aus dieser einfachgesetzlichen Rechtslage weitreichende Rückschlüsse auf grundrechtliche Gewährleistungen zu ziehen.

Auch im Übrigen gibt es für die Annahme einer anwachsenden Grundrechtsberechtigung des Ungeborenen und einer daraus hergeleiteten Abstufung seines Schutzanspruches weder biologische noch normative Gründe. Leicht widerlegen lassen sich alle Argumente, mit denen eine biologisch-naturalistische Differenz zwischen dem ungeborenen Leben nach der Nidation und dem geborenen Leben zu begründen versucht wird.²⁰ Denn mit der Nidation ist ein eigenständiger lebendiger Organismus mit eigener Blutgruppe und individueller genetischer Struktur entstanden, der sein Wachstum und seine Nahrungsaufnahme selbst steuert und sich mit einer Ausdifferenzierung seiner Zellen und

¹⁸ Siehe *Schwarzenegger*, in: Hilgendorf/Kudlich/Valerius (Hrsg.), Handbuch des Strafrechts, § 3 Rn. 4.

¹⁹ Zutreffend *Augsberg*, in: Huber/Voßkuhle, GG, 8. Aufl. 2024, Art. 1 Rn. 85.

²⁰ Ausführlich dazu und zum Folgenden *Bleckmann*, GS Tröndle, S. 679, 681 ff.

Körperteile selbst fortentwickelt. Er ist dabei von Anfang an genetisch identisch mit dem später geborenen Menschen. Dass der Mensch abhängig vom Stand seiner Entwicklung über unterschiedliche körperliche Eigenschaften und Fähigkeiten verfügt (und diese im Laufe des Lebens auch wieder verliert), ändert nichts an dem Umstand, dass er ein und derselbe Mensch ist und bleibt.²¹ Daher verliert der oder die Einzelne weder den biologischen noch den normativen Status des Menschen, wenn er oder sie infolge von Alter oder Krankheit einzelne Fähigkeiten oder Eigenschaften wieder verliert. Wer demgegenüber den verfassungsrechtlichen Status eines Menschen an den Entwicklungsgrad oder individuelle Fähigkeiten koppelt, nimmt nicht nur Ungeborenen das Lebensrecht, sondern auch Schwerstbehinderten, Kranken oder Dementen. Diese naheliegende Konsequenz „zwingt (...) zur Besinnung auf die teleologischen und historischen Aspekte der in Art. 2 Abs. 2 GG enthaltenen Garantie.“²²

Darüber hinaus ist die Annahme, es gebe einen „kategorialen Unterschied zwischen dem Lebensrecht geborener Personen und dem Schutz ungeborenen Lebens“²³ und ein „anwachsendes“ Lebensrecht „parallel zum Wachstum“,²⁴ problematisch, weil sie nicht nur „Rechtssubjekte unterschiedlicher Kategorie“²⁵ schafft, sondern sogar Menschen ganz aus dem Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 GG und des Art. 1 Abs. 1 GG exkludiert. Demgegenüber ist es mit Blick auf diese Vulnerabilität des Menschen – namentlich des Ungeborenen – in praktischer und teleologischer Hinsicht richtig, dass das BVerfG den Schutzbereich der einschlägigen Grundrechte weit gefasst und nicht an biologische Entwicklungsgrade geknüpft hat. Denn nur dann kommt dem Menschen unabhängig von seiner Entwicklung und seinen Fähigkeiten ein grundsätzlicher Schutzanspruch gegenüber existenziellen Eingriffen des Staates und von Privaten zu. Wer hingegen den Grundrechtsschutz des Menschen an Fähigkeiten koppelt oder bestimmten Gruppen von Menschen auf Grund ihres Entwicklungsgrades den Schutzanspruch per se versagt, tut dies mit Wirkung gegenüber *allen* staatlichen Eingriffen und Zugriffen *jedes* Dritten – nicht nur der Schwangeren. Nicht nur in systematischer, sondern auch in teleologischer Hinsicht ist

²¹ Treffend *Pöltner*, Was macht den Menschen zum Menschen, 1991, S. 18, hier zitiert nach *Bleckmann*, GS Tröndle, S. 679, 686.

²² So zu Recht *Huber*, in: Merten/Papier (Hrsg.), Handbuch der Grundrechte, Bd. 2, 2006, § 49 Rn. 7.

²³ Dazu und zum Folgenden *Dreier*, ZRP 2002, 377, 378.

²⁴ In diese Richtung *Dreier*, JZ 2007, 261, 268.

²⁵ Vor diesem Fehlschluss warnend *Bleckmann*, ZRP 2003, 96, 98.

die Annahme, es gebe ein „bißchen Grundrechtsschutz“ daher verfehlt: Als Grundlage von Abwehr- und Schutzansprüchen muss eine Grundrechtseigenschaft ganz vorliegen. Eine Anwartschaft auf vollen Grundrechtsschutz ist denklogisch unmöglich, sie zu postulieren verschleierte nur, dass der Grundrechtsschutz tatsächlich entzogen wird.²⁶

Dass der Staat den verfassungsrechtlich gebotenen Schutz eines Grundrechtsberechtigten in differenzierter rechtlicher und tatsächlicher Form entfaltet und vor allem das Strafrecht in abgestufter Weise einsetzt, liegt also nicht an einer kategorial oder graduell unterschiedlichen Schutzberechtigung des Lebens, sondern teils an pragmatischen Erwägungen (§ 218a Abs. 1 StGB), teils an einer unterschiedlich starken Berücksichtigung kollidierender Grundrechte in besonderen Konfliktlage (§ 218a Abs. 2, Abs. 3 StGB). Die körperliche Verbindung des Ungeborenen mit der Schwangeren begründet die Notwendigkeit solche differenzierter Schutzkonzepte, ist aber kein Grund, den Grundrechtsstatus des Ungeborenen in Abrede zu stellen oder gar zu nivellieren und damit den Konflikt, um dessen Regulierung seit langem in der Gesellschaft, in der Politik und vor dem Verfassungsgericht gerungen wird, definitorisch aufzuheben.

C. Rechtspolitische Gesamtbewertung

1. Ausgangspunkt des Entwurfes: Ungenaue Darstellung der geltenden Rechtslage und des Diskussionsstandes

a) Keine „Kriminalisierung“ von Schwangeren und Ärzten

Dem Gesetzentwurf liegt eine fehlerhafte Auffassung vom bzw. Darstellung des geltenden Rechts zugrunde. Dies zeigt sich vor allem daran, dass mehrfach von einer „Kriminalisierung *des* Schwangerschaftsabbruchs“ (Entwurf S. 6, 17, 18, 20, 28) die Rede ist, aus der sodann eine „Stigmatisierung“ Schwangerer und/oder Ärzte (Entwurf S. 17, 23) geschlossen wird. Ferner heißt es, dass „die Teilnahme an der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nach dem Beratungsmodell (...) für das

²⁶ Huber, in: Merten/Papier (Hrsg.), Handbuch der Grundrechte, Bd. 2, 2006, § 49 Rn. 8.

medizinische Personal eine Mitwirkung an einem gesetzlich rechtswidrigen Verfahren.“²⁷ All dies ist unzutreffend bzw. stellt eine grobe Verzeichnung der Rechtslage dar.

Der beratene bzw. indizierte Schwangerschaftsabbruch, von dem der Entwurf handelt, wird bereits de lege lata nicht kriminalisiert, sondern von § 218a StGB *entkriminalisiert*. § 218a bewirkt, dass jene Fälle, die der Gesetzentwurf adressiert (beratene oder indizierte Abbrüche durch Ärzte) nicht strafbar sind: In den Fällen des § 218a Abs. 1 StGB findet der Tatbestand des § 218 StGB keine Anwendung, was – rechtstechnisch betrachtet – die stärkste Form der „Entkriminalisierung“ darstellt; in den Fällen der § 218a Abs. 2 und Abs. 3 wird der tatbestandmäßige Schwangerschaftsabbruch als nicht rechtmäßig eingestuft. Insofern ändert der Gesetzentwurf nichts, da es hier nichts gibt, was noch zu entkriminalisieren wäre. Die Rede von „Entkriminalisierung“ ist folglich juristisch unzutreffend.

Auch empirische Daten zeigen, dass von einer Kriminalisierung von Schwangeren und Ärzten keine Rede sein kann. Die Polizeiliche Kriminalstatistik (PKS) weist für das letzte statistisch erfasste Jahr 2022 insgesamt 90 polizeilich registrierte Verdachtsfälle wegen § 218 StGB aus. Auffällig dabei ist, dass davon 72 Fälle männliche Beschuldigte betrafen; die Aufklärungsquote lag bei über 90%. Die Vorjahre weisen vergleichbare Werte aus. Eine Auswertung der Strafverfolgungsstatistik der letzten fünfzehn statistisch erfassten Jahre (2006-2021) schärft den Blick: Im gesamten Zeitraum wurden nur 148 Personen nach § 218 StGB abgeurteilt, wobei die Zahl pro Jahr sich in der Regel zwischen 7 und 9 Personen bewegt.²⁸ Hierbei ist zu beachten, dass der Begriff „Aburteilung“ nicht nur Verurteilungen erfasst, sondern auch Freisprüche und Verfahrenseinstellungen. Abgeurteilt wurden fast ausnahmslos Männer, seit 2010 wurde nur eine einzige Schwangere (in einem besonders gelagerten Fall) verurteilt.²⁹ Dies zeigt eindrucksvoll, dass (schwangere) Frauen fast nie § 218 StGB in Konflikt geraten.

Auch für Ärzte schafft das Recht keine Strafbarkeitsrisiken, sondern garantiert Regelungen, die sie offenbar ohne weiteres erfüllen können. So ergab eine Auswertung der Datenbank juris für die Jahre 1995 bis 2023 lediglich eine Verurteilung eines Arztes wegen Fällen, in denen die Frist von drei Tagen

²⁷ Entwurf S. 3.

²⁸ Dabei bilden 12 Aburteilungen (2009, 2010, 2014, 2017, 2021) die obere Grenze, 4 (2008) bzw. 5 (2018) die untere Grenze.

²⁹ Zitiert nach einer Auskunft des BMJ an ein Mitglied des Deutschen Bundestages vom 29. März 2023. – Der Verurteilung lag ein Sonderfall einer im 8. Monat schwangeren, in einer Flüchtlingsunterkunft lebenden Frau zugrunde.

gem. § 218a Abs. 1 Nr. 1 StGB noch nicht abgelaufen war,³⁰ während 16 Urteile von Strafkammern an Landgerichten bzw. Entscheidungen von Strafsenaten des Bundesgerichtshofs Fälle des nicht-einverständlichen Schwangerschaftsabbruchs bzw. des Zusammentreffens von Tötungs- und Körperverletzungsdelikten mit dem § 218 StGB – kurz: Gewalttaten von Männern – betrafen.

b) Keine Stigmatisierung von Schwangeren oder Ärzten durch strafrechtliche Regelungen

— Von den geltenden Regelungen des StGB geht keine Stigmatisierung Schwangerer und Ärzte aus, da der geltende § 218a StGB die Anwendbarkeit des Strafrechts für beratene Abbrüche und indizierte Abbrüche für nicht rechtmäßig erklärt. Der in der Strafrechtswissenschaft geführte dogmatische Streit darüber, ob der nicht-indizierte Abbruch nach Abs. 1 als „straflos, aber rechtswidrig“ zu bewerten ist oder als „nicht tatbestandsmäßig und daher auch nicht strafrechtswidrig“, hat keine Bedeutung für Frauen und Ärzte:

- Beide Personengruppen kommen bei einem regelkonformen Abbruch mit dem Strafrecht weder faktisch noch normativ in Berührung.
- Aus der mit Bedacht gewählten neutralen Formulierung des § 218a Abs. 1 StGB („Tatbestand ist nicht verwirklicht“) lässt sich kein positives oder negatives Verdikt hinsichtlich der Rechtswidrigkeit ableiten. Ob eine Handlung rechtmäßig oder rechtswidrig ist, bemisst sich daher nach außerstrafrechtlichen Normen, so dass eine differenzierte Bewertung innerhalb der verschiedenen Rechtsmaterien mit ihren jeweiligen Systemlogiken und Zweckrichtungen möglich bleibt.³¹
- Infolgedessen geht von §§ 218, § 218a Abs. 1 StGB gerade keine Stigmatisierung aus; eine solche ist weder bezweckt noch lässt sie sich aus dem Wortlaut der Norm herauslesen.

In Bezug auf Ärzte, die beratene oder indizierte Abbrüche vornehmen, kann erst recht keine Rede davon sein, dass sie das Recht stigmatisiere oder ihnen vorhalte, sie beteiligten sich an

³⁰ LG Augsburg ZfL 2006, 28.

³¹ Eine solche Tatbestandsbegrenzung ist im StGB keine Seltenheit. Sie findet sich explizit etwa im Geldwäscheparagraphen (§ 261 Abs. 1 S. 2, 3 StGB), aber letztlich auch in jeder anderen negativen Begrenzung von Straftatbeständen, etwa die Straflosigkeit der fahrlässigen Sachbeschädigung.

„rechtswidrigen Taten“. Vielmehr hat das BVerfG in seiner Leitentscheidung explizit klargestellt, dass es das Recht der Schwangeren „ermöglicht“, für einen beratenen und nicht-indizierten Abbruch einen Arzt in Anspruch zu nehmen³². Für Ärzte müsse das Recht sicherstellen, dass gegen das Handeln des Arztes Nothilfe zugunsten des Ungeborenen nicht geleistet werden kann und der Abbruch „im Rahmen eines wirksamen privatrechtlichen Vertrags“ durchgeführt werden kann.³³ Das Schutzkonzept erfordere es, dass der Leistungsaustausch zwischen Arzt und Frau als Rechtsverhältnis ausgestaltet wird, mithin die Leistungen mit Rechtsgrund gewährt werden.³⁴ In einer späteren Entscheidung hat das BVerfG den Ehrenschatz des Arztes noch insoweit präzisiert, dass es einem Arzt „ohne negative Folgen“ möglich sein müsse, darauf hinzuweisen, dass Patientinnen seine Dienste in Anspruch nehmen können.³⁵

c) Einseitige Darstellung der rechtswissenschaftlichen Diskussionslage

aa) Der Entwurf (S. 18) spricht von einer „vielstimmigen Kritik“ am geltenden Recht und unterschlägt dabei die Vielzahl jener Stimmen, die das geltende Recht verteidigt haben und dies auch heute tun.

Schon aus den Plenarprotokollen des Jahres 1995 wird deutlich, wie breit die parlamentarische Unterstützung des heute geltenden Rechts bei seiner Verabschiedung war. „Endlich“, so eine Abgeordnete der FDP, „ist eine Einigung gefunden in einem Streit, der seit Jahren Gräben aufgerissen und sowohl Politiker als auch Bürger emotionalisiert hat.“ Die Regelung sei geeignet, die rechtliche Diskussion rund um den § 218 zu einem „guten Ende“ zu führen, betonte eine Abgeordnete der SPD; auch die „öffentliche Reaktion“ falle „überwiegend positiv“ aus.³⁶ Kritik an dem Kompromiss übten zwar Abgeordnete der Fraktion Bündnis90/Die Grünen, konzedierten aber die verfassungsrechtlichen Vorgaben und machten daher Einwände gegenüber Randfragen wie den Wortlaut des § 219 StGB

³² BVerfGE 88, 203, 268.

³³ BVerfGE 88, 203, 278.

³⁴ BVerfGE 88, 203, 295.

³⁵ BVerfGE v. 24.5.2006, Rn. 36.

³⁶ So die Abgeordnete *Niehuis* (SPD), Stenographischer Bericht, 13. Wahlperiode, 47. Sitzung, Bonn, Donnerstag, den 29. Juni 1995, S. 3767 f.

geltend.³⁷ Ein Mitglied der FDP-Fraktion resümierte: „Ich hoffe, daß das, was heute verabschiedet werden soll, (...) endlich Rechtsfrieden schafft, insbesondere im Interesse der betroffenen Frauen, auch der Beratungsstellen, ja der ganzen Gesellschaft.“³⁸

Selbst Wissenschaftlerinnen, die sich in den frühen 1990er Jahren für eine weitgehende Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchsrechts stark gemacht hatten, bezeichneten das geltende Recht noch vor nicht allzu langer Zeit als akzeptablen, grosso modo liberalen Kompromiss.³⁹ Bei einer im Jahr 2017 durchgeführten Befragung unter Strafrechtswissenschaftlern und Strafrechtswissenschaftlerinnen, welche Straftatbestände entbehrlich seien, wurden zwar nicht weniger als 195 verschiedene Straftatbestände zumindest einmal als entbehrlich bezeichnet, § 218 StGB aber kein einziges Mal genannt.⁴⁰ Offenbar teilen sehr viele Strafrechtswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler die Einschätzung, dass das geltende Recht „eine tragfähige und von weiten Teilen der Bevölkerung mitgetragene rechtspolitische Lösung“ gefunden habe: „Auf diesem Feld Rechtsfrieden geschafft zu haben, ist eine Leistung, die nicht zu unterschätzen ist.“⁴¹ Die aktuellen Regelungen werde „weitgehend akzeptiert und beachtet“.⁴² In der aktuellen Diskussion wird das geltende Recht von vielen verteidigt.⁴³

bb) Auch die verfassungsrechtlichen Grundlagen des geltenden Rechts werden von der herrschenden Meinung in der Lit. geteilt. Die herrschende Meinung geht mit dem BVerfG davon aus, dass dem ungeborenen Leben der gleiche Achtungsanspruch – Schutz des Lebens und Schutz der Würde – zukommt wie dem geborenen Leben.⁴⁴ Es widerspreche „dem in der Menschenwürde liegenden

³⁷ Die Abgeordnete *Müller* (Bündnis90/Grüne), Stenographischer Bericht, 13. Wahlperiode, 47. Sitzung, Bonn, Donnerstag, den 29. Juni 1995, S. 3769 f., bemängelte vor allem, dass § 219 StGB nicht explizit von einer „ergebnisoffenen Beratung“ spricht, was allerdings in § 5 Abs. 1 S. 1 SchKG ausdrücklich hervorgehoben wird.

³⁸ *Lanfermann* (FDP), Stenographischer Bericht, 13. Wahlperiode, 47. Sitzung, Bonn, Donnerstag, den 29. Juni 1995, S. 3759.

³⁹ Siehe *Frommel*, KriV 2009, 181, 186, der zufolge mit dieser Zwischenlösung jeder „leben“ könne. Siehe auch *dies.*, KJ 1996, 362: „liberales Abtreibungsrecht“.

⁴⁰ *Hoven*, ZStW 129 (2017), 334, 338 f.

⁴¹ *Kröger*, in: Leipziger Kommentar zum StGB, 12. Aufl., Vor §§ 218 ff. Rn. 41; ebenso *Lindemann*, in: Leipziger Kommentar zum StGB, 13. Aufl., Vor §§ 218 ff. Rn. 56. In der Sache ebenso *Belling*, MedR 1995, 184; *Frommel*, KritV 2009, 181; *Eser/Weißer*, in: Schönke/Schröder, Vor § 218 ff. Rn. 8; siehe bereits *Gropp*, GA 1994, 147, 157.

⁴² *Lackner/Kühl/Heger*, Vor § 218 Rn. 26a. Siehe auch die Darstellung von *Matt/Renzikowski/Safferling*, 2. Aufl. 2020, StGB § 218a Rn. 8 ff., die keine Kritik am geltenden Recht äußert.

⁴³ SK-StGB/*Berghäuser*, Vor §§ 218 ff. Rn. 39; *Duttge*, MedR 2023, 787 ff.; *Hillgruber*, ZfME 2023, 221 ff.; *Kubiciel*, medstra 2022, 1 ff.; *Rostalski*, medstra 2024, 2 ff.; *Scharf/Rosenberg*, medstra 2023, 205 ff.

⁴⁴ Dazu und zum Folgenden *Gärditz*, Gedächtnisschrift Tröndle, S. 729, 746 f.

elementaren Gleichheitsanspruch“, einzelnen Trägern – etwa dem ungeborenen Leben oder Wachkomapatienten – nur einen eingeschränkten Achtungsanspruch zuzubilligen.⁴⁵ Die ganz herrschende Meinung erkennt insbesondere an, dass das ungeborene Leben ab dem Zeitpunkt der Nidation in den Schutzbereich des Art. 2 Abs. 2 GG fällt.⁴⁶ Ein erheblicher Teil hält sogar eine Vorverlagerung des Lebensschutzes auf den früheren Zeitpunkt der Befruchtung für geboten.⁴⁷ Das „Ob“ des Schutzes, heißt es, stünde nicht mehr in Frage.⁴⁸ Eine andere Auslegung sei schon deshalb unbefriedigend, weil das ungeborene Leben dadurch nicht nur gegenüber Eingriffen von privater Seite schutzlos gestellt, sondern ihm auch dem Staat gegenüber der Grundrechtsschutz versagt würde.⁴⁹ Weithin geteilt wird in der Lit. ferner die Position des BVerfG, dass der Embryo auch dem Würdeschutz des Art. 1 Abs. 1 GG teilhaftig wird.⁵⁰ Dabei wird auch seine Rechtssubjektivität anerkannt und im Einklang mit der Rspr. des BVerfG betont, dass der Embryo ab der Nidation als eigenständiger Grundrechtsträger anzuerkennen sei.⁵¹

Dafür lassen sich drei Argumente nennen. Erstens führe schon die Verschmelzung von Ei- und Samenzelle zu einer „identitätsstiftenden Festlegung des genetischen Programms und kraft der damit angelegten Entwicklungsperspektive menschliches Leben mit Würdeanspruch.“⁵² Zwar bringe erst die Verbindung mit dem Mutterleib durch Einnistung in den Uterus das genetisch gesteuerte Entwicklungsprogramm zur Entfaltung. Jedoch sei die Nidation als notwendiger Schritt jedenfalls bei der natürlichen Zeugung „integrales Element der Entwicklungsperspektive“. Zweitens entspreche die Erstreckung auf den Embryo „dem Selbstverständnis des Menschen von den Ursprüngen des eigenen Ichs“. Drittes mache die Zuerkennung des Würdeanspruches „heikle, an bestimmte Entwicklungsstufen anknüpfende Differenzierungen“ bei der Frage nach einem „Ob“ des Würdeschutzes entbehrlich.⁵³

⁴⁵ Dürig/Herzog/Scholz/Herdegen, Art. 1 Abs. 1 Rn. 65. Insoweit zustimmend Sachs/Rixen, Art. 2 Rn. 143.

⁴⁶ Siehe nur Dreier/Schulze-Fielitz, Art. 2 Abs. 2 Rn. 29; Sachs/Höfling, Art. 1 Rn. 61; Erb, in: Münchener Kommentar zum StGB, § 32 Rn. 86.

⁴⁷ Dazu Stepanek-Bühringer, in: Huber/Voßkuhle, 8. Aufl. 2024, Art. 2 Rn. 425.

⁴⁸ Dürig/Herzog/Scholz/Di Fabio, Art. 2 Abs. 2 Nr. 1 Rn. 44.

⁴⁹ So schon Herzog, JR 1969, 441, 442; Rudolphi, ZStW 83 (1971), 105, 113.

⁵⁰ BeckOK GG/Hillgruber, Art. 1 Rn. 14a.1; v. Münch/Kunig/Kunig/Kotzur, Art. 1 Rn. 28; Mangoldt/Klein/Starck/Starck, GG, 7. Aufl. Art. 1 Rn. 19, ebenso nunmehr

⁵¹ Huber, in: Merten/Papier (Hrsg.), Handbuch der Grundrechte, Bd. 2, 2006, § 49 Rn. 11.

⁵² Vgl. Dürig/Herzog/Scholz/Herdegen, Art. 1 Abs. 1 Rn. 65. Insoweit zustimmend Sachs/Rixen, Art. 2 Rn. 143.

⁵³ Vgl. Dürig/Herzog/Scholz/Herdegen, Art. 1 Abs. 1 Rn. 65.

Höfling ergänzt diese Argumentation mit einer systematisch-teleologischen Erwägung: Da das Menschsein die einzige Bedingung des Würdeschutzes ist, sei mit der Feststellung, dass der Embryo ein Mensch ist, auch über dessen Würdeschutz positiv entschieden. Und da der Mensch Schutzobjekt des Art. 1 Abs. 1 GG sei, müsse auch das ungeborene Leben Träger dieses seine Existenz konstituierenden Grundrechts sein: Dies liege „in der Konsequenz eines dominant subjektiven Verständnisses aller Grundrechte.“⁵⁴

— cc) Nur, wenn man die Vielschichtigkeit der Diskussionslage ausblendet und die Quellen einseitig auswertet, kann davon die Rede sein, dass sich die „rechtliche Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs innerstaatlich erheblich verändert hat“ (so aber Entwurf, S. 19). Tatsächlich ist es umgekehrt: An der rechtswissenschaftlichen Diskussionslage hat sich *nichts Substanzielles* geändert, da die Kritiker des geltenden Rechts im Wesentlichen dieselben normativen Argumente geltend machen wie vor 30 Jahren. Am Rande sei bemerkt, dass dem BVerfG Positionen und Widersprüche attestiert werden, die sich in der Entscheidung des Zweiten Senats gar nicht finden (siehe etwa den impliziten und unbelegten Vorwurf in Entwurf S. 19: „die frühere Annahme des Bundesverfassungsgerichts widerlegen, Frauen entschieden leichtfertig über die Fortsetzung einer Schwangerschaft“; vgl. demgegenüber BVerfGE 88, 203, 272: „verantwortlich handelnde Frau“).

2. Zielsetzungen des Gesetzentwurfes

a) Entkriminalisierung, Entstigmatisierung, Liberalisierung?

Soweit der Gesetzentwurf eine Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs als Ziel nennt bzw. andeutet (Entwurf S. 6, 20, 25 und öfters), geht er – wie gesehen – ins Leere, da dieser in den hier relevanten Fällen bereits de lege lata nicht kriminalisiert wird (siehe oben 1 a). Ebenfalls bereits erreicht ist, aus den oben dargelegten Gründen, auch das Ziel des Entwurfes, eine Stigmatisierung von Ärzten bzw. Frauen zu beseitigen (Entwurf. S. 17). Erstere findet sich an keiner Stelle des Rechts, letztere nicht in den Regelungen des StGB, die der Entwurf ändert.

⁵⁴ Sachs/Höfling, Art. 1 Rn. 62.

Unklar ist schließlich, was mit dem unscharfen Begriff „Liberalisierung“ (Entwurf, S. 20, 25) gemeint ist, passt dieser doch nicht auf die Fallkonstellation des Schwangerschaftsabbruchs. Liberalisierung meint nämlich eine *freiheitserweiternde* Rücknahme staatlicher Regulierung. Diese Definition bezieht sich auf das zweipolige Verhältnis von Person und Staat, da nur in Fällen, in denen die Rücknahme staatlicher Regulierung die Rechtsphäre der Person erweitert, ohne andere in ihrer Freiheit zu beschränken, von einer Liberalisierung im Sinne einer Erweiterung der Freiheit gesprochen werden kann (bspw. Suizidassistenz, Cannabisbesitz). Im Fall des Schwangerschaftsabbruchs betrifft die Regulierung aber in tatsächlicher und (verfassungs-)rechtlicher Hinsicht ein dreipoliges Verhältnis zwischen Staat, Schwangeren und werdendem Leben. Von einer Liberalisierung kann daher allenfalls (und auch nur in einem politischen Sinne) gesprochen werden, wenn die Freiheitserweiterung auf der einen Seite fokussiert und die Folgen auf der anderen Seite ausgeblendet werden. Dies wäre jedoch eine einseitige und daher verfassungsrechtlich verfehlt Perspektiv.

b) Beseitigung von Widersprüchen im geltenden Recht, Einklang mit Verfassungsrecht?

Der Entwurf insinuiert, dass das geltende, verfassungsrechtlich vorgeprägte Recht widersprüchlich sei, was (wie oben gezeigt) nicht zutrifft. Wenn davon die Rede ist, dass das geltende Recht mit dem Verfassungsrecht „in Einklang gebracht“ werden müsse (Entwurf, S. 17), oder gar gesagt wird, dass „der aktuelle Rechtszustand“ Frauen in ihrem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit „verletzt“ (Entwurf, S. 23), unterstellt man dem Zweiten Senat des BVerfG auf äußerst dünner Grundlage, er habe mit seiner ausführlichen und dogmatisch anspruchsvollen Entscheidung verfassungswidriges Verfassungsgerichtsrecht geschaffen.

c) Ungenaue Darstellung des Völkerrechts und der Bedeutung internationalen Soft-Laws

Der Entwurf spricht in terminologisch und sachlich unrichtiger Weise von „internationalem Recht“ und „Vorgaben des internationalen Rechts“, denen das deutsche Recht angeblich „widerspricht“ (Entwurf, S. 20). An anderer Stelle wird vorsichtiger formuliert und auf den „unterschiedlichen Grad der

Verbindlichkeit“ (Entwurf, S. 20) hingewiesen bzw. zutreffend von Empfehlungen (Entwurf, S. 23, 25), also unverbindlichem Soft-Law, gesprochen.

Völkerrechtlich ist Deutschland nicht zu einer Änderung der §§ 218 ff. StGB verpflichtet. Denn völkerrechtliche Verpflichtungen erwachsen allein aus Völkervertragsrecht und völkerrechtlichem Gewohnheitsrecht, d.h. aus der zwischenstaatlichen Staatenpraxis. Es gibt weder völkerrechtliche Verträge noch einschlägige Regeln des Völkergewohnheitsrechts, die sich zu den vom Gesetzentwurf behandelten Fragen verhalten. Insbesondere die vom Entwurf S. 23 genannten Art. 16 Abs. 1 lit. e) UN-Frauenrechtskonvention und Art. 23 Abs. 1 lit. b) UN-Behindertenkonvention regeln diese Fragen nicht. So lautet Art. 16 Abs. 1 lit. e) CEDAW: „The same rights to decide freely and responsibly on the number and spacing of their children and to have access to the information, education and means to enable them to exercise these rights“.

Die von Beratungsgremien und Ausschüssen abgegebenen Empfehlungen schaffen weder völkerrechtliche „Standards“ (Entwurf, S. 20) noch gar völkerrechtliche Umsetzungsverpflichtungen für die Bundesrepublik. Es handelt sich vielmehr um Soft Law ohne Bindungswirkung. Hinzukommt, dass diese Ausschüsse und Gremien einen Auftrag haben, der Inhalt und Ausrichtung der Empfehlungen teleologisch-institutionell determiniert (und damit zugleich in ihrem Aussagegehalt limitiert): Wenn ein Ausschuss oder ein Gremium allein oder vorrangig nach Hürden sucht, die der vollen Entfaltung von Frauenrechten im Wege stehen, kann zwar auch eine 3-Tages-Wartefrist in den Fokus der Kritik geraten. Aus dem Blick geraten dabei aber die Grundrechtspositionen des Ungeborenen und damit jene Erwägungen, die den genannten Regelungen des deutschen Rechts ihren Sinn verleihen.

Selbst wenn man die Auffassung teilt, dass solche Empfehlungen internationale Standards beschreiben, sind dies nur Standards, welche *eine* Seite des Schwangerschaftskonflikt betreffen. Gemäß dem – dem Völkerrecht ohnehin vorgehenden – Verfassungsrecht kommt der anderen Konfliktseite (den Grundrechten des Ungeborenen) aber eine zumindest gleichgewichtige Bedeutung zu. Mit welchen detaillierten Regelungen das deutsche Verfassungsrecht und das einfache Recht diesem Konflikt Rechnung tragen, ist völkerrechtlich nicht determiniert. Bloße Empfehlungen hinsichtlich der Rechte

einer Seite, sind mit den Rechten der anderen Seite ins Verhältnis zu setzen. Das ist Aufgabe des deutschen Gesetzgebers; er kann und darf sich seiner verfassungsrechtlichen Verantwortung, beiden Grundrechtspositionen Rechnung zu tragen, nicht durch Verweis auf Verlautbarungen von Expertengremien und Ausschüssen entziehen.

d) Beseitigung angeblicher Hürden

— Der Gesetzentwurf strebt nach eigenem Bekunden auch einige praktische Ziele an.

- So möchte er „Zugangsbarrieren“ in Form einer vollständigen Kostenerstattung des Abbruchs durch die gesetzliche Krankenversicherung ermöglichen. Solche Barrieren bestehen jedoch nicht. Das geltende Recht ermöglicht eine vollständige Kostenübernahme für Bedürftige im Rahmen eines unaufwändigen Verfahrens ohne Vorleistungspflicht. Allen anderen gewährt die gesetzliche Krankenversicherung eine eingeschränkte Kostenübernahme. Insgesamt gibt es daher keine finanziellen Hürden für die Durchführung eines Abbruchs. Falls die Bedürftigkeitsgrenze zu hoch angesiedelt sein sollte, könnte diese im Verwaltungsvollzug angehoben werden. Eine gesetzliche Änderung, die mit zentralen Prämissen des BVerfG konfligiert, ist daher nicht erforderlich.
- Die Abschaffung der 3-Tages-Frist widerspricht dem Zweck der Beratung und ist zur Ermöglichung eines rechtzeitigen Abbruchs nicht erforderlich. Es ist nicht erkennbar, dass diese Frist den Zugang zu einem Abbruch erschwert. Der Bericht der „Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin“ hält vielmehr fest: „Für Deutschland liegen aktuell keine empirischen Daten vor, die sich mit (sic!) den Auswirkungen der dreitägigen sog. Bedenkzeit vor einem Schwangerschaftsabbruch auf bspw. das psychosoziale Belastungserleben, die Bedeutung für die Entscheidungssicherheit oder mögliche Verzögerungen im Ablauf beziehen (sic!).“⁵⁵
- Schließt glaubt der Entwurf, dass er dadurch einen Beitrag zur Vergrößerung des medizinischen Angebots leistet, dass er Ärzte „entstigmatisiert“. Wie oben gezeigt,

⁵⁵ Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, S. 159.

stigmatisiert das Recht Ärzte jedoch in keiner Weise. Im Übrigen kann die Versorgungslage auch dadurch verbessert werden, dass jene Länder, in denen Versorgungslücken bestehen sollten, an ihre von § 13 Abs. 2 SchKG normierte Pflicht festgehalten werden, ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen.

3. Zusammenfassung

Grundlage des Entwurfes ist eine verfehlte Kritik des geltenden Rechts aufgrund einer Fehlinterpretation seines Inhalts und die darauf gegründete Verwendung unzutreffender und unscharfer Begriffe („Kriminalisierung“, „Stigmatisierung“, „Liberalisierung“). Hinzutritt eine Ausblendung zentraler Aussagen und Erwägungen des BVerfG, eine einseitige Darstellung des Diskussionsstandes in der Literatur sowie eine Überbewertung von nicht-bindenden Aussagen einzelner internationaler Spezialgremien. Für die im Übrigen genannten Ziele bedarf es keiner derart weitreichenden Änderung des StGB und SchKG, das geltende Recht ist diesbezüglich ausreichend.

D. Einzelaspekte des Gesetzentwurfes

1. Zur vorgeschlagenen Fassung des § 218 StGB-E

Die neue Vorschrift „Schwangerschaftsabbruch gegen oder ohne den Willen der Schwangeren“ (§ 218 StGB-E) ist ein Paradigmenwechsel: War seit rund 100 Jahren anerkannt, dass der Schwangerschaftsabbruch einen „Eingriff in die Leibesfrucht“ als „eigenständiges Rechtsgut“ darstellt⁵⁶, so hat § 218 StGB-E ein kategorial anderes und verfassungsrechtlich zweifelhaftes Schutzgut: das Verfügungsrecht der Schwangeren über das ungeborene Leben. Strafbar ist der Abbruch nämlich nur noch, wenn er gegen oder ohne den Willen der Schwangeren erfolgt. Im Handeln gegen den Willen der Schwangeren liegt folglich der Unrechtskern, nicht im Abbruch. An diesem eindeutigen Textbefund, der seine

⁵⁶ Vgl. bereits RGSt 61, 242, 246. Aus der Gegenwart nur SK-StGB-Berghäuser, Bd. IV, 10. Aufl. 2024, Vor § 218 ff. Rn. 62; LK-Lindemann, StGB, 13. Aufl. 2023, § 218 Rn. 4.

Bestätigung im systematischen Zusammenspiel mit §§ 12, 14 SchKG-E findet, kann auch die Gesetzesbegründung nichts ändern.⁵⁷ Eine derartige Verdinglichung des Embryos stellt – gemessen an der Objektformel – eine Verkennung des Würdeanspruchs des nasciturus dar und verletzt schon für sich seine Würde.⁵⁸

Hinzutreten zwei - wenn man so will: immanente - Probleme, die auch die Verfasser des Entwurfes nicht wollen können:

- **§ 218 Abs. 1 und Abs. 2 StGB-E sind eklatant widersprüchlich.** Während Abs. 1 den Abbruch der Schwangerschaft, also die Tötung der Leibesfrucht⁵⁹ als Grundtatbestand erfasst, sieht Abs. 2 einen Qualifikationstatbestand für im Vorfeld der Tötung der Leibesfrucht liegende Handlungen (Gefährdung bzw. Schädigung des Fetus bzw. Embryos) *als Verbrechenstatbestand* vor. Einen Gefährdungstatbestand mit einer deutlich schwerwiegenderen Rechtsfolge für ein Handeln im Vorfeld des Erfolgsdeliktes zu schaffen, ist jedoch sinnwidrig und mit dem – auch verfassungsrechtlich fundierten – Schuldgrundsatz kaum vereinbar, da auf diese Weise Handlungen mit geringerem Unrecht strenger bestraft werden müssten als die vom Grundtatbestand vorausgesetzte Erfolgsherbeiführung. Daraus folgt: Selbst wenn man die Ziele des Gesetzentwurfes teilt, sollte dieser Widerspruch beseitigt werden, da die Fassung des § 218 StGB-E sonst schon allein deshalb in Konflikt mit dem verfassungsrechtlichen Schuldgrundsatz geriete.
- Zudem kann die Fassung des § 218 StGB-E zu einer – für Schwangere gefährlichen! – Fehlsteuerung führen. Da der § 218 StGB-E nur noch Handlungen gegen oder ohne den Willen erfasst, **eröffnet die Vorschrift Schwangeren einen straffreien Weg zu einem nicht-ärztlichen Abbruch ohne Beratung oder Indikation.** Bislang hatte man ihnen diesen Weg zu illegal-informellen Angeboten – auch zum eigenen Schutz – versperrt und stattdessen straffreie Wege zum ärztlichen Abbruch eröffnet. Falls Schwangere einen Abbruch wünschen, den ein Arzt

⁵⁷ Diese behauptet, „Schutzgut (sic!) der Vorschrift sind (sic!) das ungeborene Leben sowie das Leben, reproduktive Gesundheit und Selbstbestimmung Schwangerer“, s. Entwurf S. 29.

⁵⁸ Treffend *Augsberg*, in: Huber/Voßkuhle, GG, 8. Aufl. 2024, Art. 1 Rn. 83.

⁵⁹ Statt aller SK-StGB-Berghäuser, Bd. IV, 10. Aufl. 2024, 218 Rn. 12; LK-Lindemann, StGB, 13. Aufl. 2023, § 218 Rn. 9.

legal nicht vornehmen kann, könnten sie nun auf Personen zutreten, die den Abbruch unabhängig von eigenen Strafbarkeitsrisiken vorzunehmen bereit sind.

2. Neues Regelbeispiel in § 240 Abs. 4 StGB-E

§ 240 StGB Abs. 4 enthält ein Regelbeispiel, das die Nötigung einer Schwangeren zum Schwangerschaftsabbruch betrifft und mit dessen Implementierung der Gesetzgeber einer Forderung des BVerfG nachgekommen ist.⁶⁰ Ziel dieser Regelung ist es, die Schwangere vor psychischem Druck aus ihrem privaten Umfeld zu schützen, um ihr „einen Raum eigener, nicht durch Druck von außen determinierter Verantwortlichkeit [zu] sichern.“⁶¹ Anlass dafür boten Berichte über den erheblichen Druck auf Frauen, die vom Kindsvater oder den eigenen Eltern nicht gewollte Schwangerschaft zu beenden. Die vom Gesetzentwurf angestrebte Erweiterung auf den umgekehrten Fall, dass eine Schwangere durch Nötigungsmittel zum Unterlassen des Abbruchs gebracht werden, ist aus hiesiger Sicht nicht begründbar: Eine entsprechende Tat ist schon jetzt nach § 240 Abs. 1 StGB strafbar; dabei ist nicht erkennbar, worin die Unrechtssteigerung des Regelbeispiels, die eine erhöhte Strafe rechtfertigen soll, liegen könnte: Die vom Gesetzgeber genannten Rechtsgüter der Frau sind schon vom Grundtatbestand umfasst, der die Willensentschließungs- und Willensbetätigungsfreiheit schützt. Eine Strafe, die nicht auf einer plausibel begründbaren Unrechtsdifferenz gegenüber dem Grundtatbestand beruht, gerät in Konflikt mit dem verfassungsrechtlich fundierten Schuldgrundsatz. Praktisch problematisch ist die Regelung deshalb, weil sie in Grenzbereichen des Handelns von Ärzten und Beratern negative Rückwirkung auf die Verwerflichkeitsklausel des § 240 Abs. 2 StGB haben kann, die als Strafbarkeitsfilter funktioniert und eine Überkriminalisierung verhindert.⁶²

⁶⁰ BVerfGE 88, 203, 296 ff.

⁶¹ Näher BVerfGE 88, 203, 298.

⁶² Näher dazu *Duttge*, Kurzgutachten im Auftrag der DGGG zu Art. 3 Ziff. 5. des Gesetzesentwurfs BT-Drs. 20/13775 (vorgeschlagene Änderung des § 240 StGB), S. 4 ff.

3. Abschaffung der 3-Tages-Frist

Das BVerfG sieht die dreitägige Wartefrist als integralen Bestandteil des Schutzkonzeptes.⁶³ Teleologisch betrachtet, unterstützt die Frist die Funktion der Beratung, die wiederum für die Verfassungskonformität der Straffreistellung nach § 218a Abs. 1 StGB eine *conditio sine qua non* ist. Der Entwurf meint, ohne Belege, dass diese dreitägige Frist „in manchen Fällen“ dazu führe, dass der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch „verwehrt“ sei (Entwurf, S. 17). Wie die Gesetzesverfasser zu dieser Annahme kommen, ist völlig offen. Der Bericht der „Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin“ hält vielmehr fest: „Für Deutschland liegen aktuell keine empirischen Daten vor, die sich mit den Auswirkungen der dreitägigen sog. Bedenkzeit vor einem Schwangerschaftsabbruch auf bspw. das psychosoziale Belastungserleben, die Bedeutung für die Entscheidungssicherheit oder mögliche Verzögerungen im Ablauf beziehen (sic!).“⁶⁴

4. Unklare Zielsetzung der Beratung

Auch eine ergebnisoffene Beratung nach dem SchKG bedarf einer teleologisch eindeutigen Orientierung: Nur dann kann die Beratung jene Funktion erfüllen, die ihr nach der Logik des BVerfG zukommt: das ungeborene Leben *mit* der Frau zu schützen und im Gegenzug einen Verzicht auf Sanktionsandrohung gegen die Frau zu ermöglichen. Die geltende Fassung des § 5 SchKG trägt diesem Umstand in ausgewogener Weise Rechnung. Danach ist die Beratung ergebnisoffen zu führen. Sie geht von der Verantwortung der Frau aus. Die Beratung soll ermutigen und Verständnis wecken, nicht belehren oder bevormunden. Die Schwangerschaftskonfliktberatung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens und erhält dadurch einen inneren Orientierungspunkt, der zugleich den Anforderungen des BVerfG Rechnung trägt. Die vorgeschlagene Änderung führt dazu, dass diese Orientierung verloren geht. Sie ist im Übrigen auch nicht notwendig, da sich die Schwangere ihres reproduktiven Selbstbestimmungsrechts bewusst ist, da genau dieses Bewusstsein sie in eine Beratung führt, die den nicht-indizierten Abbruch ermöglicht

⁶³ Siehe BVerfGE 88, 203, 210.

⁶⁴ Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, S. 159.

E. Abschließende Empfehlungen

- 1.** Der Gesetzentwurf bedarf aus verfassungsrechtlichen, rechtspolitischen und legalistischen Gründen einer grundlegenden Überarbeitung.
- 2.** Allen bisherigen Reformen des Schwangerschaftsabbruchs ging eine gründliche parlamentarische Beratung in Ausschüssen und Sonderausschüssen des Deutschen Bundestages voran. Diese haben nicht nur eine gründliche sachliche Befassung ermöglicht, sondern vor allem auch die Einbeziehung aller relevanten rechtswissenschaftlichen, rechtspolitischen, ethischen und medizinsoziologischen Perspektiven. Das Ergebnis war ein von allen großen politischen Lagern geschlossener Kompromiss, der den Konflikt nicht einseitig aufgelöst hat. Dieser Tradition sollte sich der Gesetzgeber weiterhin verpflichtet fühlen. Daher sei ange-regt, alle gegenwärtig relevanten Fragen des Schutzes des Lebens (an *beiden* Rändern, d.h. inkl. der Problematik des assistierten Suizids) in der kommenden Legislaturperiode in einer Enquetekommission zu bearbeiten.



STELLUNGNAHME DES DEUTSCHEN FRAUENRATS

zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs (BT-Drucksache 20/13775)

Berlin, 7. Februar 2025

Zusammenfassung

Der Deutsche Frauenrat (DF) begrüßt den vorliegenden Gesetzentwurf als eine historische Chance, die reproduktive Gesundheit und Rechte von Frauen zu schützen und zu stärken.

Der Gesetzentwurf ist als fraktionsübergreifender Antrag von insgesamt 328 Abgeordneten in den Deutschen Bundestag eingebracht worden. Mit der Neuregelung sollen Schwangerschaftsabbrüche auf Verlangen bis zum Ende der 12. Woche rechtmäßig gestellt werden, die Kostenübernahme des Abbruchs durch Krankenkassen soll ermöglicht und der Zugang zu medizinischer Versorgung verbessert werden. Die Beratungspflicht bleibt erhalten, die 3-tägige Wartefrist zwischen Beratung und Abbruch soll entfallen. Den vorliegenden Antrag „Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern“ (BT-Drucksache 20/13776) unterstützt der DF ebenfalls.

Der DF spricht sich klar für diese historische gesetzliche Neuregelung aus, um die medizinische Versorgung ungewollt Schwangerer sicherzustellen und zu verbessern, Frauen, die sich für einen Abbruch entscheiden, nicht mehr zu stigmatisieren und Ärzt*innen, die den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der Schwangerschaft durchführen, zu entkriminalisieren. Mit dem vorliegenden Gesetzentwurf kann der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen der Frau verfassungskonform und im Einklang mit dem Grundgesetz und internationalen Menschenrechten entkriminalisiert werden.

Bewertung

Der DF setzt sich dafür ein, dass jede Frau, die sich für ein Kind entscheidet, die dafür individuell notwendige Unterstützung erhalten muss und für diese Entscheidung keine Nachteile erfahren darf. werdende Eltern müssen soziale und ökonomische Rahmenbedingungen vorfinden, die es ihnen ermöglichen, sich auch dann für ein Kind entscheiden zu können, wenn die Schwangerschaft ungeplant war. Um Schwangerschaftsabbrüche zu reduzieren, müssen ungewollte Schwangerschaften reduziert werden. Neben Maßnahmen zur Prävention wie Sexualaufklärung in der Schule, dem kostenlosen Zugang zu (Not-)Verhütungsmitteln gehören auch flächendeckende Beratungsangebote und soziale Unterstützung.

Aber selbst unter besten Rahmenbedingungen kann es Lebensumstände geben, unter denen Frauen sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Für diese Entscheidung dürfen Frauen sowie Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, nicht stigmatisiert und kriminalisiert werden.

Völkerrechtliche Verträge verpflichten die Vertragsstaaten zum Schutz von Menschenrechten. Die UN-Frauenrechtskonvention CEDAW verpflichtet Deutschland in Artikel 16, das „Recht auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder“ zu gewährleisten.¹ Der CEDAW-Ausschuss der Vereinten Nationen hat Deutschland wiederholt für die Regelung zum Schwangerschaftsabbruch kritisiert.² Gemäß des CEDAW-Ausschusses muss sichergestellt sein, dass ungewollt Schwangere einen Zugang zu sicheren Abbrüchen gemäß der Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation haben, dass sie keiner Beratungsfrist und keiner Wartefrist unterliegen und dass die Kosten des Abbruchs von den Krankenkassen übernommen werden. Auch aus der Perspektive der Vertragsausschüsse CCPR und CERD und der Weltgesundheitsorganisation sowie des Kommissars für Menschenrechte des Europarates besteht ein menschenrechtliches Gebot einer vollständigen Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs.³ Laut Weltgesundheitsorganisation ist der Zugang zu einem sicheren, legalen Schwangerschaftsabbruch entscheidend für den Schutz der Gesundheit der Schwangeren und der Verwirklichung ihrer Menschenrechte.

Ein erstarkender Rechtsruck international und in Deutschland bedeutet auch eine massive Gefahr für die Rechte von Frauen, insbesondere in Bezug auf Selbstbestimmung und körperliche Autonomie. Bereits jetzt fordern rechtsextreme Kräfte eine Verschärfung des Abtreibungsrechts – bis hin zu einem vollständigen Verbot. Frauen drohen damit nicht nur weitere Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen, sondern auch der Verlust grundlegender Gesundheitsversorgung und reproduktiver Rechte.

¹ Bundesgesetzblatt, Jahrgang 1985, Teil II. [Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau.](#)

² UN-Frauenrechtsausschuss: CEDAW/C/DEU/CO/9: [Concluding observations on the ninth periodic report of Germany](#), 31. Mai 2023.

³ [Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin](#), 2024.

Schwangerschaftsabbrüche entkriminalisieren

Gemäß §§ 218 ff. StGB ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich rechtswidrig. Er bleibt aber straffrei, wenn er innerhalb der ersten drei Monate und nach einer Konfliktberatung durchgeführt wird. Nicht rechtswidrig ist ein Abbruch, wenn eine medizinische oder kriminologische Indikation vorliegt.

Die Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin hat in ihrem Bericht dargelegt, dass eine außerstrafrechtliche Regelung aus verfassungs-, europa- und völkerrechtlicher Sicht für das erste Drittel der Schwangerschaft nicht nur möglich, sondern geboten ist. In dem Bericht der Kommission sind rechtliche, medizinische, ethische und praktische Standpunkte umfangreich abgewogen und einstimmig verabschiedet worden.

Die im Gesetzentwurf vorgeschlagenen Regelungen stellen Rechtssicherheit für medizinische Fachkräfte und Berater*innen her, die an der Versorgungsleistung beteiligt sind, und schaffen die Voraussetzungen dafür, dass Schwangere in Zukunft flächendeckend und barrierefrei Zugang zu qualifizierter Beratung und medizinischer Versorgung erhalten.

Ein Blick in andere Länder zeigt: Länder, in denen der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch eingeschränkt war, weisen höhere Raten an ungewollten Schwangerschaften auf als Länder, in denen der Schwangerschaftsabbruch weitgehend legal war.⁴ Eine Kriminalisierung führt nicht zu weniger Abbrüchen, sondern zu mehr unsicheren Abbrüchen.

Versorgungssicherheit herstellen

Die Sicherstellung und Verbesserung der Versorgungssituation ungewollt Schwangerer kann nicht losgelöst von der Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs im Strafgesetzbuch betrachtet werden. Ärzt*innen beteiligen sich aufgrund der aktuellen Regelung im Strafgesetzbuch grundsätzlich an einem rechtswidrigen Verfahren. Dies hat abschreckende Wirkung für Ärzt*innen, den Abbruch zu erlernen und zu praktizieren und gefährdet somit die Gesundheit und das Leben der Schwangeren. Die Situation wird sich in den kommenden Jahren verschärfen, wenn vermehrt Ärzt*innen in den Ruhestand gehen. Laut ELSA-Studie wären mehr Gynäkolog*innen bereit, Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen, wenn sich die Rahmenbedingungen verbessern würden.

Die Ergebnisse der Studie ELSA „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“ zeigen, dass eine ausreichende Versorgung von ungewollt Schwangeren deutschlandweit nicht gewährleistet ist. In den vergangenen 20 Jahren hat sich laut des Statistischen Bundesamts die Zahl der Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, fast halbiert. Dies führt dazu, dass Frauen in bestimmten Regionen schon heute lange Anreisewege in Kauf nehmen müssen. Bürokratische und logistische Hürden belasten zudem besonders Frauen, die in Armut leben, Gewalt erfahren oder Kinder versorgen müssen. Perspektivisch wird sich die Gesundheitsversorgung von ungewollt Schwangeren verschärfen.

⁴ [Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin](#), 2024.

Die medizinische Versorgung ungewollt Schwangerer darf nicht weiter erschwert oder tabuisiert werden. Ungewollt Schwangere verdienen eine rasche und verlässliche Versorgung und keine Stigmatisierung. Hierzu bedarf es eines flächendeckenden, barrierefreien und wohnortnahen Zugangs zu Beratung und Einrichtungen, die Abbrüche durchführen. Schwangerschaftsabbrüche gehören zur medizinischen Grundversorgung – im ambulanten und stationären Bereich. Verzögerungen in der Versorgung können zu erhöhten Gesundheitsrisiken für die Schwangere führen.

Der DF begrüßt die im Gesetzentwurf verankerte Kostenübernahme für rechtmäßige Schwangerschaftsabbrüche durch die gesetzlichen Krankenkassen. Dies erleichtert den Zugang zu Abbrüchen besonders für einkommensarme Frauen.

Beratung sicherstellen

Beratungsstellen informieren und beraten zu Themen rund um Sexualität, Verhütung, Familienplanung und Schwangerschaft. Der DF setzt sich für ein flächendeckendes, plurales, kostenloses und wohnortnahes Beratungsangebot ein. Damit ungewollt Schwangere eine gut informierte Entscheidung treffen können, benötigen sie evidenzbasierte, niedrigschwellige, mehrsprachige und barrierefreie Informationen zum Schwangerschaftsabbruch, inkl. zu verschiedenen Abbruchmöglichkeiten und -abläufen. Beratung soll vertraulich, ergebnisoffen, nicht-wertend und für die ungewollt Schwangere unterstützend und verständlich sein.⁵

Der DF begrüßt die im Gesetzentwurf enthaltene Regelung, die dreitägige Wartefrist abzuschaffen. Dies entspricht den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation und des CEDAW-Ausschusses. Das stärkt die Autonomie und Selbstbestimmung von Frauen und ermöglicht ihnen einen schnelleren und zuverlässigen Zugang innerhalb der ersten 12 Wochen.

Darüber hinaus setzt sich der DF für eine Änderung der aktuell geltenden Regelung einer Pflichtberatung ein – hin zu einem Rechtsanspruch auf Beratung.

⁵ [Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin](#), 2024.

Deutscher Frauenrat

Der Deutsche Frauenrat, Dachverband von rund 60 bundesweit aktiven Frauenorganisationen, ist die größte frauen- und gleichstellungspolitische Interessenvertretung in Deutschland. Wir sind die starke Stimme für Frauen. Wir vertreten Frauen aus Berufs-, sozial-, gesellschafts- und frauenrechtspolitischen Verbänden, aus Parteien, Gewerkschaften, aus den Kirchen, aus Sport, Kultur, Medien und Wirtschaft. Wir engagieren uns für die Rechte von Frauen in Deutschland, in der Europäischen Union und in den Vereinten Nationen. Unser Ziel ist die rechtliche und faktische Gleichstellung von Frauen und Männern in allen Lebensbereichen. Wir setzen uns für einen geschlechterdemokratischen Wandel ein und für eine gerechte und lebenswerte Welt für alle.

Der Deutsche Frauenrat hat nach einem verbandsinternen Prozess auf seiner Mitgliederversammlung am 22. Juni 2024 mit großer Mehrheit einen Beschluss zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs gefasst. Zu diesem Beschluss sind von zwei Mitgliedsorganisationen – von der Arbeitsgemeinschaft katholische Frauenverbände und -gruppen sowie der Frauen Union – Sondervoten eingereicht worden. Der Beschluss der Mitgliederversammlung des Deutschen Frauenrats und die zwei Sondervoten sind [hier](#) ersichtlich.

////////////////////////////////////
Deutscher Frauenrat
Axel-Springer-Straße 54
10117 Berlin

Fon + 49/30/204 569-0
kontakt@frauenrat.de
www.frauenrat.de



**Schriftfassung der Stellungnahme in der öffentlichen Anhörung des
Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages am 10.2.2025
betreffend den Gesetzentwurf der Abgeordneten Carmen Wegge,
Ulle Schauws et al. zur Änderung des Strafgesetzbuches
– Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des
Schwangerschaftsabbruchs –
(BT-Drs. 20/13775)**

Der Gesetzentwurf BT-Drs. 20/13775 wendet sich gegen die geltende Rechtslage zum Schwangerschaftsabbruch, die derzeit in §§ 218 ff. StGB geregelt ist. Diese enthalte „Widersprüche“, führe zu Versorgungsproblemen und schränke die Rechtsposition der Schwangeren „verfassungswidrig“ und entgegen internationaler Verpflichtungen über Gebühr ein. Die Argumentation überzeugt nicht. Die vorgeschlagenen Gesetzesänderungen bedeuten eine erhebliche Verschlechterung der gegenwärtigen Rechtslage, der sich der Gesetzgeber nicht anschließen sollte.

A. Wesentliche im Antrag vorgesehene Änderungen der geltenden Rechtslage

Im Einzelnen gehen mit dem Gesetzesentwurf folgende wesentlichen Änderungen der geltenden Rechtslage einher:

- Vollständige Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs bei Begehung der Tat durch die Schwangere selbst (derzeit grundsätzlich strafbar gemäß § 218 Abs. 1, 4 StGB [vermindertes Strafmaß] bei möglicher Strafflosigkeit unter den Tatbestandsvoraussetzungen des § 218a Abs. 4 StGB),
- Aufhebung der dreitägigen Wartefrist zwischen der Beratung und der Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs,
- regelmäßige Übernahme der Kosten für einen den gesetzlichen Bestimmungen entsprechenden Schwangerschaftsabbruch durch die gesetzlichen Krankenkassen,
- Abwandlungen des Inhalts der Schwangerschaftskonfliktberatung, die auf eine stärkere Einbeziehung der Rechtsposition der Schwangeren gerichtet sind.

Wenngleich sich weite Teile des Gesetzesentwurfs mit einer Kritik an der grundsätzlichen strafrechtlichen Ahndung von Schwangerschaftsabbrüchen befassen, bietet der tatsächliche Regulierungsvorschlag ein ambivalentes Bild. Zwar wird die Schwangere von der Strafbarkeit ausgenommen, indes bleibt es bei der grundsätzlichen Strafbarkeit von Schwangerschaftsabbrüchen, die nicht den dafür vorgesehenen gesetzlichen Regelungen entsprechen. Der regulatorische Unterschied liegt lediglich darin, dass die einschlägigen Strafgesetze in das Schwangerschaftskonfliktgesetz verschoben werden, damit jedoch zu dem

Kernstrafrecht in jeder Hinsicht gleichwertigen nebenstrafrechtlichen Vorschriften werden.

B. Argumentative Schwäche des Gesetzentwurfs

Die Entwurfsverfasser führen für die von ihnen vorgeschlagene Neuregulierung im Wesentlichen drei Gründe an: Erstens sei die gegenwärtige Gesetzeslage zum Schwangerschaftsabbruch *verfassungswidrig*, zweitens verstoße sie gegen *internationale Verpflichtungen* und drittens sei sie wesentlicher Hinderungsgrund für eine angemessene *Versorgungslage* in Sachen Schwangerschaftsabbruch. Keines der Argumente hält einer näheren juristischen Überprüfung stand. Im Einzelnen:

I. Verfassungswidrigkeit der geltenden Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch?

Die Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs greift in Rechte der Schwangeren ein, insbesondere ihre Selbstbestimmungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1, Art. 1 Abs. 1 GG. Die Entwurfsverfasser bewerten die gegenwärtige Gesetzeslage als verfassungswidrig. Dies hat das Bundesverfassungsgericht freilich gleich zweimal anders gesehen.¹ Die Entwurfsverfasser meinen indes, dass es nach etwas mehr als 30 Jahren seit der letzten Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch einer „Neubewertung“ bedarf. Als Grund hierfür kann allerdings nicht hinreichen, dass das Bundesverfassungsgericht dem Gesetzgeber „ungewöhnlich engmaschige Vorgaben“ zur Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs gemacht hat.² Dies steht dem

¹ Vgl. hierzu BVerfGE 39, 1 („Schwangerschaftsabbruch I“) und BVerfGE 88, 203 („Schwangerschaftsabbruch II“).

² Gesetzentwurf BT-Drs. 20/13775, S. 18.

Bundesverfassungsgericht zu; es ändert nichts an der Bindungskraft seiner Entscheidung, wenn sich diese inhaltlich in ihrer Detailtiefe von anderen unterscheidet. Die Entwurfsverfasser beziehen sich weiter auf die ihrer Ansicht nach zu weit gehende Verantwortung der Schwangeren für das ungeborene Leben. Sie berufen sich dabei auf Argumente wie das Anwachsen des Lebensschutzes erst mit voranschreitender Entwicklung des Ungeborenen und die körperliche Verbundenheit von Kind und Mutter in der Phase der Schwangerschaft. Sie verweisen zudem auf die erhebliche Tragweite der Entscheidung der Schwangeren, die ihrem Selbstbestimmungsrecht „ein erhebliches Gewicht“ beimesse.³

Keines der vom Gesetzentwurf lediglich knapp angesprochenen Argumente ist allerdings neu – insbesondere wurden sie bereits in den Erwägungen des Bundesverfassungsgerichts umfangreich berücksichtigt. Es ist daher nicht ersichtlich, weshalb die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts davon berührt sein sollten; das Gericht hat gerade unter Würdigung dieser und weiterer Überlegungen eine Gesetzesfassung wie die gegenwärtige als *verfassungskonform* bewertet. Und auch die Annahme, eine gewachsene Bedeutung des Selbstbestimmungsrechts der Schwangeren müsse eine Neubewertung der Vorschriften zum Schwangerschaftsabbruch nach sich ziehen, ist nicht tragfähig. Zum einen fehlt es an belastbaren empirischen Daten, was die vermeintlich gewandelte Rechtsbewertung gerade im Verhältnis zum ungeborenen Leben angeht; sie finden sich insbesondere nicht im Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin. Insbesondere Kritik im Schrifttum hat es schon zu Zeiten der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts gegeben, dass es sie heute noch gibt, spricht nicht für eine allgemein gewandelte

³ Gesetzentwurf BT-Drs. 20/13775, S. 19.

Wertvorstellung in Bezug auf die Rechtspositionen der Schwangeren und des Ungeborenen. Zum anderen hätten sich die Entwurfsverfasser damit auseinandersetzen müssen, dass das Bundesverfassungsgericht *explizit* die verfassungsrechtliche Relevanz des Hinweises auf angeblich gewandelte Anschauungen über die Schutzbedürftigkeit des werdenden Lebens verneint.⁴ Diese relevante Leerstelle in der Argumentation schließt weder der Gesetzentwurf noch der Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, was die Beurteilung, die gegenwärtige Gesetzeslage sei *verfassungswidrig*, auf tönernen Füßen stellt.

II. Absenkung des Lebensschutzes im Gesetzentwurf entgegen den Vorgaben des Bundesverfassungsgerichts

Auf dem Boden der Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zum Schwangerschaftsabbruch spricht vieles dafür, dass das Verdikt der Verfassungswidrigkeit entgegen der Meinung der Entwurfsverfasser gerade den Entwurf trifft. Letzterer hat einen erheblichen Verlust des Schutzes ungeborenen Lebens zur Folge, der sich insbesondere daraus ergibt, dass im Entwurf die Abschaffung der dreitägigen Wartefrist zwischen Beratung und Durchführung des Abbruchs und eine generelle Straffreistellung der Schwangeren vorgesehen sind. Die Wartefrist verfolgt ein zweifaches Schutzkonzept. Zum einen geht es darum, die Schwangere vor übereilten Entscheidungen zu schützen. Die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs weist für ihr eigenes Leben eine erhebliche Tragweite auf. Es handelt sich dabei um eine Gewissensentscheidung, die den wenigsten leicht fällt. Dies nicht zuletzt, weil die Folgen des Abbruchs

⁴ S. BVerfGE 39, 1 (67): „Auch ein allgemeiner Wandel der hierüber in der Bevölkerung herrschenden Anschauungen – falls er überhaupt festzustellen wäre – würde daran nichts ändern können.“

irreversibel sind und entsprechende Entscheidungen stets mit dem Risiko einher gehen, künftig einmal bereut zu werden. In dieser Situation eine möglichst informierte und fundierte Entscheidung für sich treffen zu können, erweist sich daher gerade für die Rechtsposition der Schwangeren als relevant. Die Wartefrist ist insofern im Verein mit der vorab erfolgten Beratung zu sehen, die möglicherweise zum ersten Mal Facetten der Entscheidungssituation für die Schwangere zu Tage gebracht haben, die für sie Bedeutung haben und der Überlegung bedürfen.

Neben dem Schutz der Schwangeren intendiert die Wartefrist aber auch den Schutz des Ungeborenen. Nach einer Beratung kann in der Schwangeren ein Reflexionsprozess einsetzen, der letztlich dazu führt, dass sie entgegen ihrer vorherigen Zielsetzung vom Schwangerschaftsabbruch Abstand nimmt. Die Wartefrist ist damit zugleich eine Chance für das Ungeborene, dass sich die Schwangere doch noch für sein (Weiter-)Leben entscheidet. Sie dient damit dem Lebensschutz – ihre Abschaffung senkt das Schutzniveau des Schwangerschaftsabbruchsrechts gegenüber der derzeitigen Rechtslage ab.

Derselbe problematische Effekt wird erzielt durch eine generelle Strafflosstellung der Schwangeren, wie sie der Gesetzentwurf vorsieht. Deren Vereinbarkeit mit den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts ist nicht ersichtlich. Das Bundesverfassungsgericht betont ausdrücklich, dass in der Abwägung von Selbstbestimmung und Lebensschutz letzteres Vorrang genießt und dem Ungeborenen auch gegenüber der Schwangeren rechtlicher Schutz gebührt. Hierfür bedarf es des grundsätzlichen Verbots des Schwangerschaftsabbruchs selbst gegenüber der Schwangeren, das das Bundesverfassungsgericht als ein wesentliches Element des

verfassungsrechtlich gebotenen Schutzes bewertet. Wörtlich heißt es: „Der Schwangerschaftsabbruch muß für die ganze Dauer der Schwangerschaft grundsätzlich als Unrecht angesehen und demgemäß rechtlich verboten sein. Das Lebensrecht des Ungeborenen darf nicht, wenn auch nur für eine begrenzte Zeit, der freien, rechtlich nicht gebundenen Entscheidung eines Dritten, und sei es selbst der Mutter, überantwortet werden.“⁵ Dabei lässt es das „Untermaßverbot [...] nicht zu, auf den Einsatz auch des Strafrechts und die davon ausgehende Schutzwirkung für das menschliche Leben frei zu verzichten.“⁶ Hiervon lässt das Bundesverfassungsgericht nur dann eine Ausnahme zu, wenn „wegen verfassungsrechtlich ausreichender Schutzmaßnahmen anderer Art von einer Strafdrohung für nicht gerechtfertigte Schwangerschaftsabbrüche in begrenztem Umfang abgesehen werden“ kann.⁷

Es ist nicht ersichtlich, inwieweit der Gesetzentwurf diese Vorgaben erfüllen könnte. Die generelle Strafflosstellung der Schwangeren wird durch keine anderen Schutzmaßnahmen aufgewogen. Dies erweist sich nicht zuletzt deshalb als problematisch, weil gerade die Schwangere besondere Einwirkungsmöglichkeiten auf das Ungeborene besitzt. Die derzeitige Gesetzeslage verfährt in diesem Punkt deutlich ausgewogener: Danach ist der Schwangerschaftsabbruch auch der Schwangeren grundsätzlich untersagt. Nimmt sie den Schwangerschaftsabbruch unter Missachtung der gesetzlichen Vorgaben vor, macht sie sich grundsätzlich strafbar, wobei eine Strafmilderung vorgesehen ist, die der besonderen Konfliktsituation der Schwangeren Rechnung trägt. Des Weiteren macht sie sich gemäß § 218a Abs. 4 S. 1 StGB nicht strafbar, wenn der Schwangerschaftsabbruch nach

⁵ BVerfGE 88, 203 (203).

⁶ BVerfGE 88, 203 (204).

⁷ BVerfGE 88, 203 (258).

Beratung von einem Arzt vorgenommen worden ist und seit der Empfängnis nicht mehr als zweiundzwanzig Wochen verstrichen sind. In Notlagenfällen ohne eine Rechtfertigung besteht ferner die Möglichkeit zu einem Absehen von Strafe, § 218a Abs. 4 S. 2 StGB. Insofern gelingt der geltenden Rechtslage anders als im Gesetzentwurf ein angemessener Ausgleich zwischen den Rechtspositionen der Schwangeren und des Ungeborenen.

III. „Internationale Verpflichtungen“ Deutschlands zur Änderung der Regeln des (strafbaren) Schwangerschaftsabbruchs?

Der Gesetzentwurf nimmt mehrfach Rekurs auf ein bereits seitens der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin vorgetragenes Argument, das vermeintlich für eine Neuregulierung des (strafbaren) Schwangerschaftsabbruchs spreche. Danach verstoße die geltende Rechtslage in Deutschland den „Vorgaben und Standards des internationalen Rechts“.⁸ Tatsächlich nehmen verschiedene internationale Organisationen und der Kommissar für Menschenrechte des Europarats ein menschenrechtliches Gebot an, den Schwangerschaftsabbruch vollständig zu entkriminalisieren. Aus der EMRK ergibt sich dies allerdings nicht; auch nicht aus der Grundrechtecharta.⁹ Das Bundesverfassungsgericht ist dazu angehalten, völker- und europarechtliche Vorgaben des Menschenrechtsschutzes bei der Auslegung der Grundrechte zu berücksichtigen.¹⁰ Grenze ist dabei

⁸ Gesetzentwurf BT-Drs. 20/13775, S. 20.

⁹ Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (Bericht Kom-rSF), 2024, abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Kom-rSF/Abschlussbericht_Kom-rSF.pdf (zuletzt abgerufen am 05.02.2025), S. 278.

¹⁰ BVerfGE 128, 326 ff.; Jarass/Pieroth/Jarass, GG, 18. Aufl. 2024, Art. 25 Rn. 6; Grabitz/Hilf/Nettesheim/Schill/Krenn, EUV, 81. EL 2024, Art. 4 Rn. 110.

allerdings stets das nationale Verfassungsrecht.¹¹ Ein völkerrechtliches Gebot, den Schwangerschaftsabbruch zu entkriminalisieren, wäre also nicht zu befolgen, solange dies nicht in Einklang mit dem Grundgesetz steht. Etwas anderes behauptet der Kommissionsbericht selbst nicht. Insofern ist auch nicht zu ersehen, weshalb Veränderungen auf internationaler Ebene oder gar in der Regulierung von Schwangerschaftsabbrüchen durch andere Mitgliedstaaten der Europäischen Union einen zwingenden Grund dafür liefern sollten, das nationale Recht anders gestalten zu müssen. Im Übrigen tun sich die naturgemäß in größter Abstraktheit formulierten völkerrechtlichen Vorgaben notorisch schwer, die ausdifferenzierten und kontextabhängigen Besonderheiten nationaler Regelungsgefüge und Rechtskulturen angemessen zu reflektieren.

IV. Verschlechterte Versorgungslage infolge der gegenwärtigen Gesetzeslage zum (strafbaren) Schwangerschaftsabbruch?

Die Entwurfsverfasser betonen mehrfach, dass es gerade an der gegenwärtigen Gesetzeslage zum (strafbaren) Schwangerschaftsabbruch liege, dass in Deutschland eine unangemessene Versorgung in diesem Bereich vorherrsche. Als wesentliche Gründe dafür werden die *Kriminalisierung* des Schwangerschaftsabbruchs, die *fehlende Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen* und die *dreitägige Wartezeit* im Verein mit der *Ausgestaltung der Schwangerschaftskonfliktberatung* benannt.

¹¹ BeckOK-GG/Heintschel von Heinegg/Frau, 57. Ed. 2024, Art. 25 Rn. 27; Polzin, ZaöRV 2023, 741, 758 f.

1. Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs zur Verbesserung der Versorgungslage?

Dass die Entwurfsverfasser in der Strafbewehrung des Schwangerschaftsabbruchs eine wesentliche Ursache für die derzeitige Versorgungslage in Deutschland sehen, die es zu verbessern gelte, muss vor dem Hintergrund verwundern, dass der Gesetzentwurf selbst an dieser Situation im Wesentlichen festhält. Wenig nachvollziehbar ist es insofern auch, wenn im Gesetzentwurf die Rede davon ist, die Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen sei „nicht im Strafrecht anzusiedeln“.¹² Übersehen wird dabei offensichtlich, dass eine bloße Verlagerung von Strafgesetzen in Nebengesetze wie das Schwangerschaftskonfliktgesetz nichts an der Rechtsnatur der Bestimmungen ändert. Es handelt sich dabei nach wie vor um Strafrecht – Nebenstrafrecht weist in jeder Hinsicht dieselbe Qualität auf wie Kernstrafrecht. Der Unterschied liegt im *Regelungsort* der jeweiligen Vorschriften: während Kernstrafrecht ausschließlich im Strafgesetzbuch normiert ist, finden sich nebenstrafrechtliche Vorschriften in einer Vielzahl unterschiedlicher Gesetze wie etwa dem Embryonenschutzgesetz, dem Arzneimittelgesetz, dem Betäubungsmittelgesetz usw. Das ändert aber insbesondere nichts daran, dass die Erfüllung der Voraussetzungen eines Strafgesetzes zu einer *Verurteilung zu Strafe* führt, die mit einem individuellen Fehlverhaltensvorwurf verbunden ist. Wer eine Straftat begeht, wird dafür rechtlich zur Verantwortung gezogen und erhält *durch Schuldspruch und Strafe* ein rechtliches Missbilligungsurteil. Ob das Strafgericht auf der Basis von kernstrafrechtlichen oder nebenstrafrechtlichen Vorschriften urteilt, spielt insoweit keine Rolle, sodass die Modifikationen, die der Gesetzentwurf

¹² Gesetzentwurf BT-Drs. 20/13775, S. 21.

vorschlägt, nichts daran ändern, dass Schwangerschaftsabbrüche nach wie vor strafbar sind und diejenigen, die gegen die im Entwurf vorgeschlagenen Regeln verstoßen, ein strafrechtliches Missbilligungsurteil zu gewärtigen haben.

Sollte also mit der Entkriminalisierung tatsächlich eine Verbesserung der Versorgungslage in Deutschland einhergehen, erweist sich dies als Effekt, der mit dem hier in Rede stehenden Gesetzentwurf gerade nicht verbunden ist. Denn die bloße Straffreistellung der Schwangeren dürfte nicht zur Folge haben, dass sich Ärztinnen und Ärzte weniger von der strafrechtlichen Regelung abgeschreckt fühlen, wie es der Entwurf derzeit annimmt. Diese Personengruppe soll auf der Basis des Entwurfs weiterhin einem Strafbarkeitsrisiko ausgesetzt sein, sodass die durch Abschreckung vermeintlich entstandenen Versorgungslücken im Wege der vorgeschlagenen Änderungen gerade nicht geschlossen werden dürften.

Unabhängig davon bestehen ernstliche Zweifel an der These, dass eine Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs – die der Gesetzentwurf nach dem Gesagten selbst gar nicht intendiert – einen wesentlichen Einfluss auf die Versorgungslage in Deutschland hätte. Wiederum fehlt es an validen empirischen Erkenntnissen dazu, inwieweit die Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen tatsächlich im Zusammenhang mit der Versorgungslage steht. Nachzuweisen wäre insoweit nämlich, dass medizinische Versorgungsangebote *in Deutschland* in größerer Zahl verfügbar wären, wenn es zur Entkriminalisierung käme – und zwar selbst dann, wenn der Gesetzgeber, wie im Entwurf vorgeschlagen, den Schwangerschaftsabbruch gar nicht vollständig liberalisieren würde und Anbieter daher nach wie vor einen gewissen Verwaltungsaufwand und ein Strafbarkeitsrisiko hätten. Der Bericht der

Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin beruft sich zur empirischen Untermauerung ihrer dem Gesetzentwurf gleichlautenden These eines Zusammenhangs zwischen Entkriminalisierung und verbesserter Versorgung auf eine Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese verweist allerdings selbst darauf, dass eine Verbesserung der Versorgungslage weitere rechtliche oder regulative Veränderungen voraussetzt als eine bloße Entkriminalisierung. Im Übrigen lassen sich die Erkenntnisse der WHO zum Zusammenhang zwischen Versorgungslage und Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs kaum auf Deutschland übertragen. Die in der Studie genannten Hinderungsfaktoren hängen mit den Besonderheiten nationaler Regelungen zusammen (zum Beispiel: Zulässigkeit des Schwangerschaftsabbruchs nur bei Lebensgefahr für die Schwangere) und wurden weit überwiegend in Ländern ausgemacht, deren Rechtsordnungen sich grundlegend von der deutschen unterscheiden – gerade auch in verfassungsrechtlicher Hinsicht.¹³

2. Fehlende Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung

Eine weitere Ursache für die als unangemessen empfundene Versorgungslage im Hinblick auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen sehen die Entwurfsverfasser in der fehlenden Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung. Der Entwurf sieht hier umfassende Änderungen vor, wobei unklar bleibt, wie sich dies zu der insoweit eindeutigen Entscheidung des

¹³ S. zum Ganzen WHO, Abortion Care Guideline (2022), sec. 2.2.1., abrufbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (zuletzt abgerufen am 05.02.2025).

Bundesverfassungsgerichts verhält, das gerade die staatliche Kostenübernahme für Schwangerschaftsabbrüche ablehnt. Das höchste deutsche Gericht bewertet dies als „Beteiligung des Staates“ am Schwangerschaftsabbruch, die aber nur gestattet ist, „wenn der Tatbestand einer rechtfertigenden Ausnahme vom prinzipiellen Verbot des Schwangerschaftsabbruchs erfüllt und dies mit rechtsstaatlicher Verlässlichkeit festgestellt worden ist. Der Staat darf sich an der Tötung ungeborenen Lebens nicht beteiligen, solange er von der Rechtmäßigkeit dieses Vorgangs nicht überzeugt sein kann. Die Schutzkonzeption der Beratungsregelung läßt indes keinen Raum, dem Staat eine solche Überzeugung zu vermitteln“,¹⁴ womit feststeht, dass es das Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig beurteilt, die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche außerhalb der Notlagen der § 218a Abs. 2, 3 StGB zu übernehmen. Denn: „Durch eine solche Beteiligung übernehme der Staat Mitverantwortung für Vorgänge, deren Rechtmäßigkeit er einerseits schon aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht als gegeben ansehen darf und andererseits im Rahmen seines Schutzkonzepts festzustellen gehindert ist.“¹⁵

Des Weiteren bestehen auch im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen der Kostentragungspflicht für Schwangerschaftsabbrüche und der derzeitigen Versorgungslage in Deutschland empirische Zweifel, die der Gesetzentwurf nicht ausräumt. Die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch, der nicht von der Krankenkasse übernommen wird, belaufen sich selbst in Regionen mit einem geringen Versorgungsgrad zu über 80% auf weniger als 600 Euro. Die meisten betroffenen

¹⁴ BVerfGE 88, 203 (316).

¹⁵ BVerfGE 88, 203 (316).

Schwangeren zahlen unabhängig von der Region nicht mehr als 400 Euro. Dass hierin ein Faktor liegt, der die Versorgungssituation signifikant gefährdet, lässt sich der vorhandenen Datenlage nicht entnehmen.¹⁶

3. Dreitägige Wartefrist und Ausgestaltung der Schwangerschaftskonfliktberatung

Die Entwurfsverfasser sehen in der dreitägigen Wartefrist ebenso wie in der Ausgestaltung der Schwangerschaftskonfliktberatung weitere Ursachen für Defizite in der medizinischen Versorgung von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch wünschen. Zutreffend ist, dass eine Wartefrist „zu Verzögerungen“ führt – dies liegt allerdings in der Natur der Sache und ist originäre Zielsetzung eines solchen rechtlichen Instruments. Verbunden damit ist sowohl der Schutz der Selbstbestimmungsfreiheit der Schwangeren, die vor übereilten Entscheidungen bewahrt werden soll, als auch der Lebensschutz, wie an früherer Stelle bereits dargelegt.¹⁷ Bei beiden handelt es sich jedoch um überwiegende Schutzinteressen, auf deren Absicherung nicht verzichtet werden kann. Die damit einhergehenden Verzögerungen sind folglich hinzunehmen. Kommt es infolge der Wartefrist tatsächlich dazu, dass der Zugang zu einem Schwangerschaftsabbruch verwehrt ist, wobei wiederum empirische Daten dazu fehlen, wie oft dies tatsächlich geschieht, liegt der Fehler ersichtlich in der Versorgungslage, die an dieser Stelle verbessert werden muss – durch zusätzliche Beratungseinrichtungen etc. Das gesetzliche Schutzniveau abzusenken, weil von staatlicher Seite an anderer Stelle – nämlich der Bereitstellung von Einrichtungen zur Wahrung der gesetzlichen Vorgaben

¹⁶ Vgl. zu den Daten, die der ELSA-Studie entnommen sind, Bericht Kom-rSF (Fn. 9), S. 131 ff.

¹⁷ S. oben B. I.

des § 218a StGB – bestehende Verpflichtungen vernachlässigt werden, wird rechtsstaatlichen Anforderungen gerade nicht gerecht. Übertragen auf andere Bereiche des Rechts hieße diese Argumentation des Gesetzesentwurfs zum Beispiel, dass immer dann zu geringe, dem verwirklichten Unrecht nicht entsprechende Strafen ausgereicht werden müssten, wenn der Staat nicht dazu in der Lage wäre, eine hinreichende Zahl an Justizvollzugsanstalten zur Verfügung zu stellen. Pointiert: Defizite staatlichen Handelns können nicht durch ein weiteres Zurückbleiben hinter rechtsstaatlichen Anforderungen ausgeglichen werden – im Gegenteil vertieft sich dadurch bloß der (auch rechtliche) Missstand.

Die Entwurfsverfasser meinen, durch eine inhaltliche Veränderung der Schwangerschaftskonfliktberatung eine weitere Verbesserung der Versorgungslage im Hinblick auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen erzielen zu können. Wie schon im Hinblick auf die dreitägige Wartefrist fehlt es an dieser Stelle erneut an empirischen Daten, die den im Entwurf angenommenen Zusammenhang bestätigen. Unabhängig davon verkennen die Entwurfsverfasser die Zielsetzung der Schwangerschaftskonfliktberatung. Letztere ist zwar „ergebnisoffen“ zu führen, verfolgt aber einen konkreten gesetzlichen Schutzauftrag. So handelt es sich dabei um den verfassungsrechtlich gebotenen Ausgleich dafür, dass Schwangerschaftsabbrüche unter bestimmten Voraussetzungen im ersten Trimester straflos gestellt werden.¹⁸ Diese Möglichkeit greift in den Lebensschutz des Ungeborenen ein. Um das Ungeborene im ersten Trimester nicht vollends schutzlos zu stellen, bedarf es gewisser staatlicher Schutzmaßnahmen, zu denen die Beratungspflicht gehört. Damit erklärt sich, weshalb die Beratung wesentlich darauf gerichtet zu sein hat, den

¹⁸ BVerfGE 88, 203 (344 f.).

Lebensschutz des Ungeborenen zu fördern. Für das Ungeborene kann die Beratung eine der letzten Chancen sein, dass sich die Schwangere gegen den Abbruch entscheidet. Die seitens der Entwurfsverfasser vorgeschlagenen Modifikation des § 5 Schwangerschaftskonfliktgesetz erweisen sich vor diesem Hintergrund als nicht unproblematische Relativierung des Lebensschutzes.

C. Weitergehende Kritik am Gesetzentwurf

Die Gründe, die die Entwurfsverfasser für die von ihnen vorgeschlagene Gesetzesänderung vortragen, sind damit allesamt nicht überzeugend. Sie werfen ernstzunehmende verfassungsrechtliche Bedenken auf, weshalb schon deshalb von der Umsetzung des Entwurfs Abstand genommen werden sollte. Weitere grundsätzliche Kritik am Gesetzentwurf tritt hinzu:

I. Vorzugswürdigkeit einer Regulierung im Kernstrafrecht

Zwar sind Kern- und Nebenstrafrecht gleichwertiges Strafrecht. Dennoch erweist es sich als vorzugswürdig, die Regulierung des strafbaren Schwangerschaftsabbruchs im Strafgesetzbuch zu belassen. Grund dafür ist, dass es sich dabei der Sache nach nicht um eine nebenstrafrechtliche Materie handelt. Im Nebenstrafrecht werden Sondergebiete des Strafrechts normiert, die beispielsweise den Umgang mit gefährlichen Produkten (Arzneimittelgesetz, Betäubungsmittelgesetz) betreffen oder spezifische (bio-)technologische Verfahren (Embryonenschutzgesetz). Der Schwangerschaftsabbruch betrifft allerdings ganz allgemein den Lebensschutz und dies durch Verhaltensweisen, wie sie als Einwirkungen auf den Körper einer anderen Person üblicherweise im Strafgesetzbuch geregelt sind. Eine Verschiebung der Materie ins Schwangerschaftskonfliktgesetz suggeriert, dass sich die Strafbarkeit künftig

bloß auf Verfahrensverstöße bezöge. Dies ist indes gerade nicht der Fall. Nach wie vor geht es den Entwurfsverfassern mit der vorgesehenen Strafvorschrift des § 14 E-Schwangerschaftskonfliktgesetz darum, Fehlverhaltensweisen zu ahnden, die sich gegen das menschliche Leben richten. Allgemeine Straftaten gegen das Leben sind aber im sechzehnten Abschnitt des Strafgesetzbuchs geregelt und sollten dort nicht zuletzt aus Gründen der Gesetzssystematik auch verbleiben.

Hiermit geht nicht zuletzt eine relevante Symbolkraft einher. Das Strafrecht erfasst besonders schwerwiegende Fehlverhaltensweisen, auf die die Gesellschaft mit ihrem „schärfsten Schwert“, der Strafe, reagiert. Das Kernstrafrecht spielt dabei eine besondere Rolle, weil es sich auf allgemeine Straftaten bezieht, deren Unrechtsgehalt den meisten Menschen klar vor Augen steht. Den Schwangerschaftsabbruch aus seiner Systematik des sechzehnten Abschnitts des Strafgesetzbuchs zu lösen, bedeutet eine Relativierung des mit dem Verhalten einhergehenden Fehlverhaltensunrechts. Es wird nämlich das fälschliche Signal gesendet, der Lebensschutz des Ungeborenen sei es nicht wert, an ein und derselben Stelle strafgesetzlich erwähnt zu werden wie der Lebensschutz des geborenen Menschen. Anders als beim Embryonenschutzgesetz lässt sich dies nicht mit der Art der Eingriffe rechtfertigen, die gegen das ungeborene Leben vorgenommen werden. Verfahren wie das reproduktive Klonen oder die Leihmutterschaft werden außerhalb des menschlichen Körpers an Embryonen vorgenommen und sind durch eine spezifische biomedizinische Technik geprägt, die dies erst ermöglicht. Einwirkungen, die einen Schwangerschaftsabbruch bewirken, können indes ganz unterschiedliche Phänotypen aufweisen, zumal sie sich gegen das Ungeborene im Mutterleib richten. An einem Sachgesichtspunkt, derartige

Fehlverhaltensweisen in ein Gesetz wie das Schwangerschaftskonfliktgesetz zu verlagern, das bloße Verfahrensregeln festlegt, fehlt es daher.

Insoweit übersehen die Entwurfsverfasser auch die hohe Bedeutung, die dem Strafrecht in seiner *repressiven Funktion* zukommt. Der Entwurf erwähnt an verschiedenen Stellen, dass Strafrecht zur Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen der falsche Weg sei, freilich mitunter inkonsistent, wenn nämlich zum Beispiel auf die bestehende Abschreckungswirkung gegenüber Ärztinnen und Ärzten rekurriert wird. Unabhängig davon aber, ob es der Androhung von strafrechtlichen Sanktionen gelingt, Schwangerschaftsabbrüche in ihrer Zahl zu reduzieren, darf nicht übersehen werden, dass dem Strafrecht *im Wesentlichen* eine ganz andere Aufgabe zukommt. Strafrecht ist klassischerweise kein Gefahrenabwehrrecht; es liegt in der Natur der Sache, dass das Strafrecht zur Verhinderung von Straftaten zu spät kommt. Seine bedeutende Rolle liegt stattdessen in der *Abndung* begangener Straftaten. Hierbei kommt dem Strafrecht eine nicht zu unterschätzende Bedeutung zu. Durch die Bestrafung bringt die Gesellschaft gegenüber dem Einzelnen zum Ausdruck, dass sein Fehlverhalten nicht akzeptiert wird, dass er *Unrecht* begangen hat, für das er zur Verantwortung gezogen wird. Die Strafe ist damit eine Antwort auf die fehlerhafte Infragestellung des Rechts durch den Täter; durch die Tat greift der Einzelne das Recht an, in der Bestrafung erfährt er die staatliche Reaktion, die ihm – nach dem Maß seiner Verantwortlichkeit – das Mehr an Freiheit nimmt, das er sich durch sein Fehlverhalten zu Unrecht angemäht hat.¹⁹

Diese Funktion kommt dem Strafrecht auch im Zusammenhang mit Schwangerschaftsabbrüchen zu. Letztere richten sich gegen das Leben und

¹⁹ Rostalski, GA 2024, 441 ff.; *dies.*, Der Tatbegriff im Strafrecht, 2019, S. 19 ff.

damit eines der höchsten Güter unserer Rechtsordnung. Sie stellen daher ein Unrecht dar, das nur unter gewissen Voraussetzungen ungeahndet bleibt. Liegen diese Voraussetzungen nicht vor, bedarf es einer gesellschaftlichen Antwort zum Ausgleich des verwirklichten Unrechts. Dem kommt eine wichtige Bedeutung für den gesellschaftlichen Rechtsfrieden zu, der gerade im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch nicht unterschätzt werden sollte. Das Thema ist von hoher Emotionalität. Es ist mitnichten so, dass die von den Entwurfsverfassern angenommene Aufwertung des Selbstbestimmungsrechts Schwangerer zu Lasten des Lebensschutzes des Ungeborenen gesellschaftlich unwidersprochen ist. Ein breiter Trend, wonach die Wertungen, die der gegenwärtigen Fassung der §§ 218 ff. StGB zugrunde liegen, nicht länger zutreffend seien und einer Neubewertung bedürften, ist empirisch nicht nachgewiesen. Kritik hat es an den Vorschriften des strafbaren Schwangerschaftsabbruchs schon immer gegeben, mitunter sehr laute. Das kann nicht verwundern, schließlich berührt das Thema elementare Vorstellungen davon, wie Lebensschutz innerhalb der Gesellschaft betrieben werden soll, bei vielen Menschen sind tiefe Gewissens- und Glaubensvorstellungen davon berührt, wie diese Frage individuell beantwortet wird. Vor diesem Hintergrund erscheint es regelrecht fahrlässig, an Vorschriften die Axt zu legen, die für mittlerweile über 30 Jahre gesellschaftlichen Rechtsfrieden hergestellt haben. Es bedarf nur eines kurzen Blicks in andere Länder, in denen die Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs nach Jahrzehnten verändert wurde, um die sozialen Verwerfungen zu sehen, die damit einhergehen können. Um derartige Risiken für Deutschland zu vermeiden, sollte auch aus diesem Grund dem Entwurf nicht gefolgt werden.

III. Verbleibende Strafbarkeitslücken

Der Entwurf sieht vor, durch einen neuen § 218 StGB den Schwangerschaftsabbruch gegen oder ohne den Willen der Schwangeren zu ahnden. Damit schließt der Entwurf *eine* Lücke, die er selbst durch die vorgeschlagene Streichung des gegenwärtigen § 218 StGB aufreißt. Im Übrigen bleibt der Vorschlag inkonsequent – im Hinblick auf die Straffreistellung der Schwangeren werden verfassungsrechtlich bedenkliche Schutzlücken geschlagen, während zugleich Strafbarkeitslücken verbleiben, die schon gegenwärtig bestehen und nicht hinnehmbar sind. Der Schutz des ungeborenen Lebens ist bereits gegenwärtig unangemessen schwach:²⁰ Vor pränatalen Einwirkungen auf seine Körperintegrität ist es durch die §§ 223 ff. StGB nicht geschützt. Dasselbe gilt für die fahrlässige Tötung, die aufgrund der Systematik nicht zur Anwendung kommt. Schon nach geltendem Recht mehr als bedenklich ist zudem die Konsequenz, dass z.B. ein Wohnungseinbruchsdiebstahl nach einem strengeren Strafrahmen zu ahnden ist als ein Schwangerschaftsabbruch gegen den Willen der Schwangeren unter Herbeiführung einer konkreten Lebensgefahr für diese Frau. Hieran ändern auch die geplanten neuen Vorschriften des § 218 E-StGB, § 14 E-Schwangerschaftskonfliktgesetz nichts. Diese verbleibenden Strafbarkeitslücken und wertungsmäßigen Friktionen wiegen besonders schwer angesichts des im Entwurf enthaltenen Vorhabens, den Lebensschutz weiter zu relativieren. Vorhandene Defizite erhalten dadurch ein zusätzliches Gewicht, das so nicht gewollt sein kann.

²⁰ *Rostalski*, Zeitschrift für Lebensrecht 2024, 95 (104).

IV. Warum die „Liberalisierung“ des Schwangerschaftsabbruchs nicht wirklich freier macht

Der Gesetzentwurf setzt sich zur Aufgabe, den Schwangerschaftsabbruch „liberaler“ zu gestalten. Sprachlich ist dies allerdings mehr als schief.²¹ Der Sache nach wird hier in Gestalt der (auf die Schwangere begrenzten) Entkriminalisierung für mehr Freiheit der einen (der Schwangeren) zulasten der Freiheit und sogar des Lebens des anderen (des Ungeborenen) gestritten. „Liberaler“ ist dies also allenfalls aus einer bestimmten Perspektive. Weil aber im Kontext des Schwangerschaftsabbruchs mindestens zwei Blickwinkel freiheitsrechtlich bedeutsam sind, sollte auch begrifflich klar formuliert werden. Ein bestimmtes Schwangerschaftsabbruchsrecht ist also nicht mehr oder weniger liberal, sondern bringt die gegenwärtige gesellschaftliche Verteilung von Freiheitssphären zwischen Mutter und werdendem Kind zum Ausdruck. Diese Verteilung kann mehr oder weniger lebensschützend oder aber selbstbestimmungsfreundlich ausgestaltet sein.

Der Entwurf rückt das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren in den Fokus. Kann aber eine Entkriminalisierung das Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren tatsächlich stärken? Voraussetzung dafür wäre es zunächst, dass die Entscheidung zur Beendigung der eigenen Schwangerschaft Ausdruck freier Selbstbestimmung ist. Dies kann aber nicht vorbehaltlos angenommen werden. Derartige Entscheidungen erfolgen in aller Regel in einem Zustand sogenannter „prekärer Selbstbestimmung“.²² Ob eine

²¹ S. zum Ganzen bereits *Rostalski*, medstra 1/2024.

²² Zum Begriff s. die Stellungnahme des Deutschen Ethikrats „Suizid – Verantwortung, Prävention und Freiverantwortlichkeit“ vom 22.09.2022, S. 104, abrufbar unter: <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-suizid.pdf> (zuletzt abgerufen am 05.02.2025).

Schwangerschaft fortgesetzt werden soll, wird nicht selten in einem spezifischen Erwartungsumfeld entschieden, das durch die Vorstellungen ganz unterschiedlicher Akteure geprägt ist. Zu denken ist neben dem biologischen Vater an die Erwartungen anderer Familienmitglieder und sonstiger nahestehender Personen ebenso wie an ein spezifisches gesellschaftliches Setting, innerhalb dessen Schwangerschaften unter bestimmten Vorzeichen mehr oder weniger gebilligt werden. Hieraus können Normalitätsvorstellungen erwachsen, die die mütterliche Entscheidung und damit ihre Selbstbestimmung beeinflussen. Für das Prekäre der Entscheidungssituation spricht außerdem, dass die Konsequenzen des Abbruchs einer Schwangerschaft von der Betroffenen nicht vollständig überblickt werden können. Zum Beispiel lässt sich kaum abschließend beurteilen, wie es sich auf ihre Psyche und Seele auswirkt, das Kind nicht auszutragen. Selbst eine anfänglich persönlich mehr oder minder als unproblematisch empfundene Entscheidung kann zu einem späteren Zeitpunkt im Leben tief bereut werden. In gegenwärtigen Debatten über den Schwangerschaftsabbruch geht diese Perspektive allzu schnell verloren. Der Schwangerschaftsabbruch ist stets die Entscheidung gegen ein individuelles Leben. Ob sie später bereut wird, lässt sich im Zeitpunkt der Entscheidung nicht wissen. Diese Dimension des Lebens ist nicht einschätzbar; sie erschwert zugleich die Annahme einer uneingeschränkt freiverantwortlichen Entscheidung für den Schwangerschaftsabbruch, zumal es sich dabei um einen Willensentschluss handelt, der mit dem menschlichen Leben ein bedeutsames Gut betrifft und daher besonders schwer wiegt. Gleichwohl: Prekäre Selbstbestimmung bleibt Selbstbestimmung; sie bewegt sich allerdings an der Grenze zu dem, was nicht mehr als freiverantwortlich eingestuft werden kann. In dieser fragilen Situation besteht eine besondere Gefahr dafür, dass es zu fremdbestimmten

Übergriffen auf die Entscheidungsfreiheit der Mutter kommt.²³ Dies relativiert unter Umständen das Gewicht der in Rede stehenden mütterlichen Rechtsposition im Widerstreit mit dem kindlichen Lebensschutzinteresse.

Vor diesem Hintergrund ist sich von einer (teilweisen) Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs keine Stärkung der Selbstbestimmungsfreiheit der Schwangeren zu versprechen. Die Legalisierung des Verhaltens nimmt der Entscheidungssituation der Schwangeren nicht das Prekäre, möglicherweise bewirkt sie sogar das Gegenteil. Der Sache nach verengt nämlich die Debatte darüber, ob der Schwangerschaftsabbruch (für die Schwangere) strafbar sein soll oder nicht, die Frage auf einen bloßen Konflikt zwischen der Schwangeren und dem Ungeborenen. Um die Schwangere real zu stärken, müsste ganz anders angesetzt werden. Ein erster Schritt läge darin, kritisch fragen, welche Bedingungen in der Gesellschaft für jene gelten, die ein – ggf. behindertes – Kind (allein) großziehen. Der insoweit gebotene Perspektivwechsel würde die Untragbarkeit bestehender Verhältnisse aufdecken, in denen alleinerziehende Frauen einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt sind, Carearbeit in der Rente keine Berücksichtigung findet, gelingende externe Kinderbetreuung von finanzieller Potenz abhängt usw.²⁴ Zugleich fällt der

²³ *Höfling*, Zeitschrift für medizinische Ethik 59 (2013), 171 (175).

²⁴ S. etwa *Hübgen*, Armutsrisiko alleinerziehend, 2020; *Lenze*, Alleinerziehende weiter unter Druck – Bedarfe, rechtliche Regelungen und Reformansätze, Bertelsmann-Stiftung, 2021, abrufbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Familie_und_Bildung/Studie_WB_Alleinerziehende_weiter_unter_Druck_2021.pdf (zuletzt abgerufen am 05.02.2025); *Blömer et al.*, Zwischen Wunsch und Wirklichkeit: Unter- und Überbeschäftigung am deutschen Arbeitsmarkt, Studie im Auftrag der Bertelsmann Stiftung, 2021, S. 5; abrufbar unter: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/publikationen/publikation/did/zwischen-wunsch-und-wirklichkeit-1> (zuletzt abgerufen am 05.02.2025); Zweiter Gleichstellungsbericht der Bundesregierung, 2017, S. 44-48, abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/122398/87c1b52c4e84d5e2e5c3bdfd6c16291a/>

Blick auf nach wie vor bestehende Rollenbilder von „guter“ Mutterschaft und Familie, auf eine auch moralisch von den meisten unreflektiert internalisierte Verwertungslogik, nach der Pausen von Ausbildung und Beruf infolge Kinderbetreuung als „Fehler“ nicht verziehen werden, in der die Schwachen die gesellschaftlichen Verlierer sind, weshalb weder Programme zur Förderung alleinerziehender Mütter, ihrer Kinder, von behinderten und armen Menschen oben auf der politischen Tagesordnung stehen. Gemeinschaft wird darin nicht gedacht als Zwischenmenschlichkeit und Solidarität über gesellschaftliche Ungleichheit, Stärke und Schwäche hinweg. Darin fügt sich der Ruf nach einer Stärkung von Selbstbestimmung zum Schwangerschaftsabbruch, durch deren Ausübung von vornherein ausgeschlossen wird, wer im weiteren Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit ohnehin keinen Platz in der gesellschaftlichen Mitte erhalten hätte.

Letztlich liegt hierin eine höchst problematische gesellschaftliche Verantwortungsdelegation: Kollektive Verantwortung wird auf die Schwangere verlagert, der durch eine weitgehende Öffnung ihrer Entscheidungsfreiheit zum Schwangerschaftsabbruch das vermeintlich Normale dieses Entschlusses nahegelegt wird. Die Schwangere wird dadurch nicht nur in ihrer prekären Entscheidungssituation allein gelassen. Darüber hinaus wird ihr ein Mehr an Verantwortung für den Fall übertragen, dass sie sich *für* das Kind entscheidet. Die Kehrseite einer weitgehenden Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs ist nämlich ein Weniger an gesellschaftlicher Verantwortung für Kinder, die gleichwohl in schwierigen Lebensumständen zur Welt kommen. Anders ist es bei Beibehaltung einer Regulierung von Schwangerschaftsabbrüchen, gerade

zweiter-gleichstellungsbericht-der-bundesregierung-eine-zusammenfassung-data.pdf
(zuletzt abgerufen am 05.02.2025).

durch das Strafrecht: Aus derartigen Freiheitsbeschränkungen erwächst nämlich die staatliche Pflicht, Sorge dafür zu tragen, dass es gerade nicht die gesellschaftlichen Zustände sind, die den Wunsch zu einem Schwangerschaftsabbruch motivieren. Dieser Pflicht (endlich) angemessen nachzukommen, sollte im Fokus der Debatte über Schwangerschaftsabbrüche stehen – nicht aber die Frage einer Streichung von § 218 StGB, die weder Schwangeren in ihrer Entscheidungsfreiheit noch alleinerziehenden Müttern, Familien mit behinderten Kindern etc. in ihrem täglichen Leben einen echten Vorteil bringt.

Der Gesetzentwurf verabsäumt es, den hier vorgeschlagenen Weg zu gehen und insbesondere Ernst zu machen mit Vorgaben, die schon das Bundesverfassungsgericht im Jahr 1993 in seiner zweiten Schwangerschaftsabbruchentscheidung formuliert hat. Es hätte eine große Leistung der Entwurfsverfasser darin liegen können, zu hinterfragen, ob nicht das Bild von Selbstbestimmung, das die Debatte um § 218 StGB bestimmt, mitunter viel zu optimistisch, gar illusorisch ist. Auf diese Weise wäre auch der Weg bereitet zu einer Kritik am gegenwärtigen gesellschaftlichen Umgang mit schwangeren Frauen – insbesondere im Hinblick auf eklatante sozialpolitische Defizite, die es zu beheben gilt (und dies völlig unabhängig davon, ob § 218 StGB in seiner gegenwärtigen Fassung im Gesetz bleibt oder nicht). Um Schwangere zu stärken, bedarf es einer geänderten Sozialpolitik – hierfür wären entsprechende Gesetzesvorschläge wünschenswert gewesen, anstatt sich in alten Debatten und längst diskutierten Argumenten über die Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen zu verlieren.

D. Fazit

Der Gesetzgeber sollte dem Gesetzentwurf nicht folgen. Die darin vorgetragene Argumente erweisen sich als nicht tragfähig, zugleich erweisen sich die vorgeschlagenen gesetzlichen Änderungen als verfassungsrechtlich besonders problematisch und bedeuten eine erhebliche Verschlechterung der derzeitigen Rechtslage sowohl im Hinblick auf die Rechtsposition der Schwangeren als auch des Ungeborenen. Anstatt immer wieder die alte Frage der Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen zu diskutieren, wäre es an der Zeit, die Selbstbestimmung Schwangerer durch tatsächlich dazu geeignete Maßnahmen zu fördern. Hierzu bedarf es eines gesellschaftlichen Umdenkens und der ernstlichen Bereitschaft, soziale Missstände zu beheben, die derzeit insbesondere Alleinerziehende und die Kinder einkommensschwacher Eltern betreffen.

Prof. Dr. Gregor Thüsing, LL.M. (Harvard), Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

**Stellungnahme zum
Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs
(BT-Drucks. 20/13775)**

I. Strafrecht ist kein Selbstzweck – und jede Frau kann die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs verhindern, und das ist gut so	2
II. Was jetzt gewollt ist, ist verfassungswidrig.....	3
III. Was jetzt gewollt ist, wird nicht durch das internationale Recht gefordert	6
IV. Für alle Operationen gibt es eine Bedenkzeit zwischen Beratung und Eingriff – und gerade beim Schwangerschaftsabbruch soll das anders werden?	10
V. Schwangerschaftsabbruch kann nicht von den Krankenkassen bezahlt werden – wer aber bedürftig ist, für den zahlt der Staat	12
VI. Was also tun?.....	14

Der rechtliche Status quo (I.). zeigt: Schwangerschaftsabbrüche sind straffrei möglich. Verurteilungen von Frauen nach § 218 StGB gibt es in der Praxis nicht. Das ist gut so – aber warum dann das Strafrecht ändern? Wo liegt hier der Bedarf? Die vorgeschlagenen Änderungen sind umso mehr abzulehnen, als sie nach den Maßstäben des BVerfG klar verfassungswidrig sind, und jeder Hinweis, künftig würde das Gericht seine bisherige Rechtsprechung korrigieren, letztlich – *sit venia verbo* - bloße Hoffnungsrede der Apologeten des Wandels ist (II.). Dabei ist der These klar zu widersprechen, eine solche Reform der bestehenden Rechtslage sei aufgrund internationaler Vorgaben zwingend oder auch nur naheliegend (III.). Insbesondere ist an der Wartefrist zwischen Beratung und Abbruch festzuhalten (IV.) und an der fehlenden Erstattung der Kosten durch die Krankenkassen – auch dies gefordert durch die Rechtsprechung des BVerfG (V.). Mir am wichtigsten vielleicht: Ich möchte deutlich machen, dass es wichtig ist, Fragestellungen dieser Tragweite den notwendigen Diskursrahmen zu geben und

gesellschaftlich hart errungene Kompromisse nicht leichtfertig aufs Spiel zu setzen – kein Hauruck-Verfahren jetzt auf den letzten Metern der Legislaturperiode (VI.).

I. Strafrecht ist kein Selbstzweck – und jede Frau kann die Strafbarkeit des Schwangerschaftsabbruchs verhindern, und das ist gut so

Strafen sind kein Selbstzweck. Strafe ist *ultima ratio*. Die Strafbewehrung des Schwangerschaftsabbruchs, wie sie gegenwärtig in den §§ 218 ff. StGB geregelt ist, dient dabei dem Ziel, das Leben Ungeborener zu schützen. Es erfüllt damit eine Aufgabe, die das BVerfG für die Rechtsordnung festgeschrieben hat.¹ Mittelbar aber dient die gesetzliche Regelung ebenso dem Schutz von Körper und Leben der Frau, denn ein legaler Zugang zu einem durch einen Arzt professionell durchgeführten Schwangerschaftsabbruch minimiert die bestehenden Risiken für die Frau.²

Eben jene Möglichkeit – unter Berücksichtigung der gesetzlichen Grenzen, einen nicht strafbewehrten Schwangerschaftsabbruch vornehmen zu lassen – lässt sich auch in Zahlen belegen. Im Jahr 2023 erfolgten nach Angaben des Statistischen Bundesamts insgesamt 106.218 Schwangerschaftsabbrüche, bei 692.989 Geburten.³ 102.187 (96,2 %) erfolgten dabei auf Grundlage der derzeit bestehenden Beratungsregelung.⁴ Einer solchen Zahl, die einen Höchststand seit 2012 darstellt, lassen sich jedenfalls keine unüberwindbaren Hürden entnehmen. Informationen sind frei verfügbar⁵ und Werbung ist seit Abschaffung des § 219a StGB im Jahr 2022 möglich.⁶ So zeigen die Zahlen der Strafverfolgungsstatistik, dass seit dem Jahr 2010 lediglich eine Schwangere gem. § 218 Abs. 3 StGB rechtskräftig verurteilt wurde.

¹ Vgl. nur: BVerfG, Urt. v. 21.6.1977 – 1 BvL 14/76, NJW 1977, 1525.

² NK-MedizinStR/*Heking*, § 218 StGB, Rn. 15.

³ Statistisches Bundesamt, abrufbar unter:

https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_164_233.html#:~:text=WIESBADEN%20–

https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html (letzter Zugriff: 31.1.2025).

⁴ Statistisches Bundesamt, abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/_inhalt.html (letzter Zugriff: 31.1.2025).

⁵ Abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbr-rechtliche-begrueundung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html (letzter Zugriff: 31.1.2025).

⁶ So stellt die Bundesärztekammer eine Liste zur Verfügung in der sich Ärzte eintragen können, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen und deren Grundlage sich in § 13 Abs. 5 SchKG findet:

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/BAEK/Themen/Schwangerschaftsabbruch/2025_0105_Liste_13_Abs_3_SchKG.pdf (letzter Zugriff: 31.1.2025).

⁶ Am 24.06.2022 hat der Bundestag das Gesetz zur Aufhebung des § 219a StGB beschlossen: BMJ, https://www.bmj.de/DE/themen/gesellschaft_familie/kinder/werbeverbot/werbeverbot_artikel.html (letzter Zugriff: 31.1.2025).

Hierbei handelt es sich um einen Fall aus dem Jahr 2016 in Hessen.⁷ Nicht nur nominell, sondern gerade im Vergleich zu jährlich im Schnitt rund 100.000 Abtreibungen eine sehr niedrige Zahl, die deutlich macht, dass ein legaler Weg zur Verfügung steht und dieser von den Betroffenen auch genutzt wird. Eben darin liegt der Kompromiss des Gesetzgebers.

Was der Gesetzgeber jedoch gegenwärtig gem. § 218a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 StGB zur Straffreiheit fordert, ist regelmäßig eine verpflichtende Beratung vor dem Eingriff i.S.d. § 219 StGB, sowie die Einhaltung einer Bedenkzeit von drei Tagen. Zudem dürfen gem. § 218a Abs. 1 S. 1 Nr. 3 StGB zum Zeitpunkt des Eingriffs grundsätzlich nicht mehr als zwölf Wochen seit der Empfängnis vergangen sein. Eine Ausnahme hiervon besteht gem. § 218a Abs. 2 StGB bei medizinisch-sozialer Indikation, wenn also eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren besteht, die nicht anderweitig abgewendet werden kann, sowie bei kriminologischer Indikation in Fällen des § 218a Abs. 3 StGB. Zudem besteht eine Privilegierung der Schwangeren, die auch bei einem Abbruch innerhalb von 22 Wochen straflos bleibt, sofern diese nach Beratung durch einen Arzt vorgenommen wird. Diese bleibt gem. § 218a Abs. 4 S. 1 StGB auch in solchen Fällen straflos.

II. Was jetzt gewollt ist, ist verfassungswidrig

Eine Änderung ist also nicht durch praktischen Bedarf begründet. Wichtiger aber: So wie sie vorgeschlagen wurde, wäre sie auch klar verfassungswidrig. Das BVerfG hat den Schutz auch des ungeborenen Lebens mehrfach herausgehoben.⁸ Die aktuelle Beratungslösung ist dabei die Antwort der Politik gewesen, den verfassungsrechtlich gebotenen Lebensschutz und die Achtung des Selbstbestimmungsrechts der werdenden Mutter in einen verhältnismäßigen Ausgleich zu bringen. Diesen Ausgleich nun neu zu justieren im Sinne des Gesetzesentwurfs wäre nur möglich, wenn das Bundesverfassungsgericht die zentralen Teile seiner Rechtsprechung zurücknehmen würde. Solange es dies nicht tut, bewegt sich der Entwurf in einem weit entfernten verfassungsrechtlichen Paralleluniversum. Dafür, dass es das tun wird, sprechen jedenfalls keine verfassungsrechtlichen Argumente. Das macht schon ein Blick auf den Kommissionsbericht deutlich. Er verwendet sieben ganze Seiten darauf, darzulegen, ob der Gesetzgeber schon durch die Bindungswirkung des § 31 BVerfG von solcher Gesetzgebung

⁷ Antwort des BMJ auf die Anfrage der Abg. Winkelmeier-Becker, BT-Drs. 20/6259, S. 44. Der Schwangerschaftsabbruch geschah ohne einen Arzt und weit nach der 12 Woche – die vorgeschlagene Gesetzesänderung hätte wohl nichts an seiner Rechtswidrigkeit geändert.

⁸ Insb. die beiden Entscheidung BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751; BVerfG, Urt. v. 25.2.1975 – 1 BvF 1, 2, 3, 4, 5, 6/74, NJW 1975, 573.

Abstand nehmen müsste. Die Kommission verneint dies, zeigt aber den engen Rahmen auf, den Karlsruhe gesetzt hat. Der Gesetzgeber

„kann dabei aber die vom Bundesverfassungsgericht festgestellten Gründe der Verfassungswidrigkeit des ursprünglichen Gesetzes nicht übergehen. Eine Normwiederholung verlangt vielmehr ihrerseits besondere Gründe, die sich vor allem aus einer wesentlichen Änderung der für die verfassungsrechtliche Beurteilung maßgeblichen tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse oder der ihr zugrunde liegenden Anschauungen ergeben können. Fehlen solche Gründe, ist das Bundesverfassungsgericht nicht gehalten, die bereits entschiedenen verfassungsrechtlichen Fragen erneut zu erörtern.“⁹

Wo ist die wesentliche Änderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse? Dass die Forderungen nach Änderungen zahlreicher oder auch nur wahrnehmbarer werden, ist kein solcher Grund. Der Entwurf verschiebt die Grenze des verfassungsrechtlich Diskutierbaren weit über den aktuellen Stand hinaus. Denn die Diskrepanzen zwischen Karlsruhe und der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin¹⁰, an den der Gesetzesentwurf ja anknüpfen will¹¹, in der Interpretation dessen, was unsere Verfassung sagt, liegen nicht im Marginalen, sondern im Kern: „Ob dem Embryo/Fetus der Schutz der Menschenwürdegarantie (Art. 1 Abs. 1 GG) zugutekommt, ist fraglich“¹² heißt es da. Anders Karlsruhe. Schon 1993 formulierte das BVerfG in seiner letzten einschlägigen Stellungnahme unmissverständlich die Basis seiner Entscheidung: „Menschenwürde kommt schon dem ungeborenen menschlichen Leben zu. Die Rechtsordnung muß die rechtlichen Voraussetzungen seiner Entfaltung im Sinne eines eigenen Lebensrechts des Ungeborenen gewährleisten. Dieses Lebensrecht wird nicht erst durch die Annahme seitens der Mutter begründet.“¹³ Demgegenüber provoziert es Stirnrunzeln, wenn es im Bericht heißt, dass selbst wenn dem Fötus doch Menschenwürde zukommen würde „Argumente dafür [gebe], dass die Menschenwürdegarantie durch einen Schwangerschaftsabbruch im Regelfall nicht verletzt wäre.“¹⁴ Diese Argumente finden sich jedenfalls nicht in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, dem zufolge die Würde des Menschseins auch für das ungeborene Leben im Dasein um seiner selbst willen liegt, woraus konsequent und argumentativ stimmig gefolgert wird: „Das Grundgesetz verpflichtet den Staat, menschliches Leben, auch das

⁹ BVerfGE 96, 260, 263.

¹⁰ In der ersten Lesung bezeichnete eine der Antragsautorinnen das Gremium fälschlich, aber doch dekuvierend und in der Sache nachvollziehbar als „Unabhängige Kommission für eine Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs: Plenarprotokoll 20/203, S. 26236.

¹¹ BT-Drs. 20/13775, S. 4.

¹² Kommissionsbericht, S. 27.

¹³ BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751.

¹⁴ Kommissionsbericht, S. 198, 211.

ungeborene, zu schützen.“ Das hat mit einem Recht auf Abtreibung nichts, aber auch gar nichts zu tun. Die Rechtsprechung hat dabei die Grundrechte der Frau fest im Blick, kommt aber zu einer ganz anderen Abwägung als die Kommission: „Grundrechte der Frau tragen nicht so weit, daß die Rechtspflicht zum Austragen des Kindes – auch nur für eine bestimmte Zeit – generell aufgehoben wäre. Die Grundrechtspositionen der Frau führen allerdings dazu, daß es in Ausnahmefällen zulässig, in manchen dieser Fälle womöglich geboten ist, eine solche Rechtspflicht nicht aufzuerlegen. Es ist Sache des Gesetzgebers, solche Ausnahmetatbestände im Einzelnen nach dem Kriterium der Unzumutbarkeit zu bestimmen.“ Unzumutbare Ausnahmefälle sind etwas anderes als die Freigabe für einen ganzen Zeitraum.

Die Entwurfsverfasser stellen sich dem entgegen. Das Gericht mache „ungewöhnlich engmaschige Vorgaben“.¹⁵ Ja, mehr noch: „Die hinsichtlich der Grundrechte der Schwangeren restriktive, den Entscheidungsspielraum des Gesetzgebers ungewöhnlich weit begrenzende Argumentationslinie des Bundesverfassungsgerichts ist zumindest für die frühe Phase der Schwangerschaft nicht mehr haltbar“¹⁶. Aus juristischer Perspektive ist das starker Tobak. Der Entwurf ist nicht „minimalinvasiv“¹⁷ und „ausgewogen“¹⁸, wie die Antragsautoren in der Bundestagsdebatte erklärten, sondern radikal – zumindest juristisch, bricht er doch fundamental mit der bestehenden Rechtsprechung des BVerfG. Die Verfasser des Gesetzesentwurf maßten sich offenbar an, es besser als das Verfassungsgericht zu wissen. Woher?¹⁹

Die Angst vor Strafbarkeit kann quälend sein, auch da, wo sich niemand strafbar gemacht hat. Das kann niemand wollen. Aber wo der gesetzlich beschriebene Weg beschritten wird, besteht schlicht kein Strafbarkeitsrisiko. Um es klar zu sagen: Es geht hier nicht, aber auch gar nicht um die „Kriminalisierung von Schwangeren“²⁰ oder eine „Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs“²¹ – es geht darum, ob die Tötung des sich als Mensch

¹⁵ BT-Drs. 20/13775, S. 18.

¹⁶ BT-Drs. 20/13775, S. 18.

¹⁷ Plenarprotokoll 20/203, S. 26238, 26347.

¹⁸ Plenarprotokoll 20/203, S. 26233, 26241.

¹⁹ Wie - zurecht - zurückhaltend das BVerfG mit Rechtsprechungsänderungen ist zeigte schon vor nun mehr als 25 Jahren *Seyfarth*, Die Änderung der Rechtsprechung durch das Bundesverfassungsgericht, 1998. S. auch *Lechner/Zuck* BVerfGG § 31 Rn. 29.

²⁰ Wenig hilfreich daher der Hinweis *Gaede et alii*, Den Schwangerschaftsabbruch entkriminalisieren, FAZ v. 22.1.2025, die ausführen, das höchste deutsche Gericht könne heute mit guten Gründen eine „Pflicht zur Kriminalisierung von Schwangeren mit guten Gründen verneinen“. Von einer solchen Pflicht ist es auch in seiner bisherigen Rechtsprechung nicht ausgegangen. Es hat betont: Der Einsatz des Strafrechts zum Schutz des ungeborenen Lebens unterliege prinzipiell der Entscheidung des Gesetzgebers. Der Gesetzgeber müsse nicht die gleichen Maßnahmen strafrechtlicher Art ergreifen wie zum Schutz des geborenen Lebens. Der Einsatz des Strafrechts zur Ahndung des Schwangerschaftsabbruchs sei zwar legitim, der Gesetzgeber könne die grundgesetzlich gebotene rechtliche Missbilligung des Schwangerschaftsabbruchs aber auch auf andere Weise zum Ausdruck bringen als mittels Strafandrohung. (BVerfGE 39, 1, 45, 46).

²¹ BT-Drs. 20/13775, S. 6.

entwickelnden Lebens für einen bestimmten Zeitraum generell rechtmäßig sein kann oder nicht. Eine Pflicht zur Strafbarkeit hat das BVerfG klar abgelehnt, wenn eine Beratung im Sinne des Lebensschutz eine verantwortete Entscheidung der Schwangeren ermöglicht. Das ist der Status quo. Und der heißt: Die Tat bleibt rechtswidrig – aber sie ist nicht kriminell (und ob die Strafnorm im StGB oder in anderen Gesetzen stünde, wäre dafür ohnehin nicht entscheidend – es gibt keine „Kriminalisierungsdifferenz“ abhängig von der Fundstelle der Norm). Der strafrechtliche Unterschied läge allein darin, dass die Frau selbst nie bestraft werden kann, auch wenn sie alle gesetzgeberischen Vorgaben mitachtet, § 14 Abs. 4 Schwangerschaftskonfliktgesetz-E. Es wäre hilfreich, wenn betroffenen Frauen in der Diskussion auch nichts anderes suggeriert wird. Auch dies trägt zur Ehrlichkeit des Diskurses bei.

III. Was jetzt gewollt ist, wird nicht durch das internationale Recht gefordert

Um den Schwenk zur Rechtmäßigkeit zu begründen, bemühen die Autoren des Gesetzesentwurf allerlei Narrative. „Die aktuelle Rechtslage in Deutschland widerspricht Vorgaben und Standards des internationalen Rechts“, heißt es.²² Was mit „Standards“ gemeint ist, ist unklar, und soll es wohl auch sein. Denn Deutschland zählt bereits jetzt mit seinen bestehenden Regelungen zu den weltweit 77 Staaten, in denen Abtreibung auf Verlangen der Schwangeren unter variierender Ausgestaltung zulässig ist.²³ In der Mehrheit der Länder weltweit wird Schwangerschaftsabbruch restriktiver gehandhabt; in 112 Ländern ist Abtreibung nur aufgrund medizinischer Indikation zulässig oder gänzlich verboten.²⁴ Sofern also ein internationaler „Standard“ im Vergleich der weltweiten Staatenpraxis hergeleitet würde – Deutschland hätte ihn erfüllt. Und wiederum: Das ist gut so.

Hinsichtlich der „Vorgaben“, gegen die die jetzige Regelung im Widerspruch stünde, heißt es aber dann recht nebulös: „Die Beibehaltung der derzeitigen Rechtslage stellt keine tragfähige Alternative dar. Sie [...] steht im Widerspruch zu den internationalen Verpflichtungen Deutschlands, wie sie in den von Deutschland ratifizierten internationalen Menschenrechtsverträgen festgelegt sind, die den diskriminierungsfreien Zugang zu

²² BT-Drs. 20/13775, S. 20.

²³ Center for reproductive rights. Alternativ: Im internationalen Vergleich zeigt sich deutlich, dass Deutschland mit seinen bestehenden Regelungen bereits zu der Minderheit der „progressiven“ Ländern zählt: In 110 der 198 Staaten sind die Abtreibungsregeln unter engeren Voraussetzungen möglich.

²⁴ Center for Reproductive Rights, internationale Menschenrechtsorganisation: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>, (letzter Zugriff: 31.1.2025).

reproduktiven Gesundheitsdiensten, einschließlich des Zugangs zur Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch, fordern.“

Stimmt das wirklich? Hier werden falsche Narrative bedient. In sämtlichen internationalen Menschenrechtsabkommen, die Deutschland ratifiziert hat,²⁵ findet „Abtreibung“ oder „reproductive rights“ keine Erwähnung²⁶; die Abortion Care Guideline der WHO aus dem Jahr 2022²⁷ ist – allgemein anerkannt – nicht bindendes Soft Law.²⁸ Die Auslegung der Menschenrechtsabkommen ist an den Maßstäben der Artikel 31 und 32 des Wiener Vertragsrechtsübereinkommen zu bemessen, auch hieraus lässt sich kein völkerrechtlicher Verstoß des geltenden Rechts gegen Menschenrechtsabkommen ableiten. Insbesondere kann hierfür nicht auf die völkerrechtlich nicht bindenden Empfehlungen von UN-Ausschüssen, u.a. auch zur Umsetzung der Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation, verwiesen werden.²⁹ Auch wenn dies insbesondere im Schrifttum umstritten ist, haben die Empfehlungen – wie auch der IGH³⁰ und eben auch das BVerfG³¹ festgestellt haben – keine Verbindlichkeit für das nationale Recht: Wie auch im Kommissionsbericht selbst festgestellt wird, sind die Äußerungen der Vertragsausschüsse als Soft Law völkerrechtlich unverbindlich und bringen gewisse regulative Effekte mit sich, jedoch keine harten Umsetzungspflichten.³² Auch geben diese keine autoritative Auslegung der Pakte vor. So laut Kommissionsbericht: „Ein explizites Mandat der relevanten Vertragsausschüsse zur Interpretation der UN-Menschenrechtspakte, die Verbindlichkeit genösse, kann den Menschenrechtsübereinkommen nicht entnommen werden, wie das BVerfG oftmals betont hat.“ Darüber hinaus befand das BVerfG hinsichtlich weitreichenderer Auslegung durch Menschenrechtsausschüsse: „Eine Kompetenz zur Fortentwicklung internationaler Abkommen über Vereinbarungen und die Praxis der

²⁵ Zu den internationalen Menschenrechtsabkommen zählen insbesondere ICCPR (1973 von Deutschland ratifiziert, 1976 völkerrechtlich in Kraft getreten), ICESCR (1973 von Deutschland ratifiziert, 1976 völkerrechtlich in Kraft getreten), ICERD (1969 von Deutschland ratifiziert, 1969 völkerrechtlich in Kraft getreten), CEDAW (1985 von Deutschland ratifiziert, 1981 völkerrechtlich in Kraft getreten), CAT (1990 von Deutschland ratifiziert, 1987 völkerrechtlich in Kraft getreten), CRC (1992 von Deutschland ratifiziert, 1990 völkerrechtlich in Kraft getreten), CRPD (2009 von Deutschland ratifiziert, 2009 völkerrechtlich in Kraft getreten) und CPED (2009 von Deutschland ratifiziert, 2010 völkerrechtlich in Kraft getreten).

²⁶ Vgl. auch – sehr lesenswert! - *Funck/Schmieders*, FAZ Einspruch v. 15.04.2024, Der Abtreibungsvorschlag der Ampelkommission ist ein Angriff auf das Grundgesetz.

²⁷ Weltgesundheitsorganisation, Abortion Care Guideline, 2022, sec. 2.2.1, abrufbar unter: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483> (letzter Zugriff: 31.1.2025).

²⁸ Kommissionsbericht, S. 229.

²⁹ BT-Drs. 20/13775, S. 20.

³⁰ IGH, Ahmadou Sadio Diallo [Republic of Guinea v. Democratic Republic of the Congo], I.C.J. Reports 2010, S. 639, [663–664], Rn. 66.

³¹ BVerfG, Beschl. v. 26.7.2016 – 1 BvL 8/15, NJW 2017, 53, Rn. 90.

³² Kommissionsbericht, S. 228.

Vertragsstaaten hinaus kommt diesen nicht zu“.³³ Dies entspricht auch der weit verbreiteten Auffassung und staatlichen Praxis.³⁴

Man könnte hier aufhören. Aber wichtiger noch scheint es, darauf hinzuweisen, dass die Empfehlungen, die konkret gegenüber Deutschland ausgesprochen wurden, gerade nicht die Frage der Rechtswidrigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen, sondern die Beratungspflicht mit Wartezeit und das Problem der Kostenübernahme betreffen.³⁵ Die ebenfalls benannten (nicht bindenden) generellen Empfehlungen zielen auf eine weltweite Sicherstellung von „safe and legal abortion“³⁶ bzw. „legal and effective access to abortion“ sowie „to ensure that [women seeking an abortion] are not subjected criminal sanctions“ ab.³⁷ Gerade Letzteres gewährleistet das besondere deutsche System durch die Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruch mit der Fristen- und Beratungslösung – und wurde daher auch in den länderspezifischen Empfehlungen nicht kritisiert.³⁸

Innerstaatlich haben die UN-Menschenrechtsübereinkommen einfachgesetzlichen Rang, das Grundgesetz ist jedoch völkerrechtsfreundlich auszulegen – aus Art. 1 Abs. 2 GG ergibt sich das Gebot menschenrechtskonformer Auslegung.³⁹ Dies zeigt sich auch in der Grundsatzentscheidung des BVerfG aus dem Jahr 1993,⁴⁰ zu einem Zeitpunkt, in dem die maßgeblichen Menschenrechtsabkommen⁴¹ bereits von Deutschland ratifiziert und in Kraft getreten waren. Das BVerfG war sich der Geltung der Menschenrechtsabkommen bewusst: Es nahm explizit in seiner Auslegung Bezug auf die ICESCR⁴² und entwickelte in Abwägung der Rechtsgüter die Grundlagen des bestehenden Rechtsrahmens.

Es ist also schlicht unzutreffend, wenn der Eindruck vermittelt wird, dass das, was die Autoren vorschlagen, geboten und deshalb eine Rechtfertigung nicht erforderlich sei. Das gilt auch für die selektive Suche nach legislativen *role models*: „Im europäischen Vergleich zeigt sich, dass

³³ BVerfG, Beschl. v. 26.7.2016 – 1 BvL 8/15, NJW 2017, 53, Rn. 90.

³⁴ ILA, Committee on International Human Rights Law and Practice, Final Report on the Impact of Findings of the United Nations Human Rights Treaty Bodies, 2004, Rn. 15, 16, m.w.N; vgl. Kommissionsbericht, S. 229.

³⁵ CEDAW/C/DEU/CO9 v. 31.5.2023, S. 13, Rn. 45; CEDAW, Concluding Observations on the seventh and eighth periodic report of Germany, 9. März 2017, CEDAW/C/DEU/CO/7–8, Rn. 38

³⁶ CCPR, General Comment No. 36, 3. September 2019, CCPR/C/GC/36, Rn.8.

³⁷ CCPR, General Comment No. 36, 3. September 2019, CCPR/C/GC/36, Rn. 8; ebenso CERD, Concluding observations on the combined tenth to twelfth reports of the United States of America, 21. September 2022, CERD/C/USA/CO/10–12, Rn. 36.

³⁸ Vgl. CEDAW/C/DEU/CO9 v. 31.5.2023, S. 13, Rn. 45; CEDAW, Concluding Observations on the seventh and eighth periodic report of Germany, 9. März 2017, CEDAW/C/DEU/CO/7–8, Rn. 38

³⁹ Sauer, Dreier, Grundgesetz-Kommentar, 4. Aufl. 2023, Art. 1 Abs. 2 Rn. 26.

⁴⁰ BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751.

⁴¹ Einzig die CRPD (Behindertenrechtskonvention) und CPED (Konvention gegen Verschwindenlassen) waren zu diesem Zeitpunkt noch nicht von Deutschland ratifiziert.

⁴² BVerfGE 88, 203 [260]: Er bezog sich jedenfalls auf Art. 3, 7 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (ICESCR) vom 19. Dezember 1966.

zahlreiche Länder den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen liberaler gestaltet haben“.⁴³ Bei den einen ist es so, bei den anderen anders, wie schon ein Blick auf unsere Nachbarstaaten zeigt. Für Frankreich stimmt dies sicherlich⁴⁴, aber schon für Polen nicht.⁴⁵ Im Übrigen taugen solche Parallelen nur wenig zur Beurteilung deutschen Verfassungsrechts.

Auch ein Verweis auf die EMRK ginge fehl. So hielt der EGMR teils explizit fest, dass aus dem Recht auf Privatleben nach Art. 8 EMRK kein Recht auf Abtreibung abgeleitet werden kann.⁴⁶ Das heißt freilich nicht, dass die gesetzliche Regelungen einer Abtreibung nicht das Recht auf Privatleben oder eine andere Garantie berühren kann – im Gegenteil: Der EGMR bejahte das Berührtsein des Rechts auf Privatleben in zahlreichen Fällen.⁴⁷ Aufgrund eines fehlenden Konsenses der Vertragsstaaten über die Frage, wann das Leben im rechtlichen Sinne beginnt und damit geschützt wird, kommt diesen aber weiterhin ein großer Ermessensspielraum bei der Regelung der Abtreibung zu.⁴⁸ So vermag es nicht zu erstaunen, dass der EGMR in seiner Rechtsprechung eine Verletzung von Art. 8 EMRK häufig dann annahm, wenn das nationale Recht einen Anspruch auf Abtreibung gewährte, dieser aber *de facto* vereitelt wurde. Mit anderen Worten wurde die Pflicht zum effektiven Schutz des Privatlebens verletzt.⁴⁹ So etwa durch die fehlende gesetzgeberische Implementierung eines wirksamen und zugänglichen Verfahrens, um zu klären, ob im konkreten Fall eine Abtreibung zulässig ist oder nicht.⁵⁰

⁴³ BT-Drs. 20/13775, S. 20.

⁴⁴ In Frankreich wurde die Frist für einen Abbruch auf Wunsch der Schwangeren im März 2022 von zwölf auf 14 Wochen verlängert. Zusätzlich wurden die Beratungs- und Wartepflicht abgeschafft (Loi 2022-295 du 2 mars 2022 visant à renforcer le droit à l'avortement). Weiter stimmte das Parlament im März 2024 mit der notwendigen 3/5-Mehrheit für die Ergänzung des *constitution* art. 34, um folgende Passage: „La loi détermine les conditions dans lesquelles s'exerce la liberté garantie à la femme d'avoir recours à une interruption volontaire de grossesse“.

⁴⁵ Siehe hierzu das Urteil des polnischen Verfassungsgerichts, in welchem dieses eine gesetzliche Regelung, welche eine Abtreibung bei einem mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegenden ernsten und irreparablen Schaden des Fötus' oder bei einer unheilbaren Krankheit zuließ, als verfassungswidrig erklärte (Polnisches Verfassungsgericht, Urt. v. 22.10.2020, Referenz Nr. K 1/20). Vgl. auch das Urteil des EGMR (EGMR, Urt. v. 14.12.2023 – *M.L. v. POLAND*, Nr. 40119/21), in welchem dieser festhält, dass das Urteil des Polnischen Verfassungsgerichts gegen Art. 8 EMRK verstößt.

⁴⁶ EGMR, Urt. v. 30.10.2012 – *P. and S. v Poland*, Nr. 57375/08 § 96; EGMR, Urt. v. 16.12.2010 – *A., B. and C. v Ireland*, Nr. 25579/05 § 214.

⁴⁷ Vgl. z.B. EGMR, Urt. v. 14.12.2023 – *M.L. v. POLAND*, Nr. 40119/21 § 154; EGMR, Urt. v. 30.10.2012 – *P. and S. v Poland*, Nr. 57375/08 § 111–112; EGMR, Urt. v. 16.12.2010 – *A., B. and C. v Ireland*, Nr. 25579/05 § 216; EGMR, Urt. v. 20.3.2007 – *Tysiąc v Poland*, Nr. 5410/03 § 106–107.

⁴⁸ EGMR, Urt. v. 30.10.2012 – *P. and S. v Poland*, Nr. 57375/08 § 97; EGMR, Urt. v. 16.12.2010 – *A., B. and C. v Ireland*, Nr. 25579/05 § 237; EGMR, Urt. v. 8.7.2004 – *VO v. FRANCE*, Nr. 53924/00 § 82, 84.

⁴⁹ Vgl. z.B. EGMR, Urt. v. 30.10.2012 – *P. and S. v Poland*, Nr. 57375/08 § 110–112; EGMR, Urt. v. 16.12.2010 – *A., B. and C. v Ireland*, Nr. 25579/05 § 267–268; EGMR, Urt. v. 20.3.2007 – *Tysiąc v Poland*, Nr. 5410/03 § 124–130.

⁵⁰ EGMR, Urt. v. 16.12.2010 – *A., B. and C. v Ireland*, Nr. 25579/05 § 267–268; vgl. auch EGMR, Urt. v. 30.10.2012 – *P. and S. v Poland*, Nr. 57375/08 § 111–112.

Einen Schritt weiter ging der EGMR in einer jüngeren Entscheidung gegen Polen: Eine Frau vereinbarte nach der Diagnose von Trisomie 21 beim Fötus einen Termin zum Schwangerschaftsabbruch, der in solchen Fällen rechtmäßig war. Kurz vor der Abtreibung erklärte das Verfassungsgericht in Polen die fragliche Rechtsgrundlage für verfassungswidrig, weswegen die Frau die Abtreibung im Ausland vornehmen lassen musste.⁵¹ Der EGMR erklärte das Verbot der Abtreibung „on the grounds of foetal malformation, where abortion is sought for reasons of health and well-being“⁵² durch das polnische Verfassungsgericht als Verletzung von Art. 8 EMRK, da aufgrund der rechtswidrigen Besetzung des Verfassungsgericht mit dem Urteil keine hinreichende gesetzliche Grundlage zur Einschränkung von Art. 8 EMRK vorlag.⁵³ Aus der angeführten Rechtsprechung wird deutlich, dass der EGMR lediglich gewisse Mindeststandards aus der EMRK ableitet, welche aber – ebenso eindeutig – durch das deutsche Recht bereits übertroffen werden. Da die Bewertung nach der GRCh – soweit diese überhaupt anwendbar ist (vgl. hierzu Art. 51 Abs. 1 GRCh) – im Wesentlichen der Auslegung der EMRK durch den EGMR entspricht (Art. 52 Abs. 3 S. 1 GRCh),⁵⁴ gilt für die GRCh das Gesagte sinngemäß. Damit ergibt sich: Weder durch die EMRK noch durch die GRCh ist eine weitere Liberalisierung des deutschen Abtreibungsrechts geboten.

IV. Für alle Operationen gibt es eine Bedenkzeit zwischen Beratung und Eingriff – und gerade beim Schwangerschaftsabbruch soll das anders werden?

Insbesondere die Wartezeit zwischen Beratung und Schwangerschaftsabbruch nach § 219a Abs. 1 Nr. 1 StGB muss beibehalten werden. Ein Verzicht auf jegliche Bedenkzeit wäre nicht nur zweckwidrig, sondern systemwidrig.

Schon ein Blick auf der allgemein für Operationen geltende Recht macht deutlich, wie groß der Bruch wäre: Der behandelnde Arzt unterliegt nach § 630e BGB einer Reihe von Aufklärungspflichten. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahme sowie ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit, Eignung und Erfolgsaussichten im Hinblick auf die Diagnose oder die Therapie. Hierbei muss die Aufklärung gem. § 630e Abs. 2 S. 1 Nr. 2 BGB so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen kann. Der Zeitraum der Aufklärung hängt dabei in erster Linie von der Schwere des Eingriffs ab, der wiederum an dem Umfang des

⁵¹ EGMR, Urt. v. 14.12.2023 – *M.L. v. POLAND*, Nr. 40119/21 § 92.

⁵² EGMR, Urt. v. 14.12.2023 – *M.L. v. POLAND*, Nr. 40119/21 § 94.

⁵³ EGMR, Urt. v. 14.12.2023 – *M.L. v. POLAND*, Nr. 40119/21 § 94, 154–176.

⁵⁴ Vgl. auch Kommissionsbericht, S. 259 f., 261 ff., 279 f.

drohenden Schadens und der Wahrscheinlichkeit der Realisierung gemessen wird.⁵⁵ Während bei ambulant abgewickelten Routineeingriffen (bspw. eine Routineimpfung) die Aufklärung am Tag des Eingriffes, unmittelbar vor der Durchführung, ausreicht,⁵⁶ muss bei schweren Eingriffen die Aufklärung stets vorab erfolgen und grundsätzlich bereits im Zeitpunkt, in dem der behandelnde Arzt die konkrete Operation bzw. Eingriff vorschlägt und einen Termin in den Blick nimmt.⁵⁷ Man geht von einer Mindestfrist von einem Tag aus.⁵⁸ Der BGH hat mit Blick auf diese Dauer zuletzt entschieden, dass die Vorschrift zwar keine strenge „Sperrfrist“ vorsieht, deren Nichteinhaltung zur Unwirksamkeit der Einwilligung führen würde,⁵⁹ jedoch betonte er, dass es immer eines Aufklärungsgesprächs bedarf, das eine hinreichende Abwägung der für und gegen den Eingriff sprechenden Gründe ermöglicht. Es muss gewährleistet werden, dass der Patient sein Selbstbestimmungsrecht wahrnehmen kann. Das Zivilrecht weiß, eine verantwortete Entscheidung geht nicht hopplahopp. Beratung braucht Bedenken. Bedenken braucht Zeit. Frauen machen es sich nicht einfach mit der Entscheidung. Weil dem so ist, braucht es Bedenkzeit. Sie ist unumkehrbar. Wie wichtig das ist, wenn über Leben entschieden wird, zeigen auch übereinstimmend die Anträge zur Suizidassistentz. Warum denkt man hier so ganz anders?

Die Entscheidung über einen Schwangerschaftsabbruch ist eine äußerst facettenreiche Entscheidung, die nicht nur medizinisch, sondern auch emotional und psychologisch geprägt ist. In psychologischer Hinsicht kann der Schwangerschaftsabbruch eine Reihe an psychischen Folgen für die Schwangere haben,⁶⁰ die zwingend eine gesonderte Berücksichtigung im Rahmen der Aufklärung finden müssen. In medizinischer Hinsicht entscheidet der Patient über seine eigenen Rechtsgüter: das Leben und die Gesundheit. Der erhebliche Unterschied zu sonstigen medizinischen Eingriffen liegt jedoch darin, dass man hier auch über ein weiteres Rechtsgut entscheidet: das des Embryos. Die Entscheidung der Frau betrifft zwei Leben. In diesem Falle muss der Entscheidungsfreiheit und der damit einhergehenden Wahrnehmung des Selbstbestimmungsrechts daher erst Recht eine besonders hohe Bedeutung zukommen. Das BVerfG macht deutlich, was verlangt wird:

⁵⁵ MüKoBGB/Wagner, 9. Aufl. 2023, BGB § 630e Rn. 57.

⁵⁶ BGH, Urt. v. 15.2.2000 – VI ZR 48/99, NJW 2000, 1784, 1787; MüKoBGB/Wagner, 9. Aufl. 2023, BGB § 630e Rn. 57 m.w.N.

⁵⁷ BGH, Urt. v. 7.4.1992 – VI ZR 192/91, NJW 1992, 2351, 2352; MüKoBGB/Wagner, 9. Aufl. 2023, BGB § 630e Rn. 57 m.w.N.

⁵⁸ BGH, Urt. v. 8.1.1985 – VI ZR 15/83, NJW 1985, 1399 f.; BeckOK/Katzenmeier, 72. Ed. Stand 1.11.2024, BGB § 630e Rn. 44; MüKoBGB/Wagner, 9. Aufl. 2023, BGB § 630e Rn. 57.

⁵⁹ BGH, Urt. v. 20.12.2022 – VI ZR 375/21, NJW 2023, 1435 Rn. 18.

⁶⁰ S. hierzu MüKoStGB/Gropp/Wörner, 4. Aufl. 2021, StGB Vorbem. § 218 Rn. 84.

„Geht der Gesetzgeber in Erfüllung seiner Schutzpflicht zu einem Beratungskonzept über, so bedeutet das, daß die Schutzwirkung für das ungeborene Leben maßgeblich - präventiv - durch eine beratende Einflußnahme auf die einen Schwangerschaftsabbruch erwägende Frau erreicht werden soll. Das Beratungskonzept ist darauf angelegt, das Verantwortungsbewußtsein der Frau zu stärken, die - unbeschadet der Verantwortlichkeiten des familiären und weiteren sozialen Umfeldes sowie des Arztes (vgl. unten V. und VI.) - letztlich den Abbruch der Schwangerschaft tatsächlich bestimmt und insofern verantworten muß (Letztverantwortung). Das erfordert Rahmenbedingungen, die positive Voraussetzungen für ein Handeln der Frau zugunsten des ungeborenen Lebens schaffen. Nur dann kann trotz des Verzichts auf eine Feststellung von Indikationstatbeständen als Voraussetzung für einen Schwangerschaftsabbruch gleichwohl von einer Schutzwirkung des Beratungskonzepts für das ungeborene Leben ausgegangen werden.“⁶¹

Damit verträgt sich nicht der Verzicht auf eine Wartefrist. Umso mehr bedarf es der Bedenkzeit – hier soll sie als Obligatorium ganz abgeschafft werden. Dies hat nichts damit zu tun, dass die Beratung eine selbstbestimmte, freie Entscheidungsfindung ermöglichen will, sondern mit dem zweiten, nicht minder wichtigen Ziel, das § 219 StGB ja ausdrücklich nennt: „Die Beratung dient dem Schutz des ungeborenen Lebens“. Dabei muss es bleiben. In den Worten des Katholischen Büros in Berlin, die ich mir gerne zu eigen mache: „Die Entscheidung zum Schwangerschaftsabbruch ist irreversibel. Eine entsprechende Reflexionszeit trägt der Irreversibilität dieser weitreichenden Entscheidung Rechnung.“⁶²

V. Schwangerschaftsabbruch kann nicht von den Krankenkassen bezahlt werden – wer aber bedürftig ist, für den zahlt der Staat

Ein letzter Punkt: Das Sozialversicherungsrecht unterscheidet (entsprechend der bindenden Vorgaben des BVerfG) zwischen indizierten Schwangerschaftsabbrüchen i.S.d. § 218a Abs. 2 und Abs. 3 StGB, deren Kosten vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung auf Grundlage von § 24b Abs. 1, Abs. 2 SGB V übernommen werden und nicht indizierten Abbrüchen. Erfolgt der Schwangerschaftsabbruch auf Grundlage der Beratungsregelung nach § 218a Abs. 1 StGB, so beschränkt sich der Anspruch der gesetzlichen Krankenversicherten auf die Leistungen bis zum Schwangerschaftsabbruch und danach.⁶³ Die Kosten des Abbruchs selbst⁶⁴, in der Regel zwischen 300 und 700 Euro⁶⁵ werden nicht übernommen. Ferner findet

⁶¹ BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751, 1757.

⁶² S. Stellungnahme, S. 4.

⁶³ Eine genaue Aufzählung erfolgt in der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch, S. 9 f. abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1883/ESA-RL_2019-06-20_iK_2019-07-20.pdf, (letzter Zugriff: 31.1.2025).

⁶⁴ Welche Leistungen konkret erfasst sind ergibt sich aus § 24b Abs. 4 SGB V.

⁶⁵ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, <https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/die-kosten-eines->

eine Kostenübernahme nur dann statt, wenn der Eingriff gem. § 24b Abs. 3 SGB V dem Schutz des Ungeborenen, der Kinder aus weiteren Schwangerschaften oder der Mutter dient.

Dass die gesetzlichen Krankenversicherungen in Fällen einer nicht medizinisch-sozial-indizierten Abtreibung für den Abbruch selbst nicht zahlen, ist richtig. Nur ein rechtmäßiger Eingriff kann auch zu einem Leistungsanspruch führen, dies ergibt sich unmittelbar aus der Rechtsprechung des BVerfG.⁶⁶ Aber auch, wenn im Zuge der Reform eine Legalisierung erfolgt, bleibt es im Grundsatz dabei, dass ein solcher Eingriff nicht von den Krankenkassen zu tragen wäre. Es liegt schlicht kein Heilbehandlungseingriff vor – nur aus diesem heraus rechtfertigt sich die Pflichtversicherung. Die Krankenkassen sind Solidargemeinschaften, deren Aufgabe es ist, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern, § 1 S. 1 SGB V. Der Schwangerschaftsabbruch dient – wo eine besondere Indikation nicht vorliegt – weder der Herstellung, noch der Aufrechterhaltung oder Verbesserung der Gesundheit der Versicherten. Wenn also weder die Prävention vor Krankheit, noch eine Maßnahme zur Heilung vorliegt, dann können die hierbei entstehenden Kosten nicht von der Solidargemeinschaft der Versicherten zu tragen sein. Dafür kann es keine Pflichtversicherung geben⁶⁷ – und im Übrigen gibt es hier auch keine Zwei-Klassen-Medizin, wie von einiger Seite in anderen Fällen kritisiert: Auch die privaten Krankenversicherer zahlen im Regelfall nicht. Auch werden die Kosten der Empfängnisverhütung – zumindest für über 22-Jährige, § 24a Abs. 2 SGB V – durch die Kassen nicht erstattet. Wie seltsam wäre es, wenn sie stattdessen die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs übernähmen?⁶⁸

Auch wenn die Krankenkassen für den Abbruch nicht zahlen, führt dies jedoch nicht dazu, dass ein nach erfolgter Beratung weiterhin gewünschter Eingriff aufgrund finanzieller Gründe nicht durchgeführt werden kann. Gem. § 19 SchKG haben die Betroffenen einen Anspruch auf Leistung, sofern ihnen die Aufbringung der Mittel für den Abbruch nicht zuzumuten sind. Dass die Sozialhilfe im Bedarfsfall auch im Falle des nicht-indizierten Abbruchs zahlt, wird als

schwangerschaftsabbruchs/#:~:text=Für%20einen%20Schwangerschaftsabbruch%20muss%20man,da%20keine%20Narkose%20notwendig%20ist,(letzter%20Zugriff:31.1.2025).

⁶⁶ BVerfG, Urt. v. 28.5.1993 – 2 BvF 2/90, 2 BvF 4/92, 2 BvF 5/92, NJW 1993, 1751: „Mit dem Grundgesetz wäre es jedoch nicht vereinbar, für die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs, dessen Rechtmäßigkeit nicht in einer den zuvor entwickelten verfassungsrechtlichen Maßstäben entsprechenden Weise festgestellt wird, einen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren.“

⁶⁷ Zur Legitimation und den Grenzen der Pflichtversicherung und der Kostenverteilung zwischen Steuer und Beitragszahlung s. *Thüsing/Waldhoff*, Versicherte und Steuerzahler, 2021.

⁶⁸ Für einen internationalen Vergleich: Gutachten des Wissenschaftlichen Dienstes des Deutschen Bundestags vom 24.6.2024, WD 8 – 3000 – 017/24, abrufbar unter: <https://www.bundestag.de/resource/blob/1014696/583c0ae41ceb768ffd89945e82c29e30/WD-8-017-24-pdf.pdf>

systematischer Bruch kritisiert.⁶⁹ Diese Kritik ist richtig, und dennoch ist es die Übernahme der Kosten auch. Systemkonformität ist nur ein Argument.

VI. Was also tun?

Insgesamt zeigt sich, insbesondere

- durch die Einstufung als rechtmäßig dessen, was bislang eben nur straffrei ist,
- den Verzicht auf eine obligatorische Bedenkzeit nach der Beratung,
- und durch die Relativierung des bisherigen Beratungsziels Lebensschutz,

käme es zu einer Absenkung des Schutzes des sich als Mensch entwickelnden Lebens. Das ist ein klarer Bruch mit dem bisherigen Kompromiss. Ist das der richtige Weg, ist das der richtige Zeitpunkt? Es geht um das Leben – nicht weniger. Aktuell erleben wir eine Emotionalisierung des Themas – die teils hitzig geführte Bundestagsdebatte belegt das. Es ist nicht zu erwarten, dass der aktuelle Vorschlag zu einer Befriedung beiträgt. Im Gegenteil steht zu befürchten, dass sich die bereits aufgebrochenen Kulturkämpfe weiter ausdehnen und dies mitten im Wahlkampf, was einer guten Lösung noch zusätzlich entgegensteht. Andere Lebensfragen werden mit hineingezogen. Gerade eine so relevante Entscheidung wie die Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs sollte nicht übers Knie gebrochen werden. Gute Lösungen brauchen Zeit und einen echten gesellschaftlichen Dialog unter angemessenen Bedingungen.

Darin müsste nicht zuletzt zur Sprache kommen, dass gegenwärtig weniger das Strafrecht im Fokus des gesellschaftlichen Umgangs mit Schwangerschaftsabbrüchen stehen sollte. Die Debatte um den Schwangerschaftsabbruch sollte nicht als eine Art Frontstellung zwischen dem Ungeborenen und der Schwangeren geführt werden. Verloren geht dabei nämlich der Blick auf die Gründe, die nach wie vor in Deutschland dazu führen, dass sich Schwangere gegen das Kind entscheiden. Alleinerziehende Mütter sind einem erhöhten Armutsrisiko ausgesetzt, Carearbeit findet in der Rente keine Berücksichtigung und gelingende externe Kinderbetreuung hängt von finanzieller Stärke ab. Derartige Zustände sind schwer zu ertragen – durch eine Streichung von § 218 StGB wird sich an ihnen nichts ändern.

Der Rechtsausschuss des Bundestages sollte sich also nicht unter Druck setzen lassen. Auf den letzten Metern einer Wahlperiode in legislativem Hau-Ruck-Verfahren eine gesellschaftlich so kontroverse, verfassungsrechtlich so sensible, und in ihren faktischen Auswirkungen so

⁶⁹ So arbeitet *Dreier* die bestehende Spannungslage zwischen Rechtswidrigkeit und Straffreiheit in Bezug auf die Rechtsprechung des BVerfG heraus: *Dreier*, ZRP 2022, 377 (380).

ungewisse Regelung auszudrücken, leistet auch den Apologeten des Wandels keinen Dienst. Wenn Änderungen gewollt und sinnvoll sind, dann sollte dies nach dem Wahlkampf und in breiter Diskussion unter Einbeziehung eben auch anderer Baustellen diskutiert werden. Das Strafrecht ist nicht das Problem – und auch nicht die Lösung.



Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages zum "Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs" und zum Antrag "Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern"

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der ELSA-Studie stützen in weiten Teilen sowohl die vorgeschlagene Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafrechts als auch die Notwendigkeit einer Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die vorgeschlagenen Maßnahmen:

- Die Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs trägt dazu bei, Stigmatisierungserfahrungen für ungewollt Schwangere und Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zu reduzieren.
- Eine Integration von Schwangerschaftsabbrüchen in den Leistungskatalog der Krankenkassen verringert finanzielle Hürden für ungewollt Schwangere und reduziert Aufwand für Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Durch den Wegfall der zusätzlichen Antragstellung sparen ungewollt Schwangere zudem Wege und Zeit.
- Eine Aufhebung der gesetzlich vorgeschriebenen Wartezeit von drei Tagen zwischen Pflichtberatung und Schwangerschaftsabbruch beendet die dadurch entstehende Verzögerung des Schwangerschaftsabbruchs, respektiert die verantwortungsvolle Entscheidung der ungewollt Schwangeren und verringert damit einhergehende Belastungen.
- Auf Grundlage der gewonnenen empirischen Erkenntnisse ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass durch die Beratungspflicht ungewollte Schwangerschaften eher ausgetragen werden. Stattdessen erschwert die gegenwärtige Regelung eine vertrauensvolle Beratungsgestaltung bei ungewollt Schwangeren mit Hilfebedarf und trägt zu Stigmatisierungen bei.
- Die Ergebnisse der ELSA-Studie stützen die Annahme, dass eine Integration von Schwangerschaftsabbrüchen in die ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie eine verbindliche Beteiligung der Kliniken an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen dazu führen wird, dass mehr Ärzt*innen Schwangerschaftsabbrüche durchführen und sich die Versorgungslage so verbessert.
- Eine stärkere staatliche Unterstützung von Familien mit Kindern – insbesondere solchen mit kumulierten schwierigen Lebenslagen –, kann dazu beitragen, dass ungewollt Schwangere sich nicht aufgrund schwieriger Lebensumstände für das Abbrechen einer Schwangerschaft entscheiden.
- Eine Beendigung des Sondervertriebswegs von Misoprostol kann Barrieren in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen für Ärzt*innen verringern.

Ergänzend zu den vorgeschlagenen Maßnahmen empfehlen wir:

- Hinwirken auf eine Beendigung des Importstopps von Cytotec
- Prüfung bundesweiter Kriterien für ein ausreichendes Angebot an Einrichtungen zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs

Einleitung

Im Forschungsverbundprojekt „ELSA - Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“ untersuchten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an sechs Hochschulstandorten zwischen 2020 und 2024 die Lebenslagen und Versorgungssituation ungewollt Schwangerer. Das Forschungsprojekt wurde gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages auf Initiative des damaligen Gesundheitsministers Jens Spahn. Die Ausschreibung des von ihm geleiteten Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Titel „Förderung von Forschungsvorhaben zu psychosozialer Situation und Unterstützungsbedarf von Frauen mit ungewollter Schwangerschaft“ umfasste zwei Module. Modul 1 sah die Erforschung von „Einflussfaktoren für die Entstehung, das Erleben und die Verarbeitung einer ungewollten Schwangerschaft“ vor – hier war auch die psychosoziale Unterstützung aufgenommen – Modul 2 betraf die „Untersuchung der medizinischen Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs“.

In der Studie wurde untersucht, welche psychosozialen, gesundheitlichen und weiteren Belastungen vor und auch nach dem Austragen oder Abbrechen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft bestehen, wie sich die Belastungen im zeitlichen Verlauf entwickeln und welchen Unterstützungsbedarf ungewollt Schwangere aufweisen. Weiterhin wurden Einflussfaktoren ermittelt, die in einem statistischen Zusammenhang mit den Belastungen und deren Entwicklung bei ungewollten Schwangerschaften stehen. Ebenso erlaubt die Studie Aussagen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung. Für Deutschland liegen damit erstmals umfangreiche empirische Daten vor, die eine fundierte Debatte dieses gesellschaftlich umstrittenen Themas ermöglichen.

Nähere Informationen zur Methodik der Befragungen, die den Ausführungen in dieser Stellungnahme zu Grunde liegen, können Sie der [Anlage 1](#) entnehmen. Für eine bessere Lesbarkeit sind detaillierte Angaben zu den ermittelten Zahlen vor allem in den Fußnoten zu finden.

Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs“ (BT-Drs. 20/13775)

Der Gesetzentwurf sieht im Wesentlichen vor, den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen bis zur zwölften Woche nach Empfängnis unter bestimmten Bedingungen rechtmäßig zu stellen. Diese Bedingungen umfassen wie bisher den Besuch einer Schwangerschaftskonfliktberatung. Die obligatorische dreitägige Wartezeit zwischen Beratung und Abbruch wird aufgehoben. Der Schwangerschaftsabbruch wird Teil des Leistungskatalogs der Krankenkassen, ein gesonderter Antrag auf Kostenübernahme bei Unterschreitung einer Einkommensgrenze ist für gesetzlich Versicherte nicht mehr nötig.

Stellung des Schwangerschaftsabbruchs als rechtmäßig

Aus den ELSA-Daten geht hervor, dass eine große Mehrheit der Personen, die eine Schwangerschaft abbrechen, Stigmatisierung erfahren - in internalisierter Form als Scham- und Schuldgefühle, in Form von Befürchtungen negativer Reaktionen bis hin zu abwertender Behandlung durch andere Personen, z. B. medizinisches Personal oder im privaten Umfeld.¹ Die Ergebnisse der ELSA-Studie zeigen weiterhin, dass

¹ Laut ELSA-Daten hatten 84 % der Befragten, die eine ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben, mindestens schwach ausgeprägte Stigmatisierungsgefühle – wie Scham oder Schuldgefühle. Bei 30 % der Befragten sind diese Gefühle sehr stark ausgeprägt. 78 % der Befragten mit Schwangerschaftsabbruch haben befürchtet, dass sie

Stigmatisierungserfahrungen das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch um mehr als das Vierfache erhöhen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs wiederum auf zahlreiche andere Aspekte auswirkt, die das Wohlbefinden beeinflussen – insbesondere auf den Zugang zur medizinischen Versorgung, den Zugang zu Informationen, aber auch auf Gefühle der Isolation aufgrund der Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs im direkten sozialen Umfeld. Die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen betrifft dabei nicht nur die ungewollt Schwangeren, sondern ebenfalls medizinisches Fachpersonal, das an der Durchführung solcher Eingriffe beteiligt ist: Die Mehrheit der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland durchführen, hat Stigmatisierung erfahren.²

Es besteht ein Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Stigmatisierung und rechtlicher Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen.³ Das aktuell geltende Recht setzt den Schwangerschaftsabbruch ohne kriminologische oder medizinische Indikation als rechtswidrig. Dies stellt ein vom Staat ausgesprochenes Unwerturteil dar und befördert so ein Klima gesellschaftlicher Stigmatisierung. Diese inhärente Missbilligung der Entscheidung zum Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft wirkt auch, obwohl es kaum Verurteilungen nach § 218 StGB gibt. Mit der Verurteilung einer Handlung im Strafrecht wird sie als gesellschaftlich unerwünscht und unmoralisch eingeordnet und auch so wahrgenommen. Frauen, die sich für einen Abbruch entscheiden, können sich dadurch stigmatisiert fühlen. Strafrechtliche Regelungen drücken weltanschauliche Überzeugungen aus.

Eine Setzung des Schwangerschaftsabbruchs als grundsätzlich rechtmäßig, wie vom vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehen, signalisiert, dass der Staat die Entscheidung und damit auch die reproduktiven Rechte ungewollt Schwangerer anerkennt und achtet. Die Ergebnisse des qualitativen Studienteils von ELSA zeigen, dass bei der Wahrnehmung von Stigmatisierungsgefühlen normative, religiöse und rechtliche Aspekte eine große Rolle spielen. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen einem geringeren psychischen Wohlergehen und Stigmatisierungserfahrungen ist vom vorliegenden Gesetzesentwurf zudem eine positive gesundheitliche Wirkung für Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen (wollen), zu erwarten.

Zudem befürworten 75 % der in ELSA befragten Gynäkolog*innen die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs – und das unabhängig davon, ob sie Abbrüche durchführen oder nicht. Auch

stigmatisiert werden könnten. 27 % der Befragten berichteten darüber hinaus, dass sie in mindestens einer Situation Stigmatisierung durch andere Personen in Form einer herabwürdigenden Reaktion erlebt haben.

² In der ELSA-Befragung von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, gaben 45 % der Befragten an, dass sie negative Reaktionen im privaten oder im beruflichen Umfeld fürchten, weil sie Abbrüche durchführen. Dabei haben 21 % der Befragten diese Sorgen nicht nur selten, sondern häufiger. Etwa zwei Drittel der Befragten hat bereits Stigmatisierung durch andere Personen erlebt. Ein Viertel der Befragten berichtet, bereits bedroht oder angegriffen worden zu sein, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. 13 % der Befragten gaben an, dass vor der Einrichtung, in der sie Abbrüche durchführen, Demonstrationen oder Gehsteigbelästigungen stattfinden.

³ LaRoche KJ, Wynn LL, Foster AM: “We have to make sure you meet certain criteria”: exploring patient experiences of the criminalisation of abortion in Australia. *Public Health Res Pract.* 2021;31(3); Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C et al. (2014): Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico, *Women & Health*, 54:7, 622-640; Shellenberg KM, Moore AM et al. (2011): Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health.* 2011;6 Suppl 1:S111-25. Eine ältere Studie für Deutschland ist Holzhauser B (1989): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung betroffener Frauen. Freiburg (Breisgau), Univ., Diss., 1989. Freiburg: Max-Planck-Inst. für Ausländ. u. Internat. Strafrecht (Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, Freiburg i.Br, 38).

eine repräsentative Studie des BMFSFJ zeigt, dass die deutsche Bevölkerung mit über 75 % einer Entkriminalisierung zustimmt.⁴

Der vorliegende Gesetzentwurf behält die Kriminalisierung von Ärzt*innen bei, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, der nicht nach den im Entwurf vorgesehenen Voraussetzungen nach § 12 Absatz 1 bis 4 stattfindet. Zwar zeigen die ELSA-Daten, dass nur sehr wenige Ärzt*innen deshalb keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen, weil ihnen das strafrechtliche Risiko zu hoch ist (3 %). Jedoch trägt die fortgeschriebene Kriminalisierung weiterhin zu einem stigmatisierenden gesellschaftlichen Klima bei und kann somit Stigmatisierungserfahrungen von Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, begünstigen.

Schwangerschaftsabbruch als reguläre Leistung der Krankenkassen

Die ELSA-Daten zeigen, dass etwa jede fünfte Person, die eine Schwangerschaft in Deutschland abbricht, Schwierigkeiten hat, für die Kosten rund um den Schwangerschaftsabbruch aufzukommen. Dazu zählen vor allem die Kosten für den Eingriff selbst, die sich durch zusätzliche Kosten z. T. deutlich erhöhen.⁵ Dies zeigt, dass Kosten trotz der aktuellen Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Länder eine erhebliche Hürde im Zugang zum Schwangerschaftsabbruch darstellen. Für die Selbstzahler*innen können die Kosten darüber hinaus die freie Wahl der Methode des Schwangerschaftsabbruchs einschränken, da medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche in der Regel weniger Kosten verursachen. Die Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch der Weltgesundheitsorganisation sowie die aktuelle S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch empfehlen eine freie Wahl der Methode nach den persönlichen Präferenzen der Betroffenen.⁶ Bestehen finanzielle Hürden, wird die freie Wahl erschwert.

Eine regelhafte Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen, wie vom vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehen, kann diese Hürden verringern und so zu einem diskriminierungsärmeren Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie zu einer freien Methodenwahl beitragen. Zudem wird ungewollt Schwangeren die zusätzliche Antragstellung erspart, wodurch Stigmatisierungserfahrungen verringert werden und sich die Zeit auf dem Versorgungsweg verkürzen lässt. Positiv sehen wir zudem, dass der derzeitige Weg der Kostenübernahme durch die Länder für Nichtversicherte erhalten bleibt und sie so Angebote der regulären Gesundheitsversorgung nutzen können und nicht auf irreguläre Angebote ausweichen müssen.⁷

⁴ BMFSFJ (2024): Meinungsbild zur reproduktiven Selbstbestimmung und Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Woche.

⁵ In der ELSA-Stichprobe hat jede dritte Befragte keinen Antrag auf Kostenübernahme gestellt. Von diesen trug jede zweite die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch vollständig allein, bei jeder vierten Selbstzahlerin beteiligte sich der Partner an den Kosten. Die Daten zeigen auch, dass die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch stark variieren: Jede zweite Befragte gibt Kosten zwischen 200 und 400 EUR an, fast jede Dritte zwischen 400 und 600 EUR. Knapp 8 % berichten von Kosten für den Schwangerschaftsabbruch, die einen Betrag von 600 EUR übersteigen. Trotzdem die Mehrheit eine Kostenübernahme erhält, gab jede fünfte Befragte an, dass es ihr schwerfiel, für die angefallenen Kosten rund um den Schwangerschaftsabbruch aufzukommen. Fast jeder zweiten Befragten entstanden über den Abbruch hinaus Kosten, wobei etwa jeder dritten Befragten Kosten für die An- und Abreise entstehen.

⁶ World Health Organization (2022): Abortion Care Guideline. AWMF (2022): S2k-Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“, Empfehlung 2.E2, S. 50.

⁷ Vgl. Killinger K, Atay, H et al. (2020): Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany? A mixed-methods study. In: *BMJ sexual & reproductive health* 48, e6-e12.

Aufhebung der dreitägigen Wartezeit zwischen Pflichtberatung und Schwangerschaftsabbruch

Die ELSA-Ergebnisse zeigen, dass die gesetzlich obligatorische Bedenkzeit von drei Tagen zwischen der Schwangerschaftskonfliktberatung und dem Schwangerschaftsabbruch von knapp der Hälfte der Befragten als belastend empfunden wurde. Fast zwei Drittel der Befragten empfinden zudem Zeitdruck auf dem Weg zum Schwangerschaftsabbruch.⁸ Vor diesem Hintergrund kann die im Gesetzentwurf vorgesehene Abschaffung der obligatorischen Bedenkzeit dazu beitragen, diese Belastungen zu reduzieren. Zudem hat die Wartezeit keinen Einfluss auf die Entscheidung der Frauen. Dieser Grund, der zur damaligen Rechtslage beigetragen hat, entfällt. Die Frauen sind sich bereits vor der Beratung hochgradig sicher, die richtige Entscheidung zu treffen und die Wartezeit verändert dies nicht.

Beibehaltung der Beratungspflicht

Aus den empirischen Ergebnissen der ELSA-Befragung ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass die Beratungspflicht wirksam dazu beiträgt, dass sich mehr Frauen für das Austragen einer Schwangerschaft entscheiden.

Die große Mehrheit der ungewollt Schwangeren treffen ihre Entscheidung gemäß den Ergebnissen der ELSA-Befragung unabhängig von der gesetzlich verpflichtenden Beratung. Bei über 80 % der abgebrochenen und bei über 90 % der ausgetragenen ungewollt eingetretenen Schwangerschaften hatte die Schwangerschaftskonfliktberatung überhaupt keinen Einfluss auf die Entscheidung.

Lediglich 12 % der Befragten, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, hatten zuvor eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch genommen. Von diesen äußerten 80 % den Wunsch, Hilfe bei ihrer Entscheidung zu erhalten. Bei drei Viertel dieser Befragten bestand unabhängig von der Beratung zumindest die Tendenz, die Schwangerschaft auszutragen. Nur etwa 4 % der Befragten mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft gaben an, dass die Pflichtberatung oder die gesetzliche Wartezeit dazu beigetragen haben, sich für das Austragen der Schwangerschaft zu entscheiden.

Bei Befragten, die ihre Schwangerschaft abgebrochen haben, stand beim Besuch der Pflichtberatung der Erhalt des erforderlichen Beratungsnachweises im Vordergrund. Sie befürchteten mehrheitlich, dass das Beratungsgespräch nicht neutral erfolgt⁹ und antizipieren Stigmatisierungen, wodurch sich das Risiko für psychische Belastungen erhöht.

Die verbreiteten Vorbehalte gegenüber dem Pflichtcharakter der Schwangerschaftskonfliktberatung, der eine offene und vertrauensvolle Beratungssituation erschweren kann, sowie das bei Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen wollen, nur gering verbreitete eigene Interesse an der Beratung lassen eine Wirkung der obligatorischen Schwangerschaftskonfliktberatung fraglich erscheinen.

All diese Befunde sprechen dafür, bei der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs darauf zu vertrauen, dass Frauen in der Lage sind, ihrem Bedarf folgend, Beratung wahrzunehmen – oder eben auch nicht – und damit auf die Freiwilligkeit der Beratung zu setzen. Die Gewährleistung eines

⁸ Als Grund für einen empfundenen Zeitdruck wurde am häufigsten der Wunsch genannt, den Abbruch so schnell wie möglich durchführen lassen zu können. Mehr als ein Drittel der Befragten fühlte sich dadurch unter Zeitdruck. Etwas mehr als jede zehnte Befragte gab einen längeren Entscheidungsprozess als Grund für Zeitdruck an. Fast ein Viertel der Befragten empfindet Zeitdruck aufgrund äußerer Zugangsbarrieren: Dazu zählen ein erschwerter Zugang zu Informationen, Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Einrichtung und lange Wartezeiten auf Termine.

⁹ Über die Hälfte der Befragten erwarteten, sich für ihre Entscheidung rechtfertigen zu müssen, und fast ein Drittel befürchtete, zum Austragen der Schwangerschaft überredet zu werden.

niedrigschwelligen Zugangs zu Beratungsangeboten inklusive entsprechender Informationen über die Beratungsmöglichkeiten sind dabei essenziell, um die Gruppe der ungewollt Schwangeren mit Beratungswunsch und -bedarf zu erreichen.

Stellungnahme zum Antrag "Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern" (BT-Drs. 20/13776)

Der vorliegende Antrag schlägt verschiedene Maßnahmen vor, um die Versorgungslage ungewollt Schwangerer zu verbessern. Wir gehen auf diejenigen Maßnahmen ein, zu denen auf Grundlage der Ergebnisse der ELSA-Studie Aussagen getroffen werden können und schlagen am Ende ergänzend zwei weitere Maßnahmen vor, die sich aus den ELSA-Erkenntnissen ableiten lassen. Zunächst möchten wir einige grundlegende Ergebnisse zur Versorgungssituation in Deutschland darstellen.

Der Zugang zu Versorgung wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Zwei zentrale Dimensionen sind die Verfügbarkeit (u.a. fristgerechte Termine, Kapazitäten der Angebote) und räumliche Erreichbarkeit (u.a. Entfernung, Fahrtzeiten) von Einrichtungen. Im Rahmen der ELSA-Studie wurden Strukturdaten ausgewertet, um die regionale Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zu erfassen und diese auch mit den berichteten Erfahrungen der ungewollt Schwangeren zu vergleichen.¹⁰ Für eine Analyse der räumlichen Erreichbarkeit wurde das evidenzbasierte Kriterium der Bedarfsplanung für die ambulante gynäkologische Versorgung angesetzt.¹¹ Demnach müssen 95 % der Bevölkerung das nächste gynäkologische Angebot in 40 Minuten mit dem PKW erreichen.¹² Als Grundlage diente eine mit hohem Aufwand recherchierte Liste mit 1.048 Adressen im ganzen Bundesgebiet von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Auf dieser Datenbasis wurden statistisch die Gebiete berechnet, die außerhalb einer Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten zur nächsten Einrichtung liegen. Die so ermittelten Gebiete wurden mit öffentlich zugänglichen georeferenzierten Bevölkerungszahlen des StBA verbunden. Die Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass in 85 von 400 Landkreisen nicht die Kriterien für eine ausreichende Erreichbarkeit erfüllt werden. Von den 85 Landkreisen liegen 43 in Bayern und jeweils acht in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Insgesamt leben in Deutschland 4,5 Mio. Menschen (5,4 %) außerhalb der Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten. Davon wohnen 2,5 Mio. in Bayern, was einem Anteil von 19,2 % an der dortigen Bevölkerung entspricht. Eine Sonderauswertung des Statistischen Bundesamts zeigt zudem,

¹⁰ Eine umfassende erste Analyse ist publiziert in Torenz R, Vollmer H, et al. (2023): Data on regional availability and accessibility of abortion providers in Germany. Res Health Serv Reg. 2023 Dec 15;2(1):21.

¹¹ Aus Antworten auf parlamentarische Anfragen wissen wir, dass einige Länder hier das Kriterium der Tagesreise ansetzen, auch eine Studie zur Versorgungssituation nutzt dieses Kriterium (Vgl. Augustin J, David M. Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland – eine aktuelle Analyse der regionalen Versorgungssituation. Geburtsh Frauenheilk 2023; 83: 796–799). Das Kriterium der Tagesreise meint, dass die Patient*innen die Hin- und Rückreise zur Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch an einem Tag bewerkstelligen können sollen. Dieses Kriterium stammt aus dem Urteil des BVerfG zum Schwangerschaftsabbruch von 1993 (Vgl. BVerfG 88, 203). Allerdings hat das BVerfG hier geprüft, wie viel der Gesetzgeber aus verfassungsrechtlicher Perspektive den Ländern bezüglich des Sicherstellungsauftrags vorschreiben kann und weiterhin Überlegungen angestellt, wie dieses Kriterium der Tagesreise dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen kann. Dieses Kriterium sollte daher nicht angesetzt werden, wenn es darum geht, einen guten und möglichst barrierearmen Versorgungszugang ungewollt Schwangerer zu ermöglichen. Zielführender ist stattdessen, hier Erreichbarkeitskriterien zu verwenden, wie sie in der Versorgungsforschung entwickelt werden.

¹² § 35 Abs. 5 Nr. 3 der BPL-RL des G-BA

dass sich in einigen Bundesländern die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen auf sehr wenige Meldestellen (d.h. Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche an das Bundesamt melden) konzentrieren: Für das gesamte Bundesgebiet ergibt sich, dass 7 % aller Meldestellen (n=84) mehr als 250 Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2020 durchgeführt haben. Diese „großen Meldestellen“ haben 2020 bundesweit insgesamt 47 % aller Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Deutlich wird zudem, dass zwischen den Bundesländern große Unterschiede in der Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf „große Meldestellen“ bestehen.¹³ Eine möglichst gleichmäßige Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen auf die Meldestellen kann bezüglich der Sicherstellung der Versorgung als besonders risikoarm gelten. Konzentriert sich ein Großteil der Abbrüche auf wenige Einrichtungen so kann regional die Verfügbarkeit von Angeboten eingeschränkt sein: Der Wegfall einer großen Meldestelle, beispielsweise durch Urlaub oder Rente, kann so besonders negative Auswirkungen auf die regionale Versorgungslage haben. Zudem ist davon auszugehen, dass eine hohe Konzentration von Abbrüchen auf wenige Einrichtungen insbesondere in Flächenländern zu längeren Fahrtwegen führt, was die räumliche Erreichbarkeit und somit eine möglichst frühzeitige Inanspruchnahme der Versorgung erschwert. Insgesamt ergeben sich aus der Analyse von Strukturdaten Hinweise, dass die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, in den südlichen und westlichen Bundesländern geringer ist als in den nördlichen und östlichen Bundesländern.

Aus der Befragung der ungewollt Schwangeren geht hervor, dass trotz vieler positiver Erfahrungen ein relevanter Anteil von ungewollt Schwangeren mit Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, konfrontiert ist. Dies betrifft lange Wege zur Einrichtung, Schwierigkeiten eine Einrichtung zu finden, aber auch Zeitdruck durch lange Wartezeiten auf einen Termin.¹⁴ Die ELSA-Daten zeigen, dass diese Zugangsbarrieren mit einer längeren Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft einher gehen. Das bedeutet, dass Frauen ihre Schwangerschaft später abbrechen, wenn sie Zugangsbarrieren erleben. Die Betroffenheit von Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit ist dabei insbesondere davon abhängig, wo die Befragten zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs wohnen. In Bayern, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg müssen die Befragten z.B. deutlich häufiger Entfernungen von über 50km zur Einrichtung zurücklegen (etwa 32 %), während dieser Anteil in den anderen Bundesländern maximal halb so hoch ist. Die Erfahrungen der befragten ungewollt Schwangeren decken sich somit mit der Analyse von Strukturdaten im Rahmen der ELSA-Studie.

Sicherstellung einer kostendeckenden Finanzierung und Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen

Deutlich über die Hälfte der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, halten die Vergütung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht für ausreichend.¹⁵ Zudem betrachten viele von ihnen

¹³ In Bayern decken „große Meldestellen“ 77 % der Schwangerschaftsabbrüche ab, in Hessen 62 % und in Nordrhein-Westfalen 60 %. In Niedersachsen sind es dagegen 29 % und in Mecklenburg-Vorpommern gibt es keine einzige „große Meldestelle“.

¹⁴ Mehr als ein Viertel der Befragten musste mehr als eine Einrichtung kontaktieren, um einen Termin für einen Schwangerschaftsabbruch zu bekommen. Einem Fünftel der Befragten fiel es eher oder sehr schwer, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden. Für jede 7. Befragte war die Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch mehr als 50 km entfernt. Fast ein Viertel empfindet Zeitdruck aufgrund von Zugangsbarrieren (lange Wartezeiten auf Termine, erschwerter Informationszugang, schwieriges Finden einer Einrichtung).

¹⁵ Die Höhe der Vergütung bei einer Kostenübernahme wird bundeslandspezifisch festgelegt. 67 % der Befragten schätzen die Vergütung bei einem operativen Schwangerschaftsabbruch als (eher) schlecht ein. Bei dem

den organisatorischen Aufwand, der durch die gesonderte Abrechnung entsteht, als hoch.¹⁶ Die Daten stützen somit den Handlungsbedarf und die Annahme, dass eine kostendeckende Vergütung sowie eine reguläre Abrechnung die Arbeit von Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen spürbar erleichtern würde. Auf die Verringerung finanzieller und organisatorischer Barrieren für ungewollt Schwangere durch die Aufnahme des Schwangerschaftsabbruchs in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse ist bereits weiter oben eingegangen worden.

Stärkere Integration von Schwangerschaftsabbrüchen in die medizinische Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten

In der ELSA-Befragung von Gynäkolog*innen in drei Regionen zeigt sich, dass etwa 25 % der Ärzt*innen in ihrer fachärztlichen Weiterbildung keine Schwangerschaftsabbrüche erlernt haben, etwa 60 % haben nur eine Methode des Schwangerschaftsabbruchs erlernt.¹⁷ Dabei entscheiden sich Ärzt*innen deutlich häufiger dazu, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, wenn sie diese in ihrer fachärztlichen Weiterbildung gelernt haben.¹⁸ Eine auf rechtliche und ethische Aspekte reduzierte Aus- und Weiterbildung vermittelt nicht die relevanten praktischen Kompetenzen. In der ELSA-Befragung der Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, fühlen sich daher diejenigen, die Schwangerschaftsabbrüche in ihrer fachärztlichen Weiterbildung praktisch erlernt haben, deutlich häufiger sicher in der Durchführung.¹⁹

Es ist daher davon auszugehen, dass eine verbindliche Integration des Schwangerschaftsabbruchs in die ärztliche Aus- und Weiterbildung dazu beitragen kann, mehr Ärzt*innen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu gewinnen und so die Versorgungslage insbesondere in schlechter versorgten Regionen zu verbessern. Das Weigerungsrecht von Ärzt*innen, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken, steht dem nicht entgegen, denn der Anteil der befragten Gynäkolog*innen, die keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen, weil sie diese grundsätzlich ablehnen, ist gering und liegt nur bei etwa 6 %.

Prüfung der Abschaffung des Sondervertriebswegs zur Beschaffung von Medikamenten, die für den Schwangerschaftsabbruch benötigt werden

Der Sondervertriebsweg zur Beschaffung von Medikamenten für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wird von einem beträchtlichen Anteil der Ärzt*innen, die

medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, bei dem beide Medikamente unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden, schätzen 57 % der Befragten die Vergütung als (eher) schlecht ein, beim Home Use sind es 56 %.

¹⁶ 42 % empfinden den Aufwand, der durch die gesonderte Abrechnung entsteht, als (eher) hoch, 27 % empfinden ihn als mittel hoch. Bei den Ärzt*innen, die mehr als 250 Abbrüche durchführen, sich also im besonderen Maße an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen beteiligen, sind es 70 %, die den Aufwand als (eher) hoch empfinden bzw. 20% als mittel hoch.

¹⁷ Von denjenigen, die in ihrer Weiterbildung Schwangerschaftsabbrüche praktisch erlernt haben, haben 87 % die Vakuumaspiration erlernt, 70 % die Kürettage und 41 % die medikamentöse Methode.

¹⁸ 38 % der Befragten, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Facharztweiterbildung praktisch erlernt haben, führen später Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durch. Haben die Befragten die Durchführung in der Facharztweiterbildung nicht erlernt, so führen später nur 11 % Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durch.

¹⁹ Bei der Absaugmethode bis zur 12. Schwangerschaftswoche p.m. sind es 95 % (in Weiterbildung erlernt) gegenüber 75 % (in Weiterbildung nicht erlernt), bei der Absaugmethode zwischen der 12. und 14. Schwangerschaftswoche sind es 77 % gegenüber 44 % und bei der medikamentösen Methode sind es 93 % gegenüber 85 %. Die Differenz bei der medikamentösen Methode ist deshalb nicht so groß, weil viele Ärzt*innen diese Methode über Fortbildungen erlernen, da sie in der Weiterbildung deutlich seltener gelehrt wird.

Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, als aufwändig empfunden.²⁰ Eine Abschaffung des Sondervertriebsweges kann zur Entlastung der Ärzt*innen beitragen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Sie haben bereits durch weitere Sonderregelungen zum Schwangerschaftsabbruch wie landesspezifische Sondererlaubnisse und erweiterte Dokumentations- und Meldepflichten einen höheren Aufwand als Ärzt*innen, die keine Abbrüche durchführen.

Stärkere Beteiligung von Krankenhäusern mit Gynäkologie an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen

Ein Drittel der im Rahmen von ELSA befragten Gynäkolog*innen, die keine Abbrüche durchführen, gaben an, dies nicht zu tun, weil die Einrichtung, in der sie tätig sind, keine Schwangerschaftsabbrüche anbietet. Bei diesen Ärzt*innen handelt es sich vor allem um solche, die in Kliniken beschäftigt sind. Von ihnen wären etwa 60 % bereit, Abbrüche durchzuführen, wenn die Einrichtung, in der sie tätig sind, Abbrüche anbieten würde. Hier liegt ein großes Potential, die Zahl der medizinischen Angebote für Schwangerschaftsabbrüche zu erhöhen. Dies kann die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen für die ungewollt Schwangere verbessern und so Zugangsbarrieren auf effektive Weise abbauen. Insbesondere sind hier süd- und westdeutsche Regionen in den Blick zu nehmen, da hier aufgrund der historischen Entwicklung die Kliniken in besonders geringem Maße an der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen beteiligt sind.

Sicherstellung eines freien Zugangs zu benötigten Informationen sowie Stärkung von seriösen, staatlichen Informationsangeboten und Eindämmung von Fehlinformationen über Schwangerschaftsabbrüche

Die ELSA-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass für Personen, die eine Schwangerschaft abbrechen (wollen), vielfältige Barrieren beim Zugang zu den notwendigen Informationen bestehen. Etwa jede zweite Befragte gab an, im Zusammenhang mit der ungewollten Schwangerschaft bzw. dem Schwangerschaftsabbruch auf Informationsbarrieren gestoßen zu sein. Die von den Befragten am häufigsten genannten Barrieren stehen im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen.²¹ Stigmatisierung wirkt als eine der größten Hürden bei der Informationsbeschaffung zum Schwangerschaftsabbruch und stellt ein zentrales Problem beim Versorgungszugang bzw. bei der Inanspruchnahme von Versorgung dar.

Zudem fand etwa ein Drittel der Befragten keine guten Informationen im Internet. Ein Viertel stieß auf Informationen, die Angst machen oder verunsichern. Dies zeigt, dass ein Bedarf an qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten und leicht zugänglichen Informationen im Internet besteht. Auch wenn in den letzten Jahren die mit der Abschaffung des § 219a verbundenen rechtlichen Verbesserungen hinsichtlich des Zugangs zu Informationen für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollen, erreicht wurden, bestehen nach wie vor vielfältige und komplexe Informationsbarrieren. So zeigt sich, dass die 2019 eingeführte Liste der Bundesärztekammer über Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, sowohl hochgradig unvollständig ist als auch absolut unbekannt: Nur 3 % der Befragten mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft nach 2019 haben diese genutzt.

²⁰ 47 % empfinden den Aufwand, der durch den Sondervertriebsweg entsteht, als (eher) hoch, 31 % empfinden ihn als mittel hoch.

²¹ Mehr als die Hälfte der Befragten, die Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung hatte, gab als Grund an, Angst davor zu haben, dass schlecht über sie gedacht würde (55 %). Ebenfalls über die Hälfte gab den Wunsch nach Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs als Problem bei der Informationsbeschaffung an (51 %). Mehr als jede fünfte Befragte berichtete, sich nicht getraut zu haben nach Informationen zu fragen (22 %).

Stärkung eines leichten Zugangs zu staatlichen Unterstützungsleistungen und Erleichterung der Entscheidung für eine Schwangerschaft

Die ELSA-Daten zeigen, dass bei ungewollt Schwangeren – vor allem jenen, die ihre Schwangerschaft abbrechen - deutlich häufiger schwierigere Lebenslagen auftreten als bei gewollt Schwangeren. Ein (weiteres) Kind kann diese schwierigen Lebenslagen und die daraus resultierenden Belastungen verstärken. Beispielsweise können finanzielle Schwierigkeiten, beengte Wohnverhältnisse, die Herausforderung der beruflichen Vereinbarkeit, fehlende berufliche Etablierung, ein unpassendes Alter oder eine schlechte Partnerschaft zu erheblichen Problemen führen. Die Kumulation solcher nachteiliger Lebenslagen führt zu zusätzlichen Belastungen und tritt häufiger bei ungewollten Schwangerschaften, insbesondere abgebrochenen Schwangerschaften auf. Es ist davon auszugehen, dass diese belastenden Lebenslagen in vielen Fällen der Grund dafür sind, dass eine Schwangerschaft als ungewollt wahrgenommen und schließlich die Entscheidung zu einem Abbruch getroffen wird.

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse zeigen sich Anhaltspunkte, dass eine stärkere staatliche Unterstützung von Familien mit Kindern – insbesondere solchen mit kumulierten schwierigen Lebenslagen - in einem Umfang, der die aktuelle Lebenssituation verbessert, in einigen Fällen dazu beitragen kann, dass Schwangerschaften nicht als ungewollt erlebt werden sowie ungewollt Schwangere sich nicht aufgrund schwieriger Lebensumstände für das Abbrechen einer Schwangerschaft entscheiden.

Ergänzende Empfehlungen

Über die Änderungen und Maßnahmen im Gesetzentwurf und dem Antrag hinaus empfehlen wir auf Grundlage unserer Ergebnisse folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage ungewollt Schwangerer:

Hinwirken auf eine Beendigung des Importstopps von Cytotec®

Der faktisch geltende Importstopp des Medikaments Cytotec stellt für viele Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen ein Problem dar. Sie müssen das Medikament dadurch z.B. über Apotheken im Ausland bestellen. Einige wenige führen aus diesem Grund derzeit keine medikamentösen Abbrüche mehr durch.²² Um die Versorgungssituation zu verbessern, wäre es daher sinnvoll, ergänzend darauf hinzuwirken, dass der Importstopp für Cytotec aufgehoben wird.

Prüfung bundesweiter Kriterien für ein ausreichendes Angebot an Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen

Nach § 13 SchKG sind die Länder verpflichtet, ein ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen. Anders als bei den Schwangerschaftsberatungsstellen wird jedoch nicht näher bestimmt, wann ein ausreichendes Angebot vorliegt. Ein solches Kriterium könnte eine Angabe zu den vorzuhaltenden Kapazitäten in Form einer Verhältniszahl zu den Einwohner*innen sein. Jedoch würde dies einen hohen Aufwand in der praktischen Umsetzung bedeuten, da dann die Kapazitäten der Einrichtungen erfasst werden müssten, die für die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen zur Verfügung stehen. Die ELSA-Studie legt für die räumliche

²² 70 % der Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, gaben an, dass der Importstopp für sie jetzt oder in Zukunft ein Problem bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen darstellt. 45 % der Befragten haben Cytotec® gelagert und können eine Weile damit auskommen. 37 % bestellen den Wirkstoff Misoprostol über eine Apotheke im Ausland, 29 % bestellen das deutlich teurere Präparat MisoOne® über den Sondervertriebsweg und 14 % nutzen ein anderes Präparat. Auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verzichten zum Befragungszeitpunkt sechs Befragte aufgrund des Importstopps.

Erreichbarkeit das evidenzbasierte Kriterium der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die ambulante gynäkologische Versorgung zugrunde. Diese Richtlinie regelt die Bedarfsplanung der gesamten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Für ambulante gynäkologische Einrichtungen gilt, dass eine Einrichtung innerhalb von 40 PKW-Minuten für 95 % der Bevölkerung eines Landkreises erreichbar sein muss.²³ Dieses Kriterium ist insofern limitiert, als vielen ungewollt Schwangeren kein Auto zur Verfügung steht und sie auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind. Zudem bezieht es die Verfügbarkeit von zeitnahen Terminen nicht ein. Bundesweite Kriterien könnten die Länder in ihrem Sicherstellungsauftrag unterstützen.

Berlin, den 06.02.2025

Prof. Dr. Daphne Hahn
Prof. Dr. Ulrike Busch
Prof. Dr. Maika Böhm
Prof. Dr. Petra Brzank
Tilmann Knittel
Laura Olejniczak, M.A.
Dr. med. Ines Thonke
Rona Torenz, M.A. M.A.

²³ § 35 Abs. 5 Nr. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 19. Dezember 2024. Online unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/>.

Anlage 1: Zur Methodik der Studie

Die für diese Stellungnahme zugrunde liegenden Ergebnisse beruhen auf drei ELSA-Befragungen:

Befragung von ungewollt Schwangeren

Die Analysen innerhalb der ELSA-Studie basieren auf der Auswertung von verschiedenen Stichproben. Die für diese Stellungnahme relevanten Stichproben von Befragten mit ungewollten ausgetragenen sowie ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften werden im Folgenden kurz vorgestellt.

a) Stichprobe von Befragten mit ungewollten, abgebrochenen Schwangerschaften (n=594)

Für die Befragung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen wurden verschiedene Wege der Teilnehmerinnen-Gewinnung beschritten, dazu zählen u.a. die Ansprache durch über 50 medizinische Einrichtungen und über 20 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Die Stichprobe erfüllt nicht das Kriterium der Repräsentativität im Sinne einer Zufallsauswahl. Der Aufwand für eine Gewinnung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ausschließlich mittels einer Zufallsauswahl von Adressen aus Einwohnermeldeämtern stünde aufgrund der geringen Prävalenz in keinem wirtschaftlich zu rechtfertigenden Verhältnis zum Nutzen. Allerdings kann gezeigt werden, dass die Stichprobe in ihrer Zusammensetzung bezüglich verschiedener zentraler Merkmale (Alter, regionale Verteilung, Anzahl der vorangegangenen Geburten, Methode des Schwangerschaftsabbruchs, Dauer der Schwangerschaft sowie Art der ausführenden Einrichtung) nah an den Strukturdaten der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche ist. Daher ist von einer hohen Güte der Stichprobe auszugehen.

b) Stichprobe von Befragten mit ungewollten, ausgetragenen Schwangerschaften (n=572)

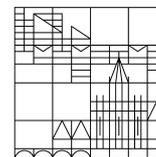
Diese auf Grundlage der Einwohnermeldeamtsadressen erhobene Stichprobe ist repräsentativ für in Deutschland wohnhafte Frauen mit mindestens einem Kind bis 6 Jahren. In der Online-Befragung wurde nach einem Screening aller Lebenszeit-Schwangerschaften jeweils zu einer ausgewählten Schwangerschaft umfassend Fragen gestellt. Dies war – sofern zutreffend – die am kürzesten zurückliegende ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaft. Falls die Befragte in keinem Fall ungewollt schwanger geworden war, wurden Fragen zur am kürzesten zurückliegenden gewollten ausgetragenen Schwangerschaft gestellt.

*Befragung von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (n=309)*

Bei der Befragung der Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen handelt es sich um eine Vollerhebung, wobei nur ein Teil der eingeladenen Personen (n=1.380) der Grundgesamtheit erreicht wurde. Ein Vergleich der Merkmale der erreichten Teilnehmer*innen mit Merkmalen der Grundgesamtheit von Gynäkolog*innen laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (Alter, Geschlecht, ambulante/stationäre Tätigkeit) ergibt nur geringfügige Abweichungen.

*Befragung von Gynäkolog*innen in drei ausgewählten Regionen (n=678)*

Die Zielgruppe der Befragung umfasste alle Fachärzt*innen der Gynäkologie in drei ausgewählten Regionen, die zum Zeitpunkt der Befragung selbständig oder angestellt im Bereich der Frauenheilkunde tätig waren. Die Bundesländer Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und der Regierungsbezirk Tübingen in Baden-Württemberg wurden anhand verschiedener Versorgungsindikatoren als auch weiterer soziodemografischer wie siedlungsstrukturelle Merkmale ausgewählt. Die Regionen kontrastieren bezogen auf diese Merkmale stark und bilden somit möglichst unterschiedliche Regionen im Bundesgebiet ab. Der Fragebogen wurde von 62 % der angeschriebenen Gynäkolog*innen beantwortet, was eine außergewöhnlich hohe Responserate darstellt. Ein Vergleich mit der Ärztestatistik der Bundesärztekammer zeigt hinsichtlich zentraler Merkmale (Alter, Geschlecht, Status ambulante/stationäre Tätigkeit) eine nahezu gleiche Verteilung.



Prof. Dr. Liane Wörner, LL.M. (UW-Madison)

Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Strafrechtsvergleichung,
Medizinstrafrecht und Rechtstheorie
Fachbereich Rechtswissenschaft

Direktorin des Zentrums für HUMAN | DATA | SOCIETY
an der Universität Konstanz

Universitätsstraße 10
78464 Konstanz
+49 7531 88-2324
Fax +49 7531 88-3422

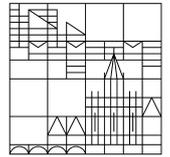
liane.woerner@uni-konstanz.de
www.jura.uni-konstanz.de/woerner
[www.uni-konstanz.de/forschen/forschungseinrichtungen/
centre-for-human-data-society/](http://www.uni-konstanz.de/forschen/forschungseinrichtungen/centre-for-human-data-society/)

7.2.2025

Schriftliche Stellungnahme
zu der öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages
am 10.2.2025
über den Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs
v. 14.11.2024, BT Drs. 20/13775,
zusammen mit dem Antrag v. 14.11.2024, BT Drs. 20/13776

Die gesetzliche Reform der Regelungen über den Schwangerschaftsabbruch ist erforderlich. Das hat die Arbeitsgruppe 1 der von der Bundesregierung zum 31. März 2023 einberufenen Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin in ihrer Berichtsübergabe am 15.4.2024 ausdrücklich festgestellt und insbesondere die Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen nach Beratung gefordert. Der am 14.11.2024 von Bundestagsabgeordneten aus der Mitte des Bundestags als BT Drs. 20/13775 zusammen mit dem Antrag BT Drs. 20/13776 in den Bundestag eingebrachte und am 5.12.2024 in erster Lesung im Bundestag diskutierte Entwurf des Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs zusammen mit dem Antrag von stützenden Maßnahmen zu dessen Umsetzung und zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften hebt Mängel der aktuellen Rechtslage auf, fügt sich widerspruchsfrei in die Gesamtrechtsordnung, ist in der Lage, der Stigmatisierung von Schwangeren bzw. gebärfähigen Personen und Ärzt:innen entgegenzuwirken, erfordert die Sicherstellung einer ausreichenden Versorgung sowie qualitativ hochwertigen Beratung und bietet die Grundlagen, sowohl den Schutz ungeborenen Lebens als auch die reproduktiven Rechte von Frauen bzw. gebärfähigen Personen sicherzustellen. Die Ergebnisse und Empfehlungen der Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin (KOMrSF) werden entscheidend umgesetzt.



**Wörner, Liane, Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses am 10.2.2025**

Seite 2/19

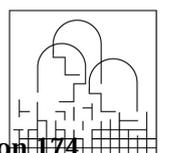
7.2.2025

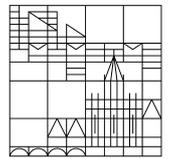
Die nachfolgende Stellungnahme bewertet den Gesetzentwurf aus strafrechtswissenschaftlicher Perspektive. Expertise und interdisziplinäre Aspekte, die für die Bewertung erforderlich sind, und welche in intensiver Forschungsarbeit als wissenschaftliche Koordinatorin der Arbeitsgruppe „Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs“ der KOMrSF gewonnen wurden, fließen ein. Der Gesetzentwurf wird vor dem Hintergrund historisch-rechtsvergleichender Entwicklungen in Deutschland verschiedener Regelungsmodelle (I.) im Vergleich zum aktuell in Deutschland geltenden Beratungsmodell in §§ 218, 218a StGB (II.) bewertet. Darin zeigen sich deutlich die Reformfordernisse und dass der Gesetzentwurf diese löst. Die Stellungnahme zu den konkreten Vorschriften erfolgt unter Berücksichtigung eines am 17.10.2024 von einer Arbeitsgruppe bestehend aus Akteuren der Zivilgesellschaft in Berlin offiziell übergebenen eigenen Gesetzentwurfs (III.), dessen Ziel es war, impulsgebend dem Gesetzgeber aufzuzeigen, wie weitgehend eine Liberalisierung und Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland zulässig, aus Sicht der Akteur:innen der Zivilgesellschaft erforderlich und wie zu regeln wäre. Jener Entwurf wurde von 26 Verbänden in Deutschland gezeichnet. Ich habe an dessen Ausarbeitung gemeinsam mit Prof. Dr. Friederike Wapler (Universität Mainz) und Prof. Dr. Maria Wersig (Hochschule Hannover) maßgeblich mitgewirkt und lege das hiermit ausdrücklich offen.

Im Ergebnis befürworte ich den aus der Mitte des Bundestags eingebrachten Gesetzentwurf BT Drs. 20/13775 sowie den Antrag BT Drs. 20/13776 umfänglich. Im Detail besteht über den Gesetzentwurf hinausgehend Potential zu weiteren Verbesserungen.

In Thesen:

1. Der Vergleich der Fristenregelung 1972 (DDR), des Indikationsmodells 1976 (BRD) und des sog. Beratungsmodells 1995 (Gesamtdeutschland) zeigt, dass der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch nach aktueller Rechtslage in Gesamtdeutschland faktisch höheren Zugangsbeschränkungen unterliegt als seit 1972 bzw. seit 1976 in den Landes- teilen.
2. Der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen ist nach aktueller Rechtslage keine Gesundheitsleistung, rechtswidrig, nur nach Pflichtberatung und Wartefrist und abhängig von der Versorgungslage innerhalb der Zwölfwochenfrist erreichbar und nur dann straffrei. Die damit einhergehenden Grundrechtseinschränkungen für Frauen, Schwangere bzw. gebärfähige Personen sind nicht vertretbar und widersprechen internationalen Vorgaben.





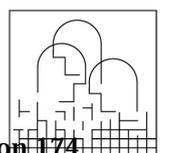
Wörner, Liane, Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses am 10.2.2025

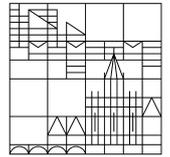
Seite 3/19

7.2.2025

3. Der Gesetzentwurf nebst Maßnahmen-Antrag hebt bei bleibender Pflichtberatung die Mängel der aktuellen Rechtslage weitgehend auf und setzt die Ergebnisse und Empfehlungen der KOMrSF um, die ohne Gestaltungsspielraum die Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen in der Frühphase der Schwangerschaft jedenfalls bis zur 12. Woche gefordert hatte (Empfehlung 9.1.1.).
4. Die Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen bis zur 12. Woche p.c. und das Entfallen der Wartefrist sowie die Regelung außerhalb des Strafgesetzbuchs im Schwangerschaftskonfliktgesetz setzen internationale Maßgaben für Deutschland um.
5. Die Beratung vor einem Schwangerschaftsabbruch hält auch die KOMrSF für einen entscheidenden Baustein bei der Entscheidungsfindung. Einen Gestaltungsspielraum attestiert die KOMrSF dem Gesetzgeber hinsichtlich ihrer Ausgestaltung als Anspruch oder als Pflicht. Er wird vorliegend in Erhaltung der Pflichtberatung genutzt. Die Beratungsangebote sollten dennoch ausgebaut werden, diverse Gruppen adressieren und die Beratung um Sprachmittlung auf Bedarf ergänzt werden.
6. Es bedarf des Strafrechts nur zum Schutz der Schwangeren vor nicht selbstbestimmten Schwangerschaftsabbrüchen gegen oder ohne ihren Willen sowie zum Schutz vor der Nötigung gleichermaßen zum Abbruch wie zu dessen Unterlassung. Das wird mit § 218 Abs. 1 StGB-E und § 240 Abs. 4 StGB-E umgesetzt. § 218 Abs. 3 StGB-E bedarf es in dieser Form nicht. § 14 SchKG-E liegt im Ermessen des Gesetzgebers. § 14a SchKG-E sichert die Einhaltung des Verfahrens. Im legalisierten Umfeld und bei Sicherstellung des Zugangs zu Schwangerschaftsabbrüchen bedarf es der weiteren strafrechtlichen Absicherung nicht.
7. Der Staat kann die Schutzpflicht gegenüber dem ungeborenen Leben am ehesten präventiv erfüllen, indem Maßnahmen zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften gefördert und Maßnahmen zur Förderung und zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sowie zur Begleitung in Schwangerschaften sowie für Schwangerschaftsabbrüche (Leitlinien) getroffen werden. Die mit dem Antrag BT Drs. 20/13776 umzusetzenden Maßnahmen bilden den entscheidenden Baustein zur Verbesserung der Versorgungssituation Schwangerer, zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten und werden dadurch in der Lage sein, die Zahl an Schwangerschaftsabbrüchen zu senken.

Zur weiteren Begründung führe ich wie folgt aus:





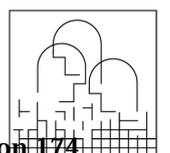
I. Historische Einordnung und fortbestehendes Reformerfordernis

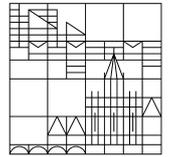
Der Schwangerschaftsabbruch wird historisch im Wesentlichen negativ und durch sein Verbot greifbar (Jerouschek 1988). Wegen der mit einer ausnahmslosen Austragungspflicht für die betroffenen Schwangeren einhergehenden Härte wurden verschiedene Ausnahmen zugelassen und haben sich zuletzt als Regelungstypen herausgebildet. 1927 erkannte das Reichsgericht den Abbruch nach medizinischer Indikation als rechtmäßig an, wenn der Frau Lebensgefahr drohte (RGSt 61, 242). Ob dies der Fall war, hatten allein Ärzt:innen zu entscheiden. Grundlage jener Überlegungen war, dass ein Schwangerschaftsabbruch allein dann rechtmäßig sein könne, wenn im Konflikt zwischen „Mutter“ und „Kind“ das Leben Ersterer gefährdet und deshalb vorzuziehen sei (Konfliktmodell). Die Existenz jenes grundlegenden Konflikts wurde seither nicht in Frage gestellt. Es bleibt von vornherein problematisch, dass mit dem Konfliktansatz die vollständige existenzielle Abhängigkeit von Embryo/Fetus von der Schwangeren und deren komplexe körperliche Einheit nicht beachtet werden. Viele Frauen bzw. gebärfähige Personen wurden in die Illegalität gedrängt.

1. Regelungsmodelle

1972 (DDR GBl. I Nr. 5 S. 89) bzw. 1974 (BRD mit dem 5. StRG v. 18.6.1974, BGBl. 1974 I Nr. 63 v. 21.6.1974, S. 1297 ff.) erklärten zugunsten der Schwangeren beide deutschen Staaten einen Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen innerhalb von 12 Wochen als rechtmäßig (Fristenregelung) und nahmen wegen der Folgen der unabdingbaren Härte der Austragungspflicht für den Zeitraum des ersten Trimenons Abstand von dem Konfliktmodell.

Das BVerfG betonte dagegen 1975 (BVerfGE 39, 1), dass ein Schwangerschaftskonflikt erforderlich und ein Abbruch nur nach Feststellung einer Indikation rechtmäßig sein könne (Indikationsmodell). Der Konflikt zwischen Embryo/Fetus und Schwangerer könne danach nur zu Lasten der Schwangeren aufgelöst werden. Eine Abkehr vom grundsätzlichen Konfliktansatz schien nicht möglich, die existenzielle umfassende Abhängigkeit und die mit einer umfassenden Austragungspflicht einhergehenden Folgen für Schwangere wurden nicht erkannt. Die mit dem 15. StrÄndG 1976 (BGBl. 1976 I Nr. 56 v. 21.5.1976, S. 1213 ff.) daraufhin ergangene weite Indikationsregelung, die den Schwangerschaftsabbruch neben einer fetopathischen, medizinischen und kriminologischen auch aufgrund einer allgemeinen Notlagenindikation rechtmäßig gestattete (Gropp 1981), stellte die Schwangeren zwar in die Abhängigkeit jener Indikationsstellung durch eine:n Ärzt:in (v. Behren 2019). Jedoch machten diese zunehmend und unterschiedlich davon Gebrauch (Pro Familia Bremen 1978, S. 19 ff.), die Zahlen illegaler



**Wörner, Liane, Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses am 10.2.2025**

Seite 5/19

7.2.2025

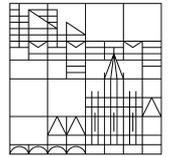
Abbrüche sanken schnell, der Schwangerschaftsabbruch wurde überwiegend rechtmäßige Gesundheitsleistung (Eser 1986, S. 146 ff.). Ärzt:innen wurden bald für die Indikationsstellung kritisiert (vgl. nur BGH, Urteil v. 3.12.1991 - 1 StR 120/90 (LG Memmingen) NStZ 1992, 328) und 1990 das Bundesverfassungsgericht mit einem Normenkontrollantrag befasst, mit dem Vortrag, dass die Indikationsregelung dem Lebensschutz nicht genüge (Normenkontrollantrag der Bayerischen Staatsregierung im Verfahren 2 BvF 2/90).

Im Widerstreit zwischen weiter Indikation und begrenzter Frist auf Verlangen setzte sich jedoch zunächst im Zuge der Wiedervereinigung mit dem Schwangeren- und Familienhilfegesetz (SFHG) 1992 (BGBl. 1992 I Nr. 37 v. 4.8.1992, S. 1398 ff.) erneut eine Fristenregelung durch, die bereits mit einer umfassenden Beratung der Schwangeren kombiniert war. Nach einem weiteren Normenkontrollantrag aus der Mitte des Bundestags verweigerte das Bundesverfassungsgericht dessen Inkrafttreten, weil ausgehend vom Konfliktgedanken allein eine Indikation zum Schwangerschaftsabbruch dessen Rechtmäßigkeit bewirken könne (BVerfGE 88, 203). Einen Ausweg aus dem unbestimmten, in der Praxis kritisierten Indikationsmodell fand das Gericht scheinbar mit dem Abbruch auf Verlangen nach Pflichtberatung mit dreitägiger Wartezeit und bei Rechtswidrigkeit (Beratungsmodell). Es wurde 1995 Gesetz (Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz v. 21.8.1995, BGBl. 1995 I Nr. 44 v. 25.8.1995, S.1050 ff.).

2. Beratungsmodell nach aktueller Rechtslage

Die inzwischen 30 Jahre (1995-2025) geltende Rechtslage nach dem Beratungsmodell stellt aber gerade keinen gangbaren Kompromiss dar. Sie hat sich in der Praxis als ungeeignet erwiesen (ELSA-Studie 2024, KOMrSF-Bericht m.w.N.). Sie schützt Schwangere nicht ausreichend und wirkt zum Schutz ungeborenen Lebens nicht, sondern ist dringend reformbedürftig. Das 1995 Gesetz gewordene Beratungsmodell verpasste dabei von Beginn an die Forderungen des nach einer umfassenden Rechtsvergleichung (unter 74 Ländern) erarbeiteten notlagenorientierten Diskursmodells (Eser 1991, S. 297 f.; Eser/Koch 2000), das zwar basierend auf dem Konfliktgedanken, jedoch nur notlagenorientiert, nicht indikationsabhängig, Rechtmäßigkeit gefolgert hatte (Hermes/Walther NJW 1993, 2337) und damit den Schwangeren gerade mehr Verantwortung hatte zugestehen wollen als die eine Indikationsfeststellung erfordernde Regelung des 15. StrÄndG 1976. Es löst die Nachteile eines weiten Indikationsmodells nicht auf, sondern verschlechtert die Gesundheitsversorgung und Konfliktbewältigung einseitig zugunsten der Schwangeren, ohne zugleich zum Schutz des ungeborenen Lebens beizutragen. Die einseitige Ausrichtung der Beratung an der Fortsetzung der Schwangerschaft (§ 219 StGB) bei Rechtswidrigkeit entzieht den Schwangeren jede inhaltlich verantwortliche und



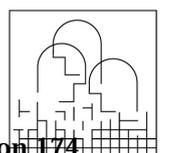
**Wörner, Liane, Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses am 10.2.2025**

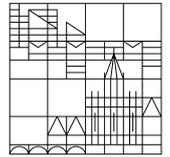
Seite 6/19

7.2.2025

überlässt ihnen alleine eine formale Letztentscheidung. Den Ärzt:innen werden Zulassungs-, Verwaltungs- und Abrechnungshürden auferlegt, so dass die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs nicht mehr nur von der Feststellung einer Indikation, sondern von der Existenz eines Versorgungsangebots selbst abhängig wird. Die Folgen sind, dass sich die Versorgungslage zunehmend verschlechtert und die Durchführung von Abbrüchen medizinisch nicht gelehrt wird (ELSA-Studie 2024, KOMrSF-Bericht 2024). Krankenhäuser und kommunale Versorgungsträger verweigern die Durchführung, solange ein:e niedergelassene:r Ärzt:in ein ausreichendes Angebot iSv § 13 Abs. 2 SchKG sicherstellt (Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages, WD 9 - 3000 - 087/19). Die grundsätzliche Strafbarkeit bei bloßem Ausnahmevorbehalt unter Rechtswidrigkeit stigmatisiert, Gründe für einen Abbruch sind nicht offen ansprechbar (ELSA-Studie 2024, KOMrSF-Bericht 2024/Hahn, Kap. 4.1., S. 83 ff.). In seiner Wirkung geht das aktuelle Recht hier über das zwischen 1972 bis 1990 in der DDR und seit 1976 in der BRD geltende Recht hinaus; beide hatten entweder innerhalb einer Frist (DDR) oder auf Basis einer zuletzt weitverbreitet angewandten allgemeinen Notlagenindikation (BRD) die Notlagen von Frauen anerkannt (Eser 1984, S. 148) und den rechtmäßigen Abbruch als Gesundheitsleistung zugelassen. Die stigmatisierende Wirkung der Regelung trifft gerade auch die Ärzt:innen, wenn sie selbst, Krankenhäuser und kommunale Versorgungsträger wegen dessen Rechtswidrigkeit nicht am Verfahren teilnehmen oder vielfach von Gehsteigbelästigungen betroffen und belastet sind/waren. Die Erreichbarkeit eines Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen in 12 Wochen bleibt abhängig vom zunehmend problematischen Versorgungsangebot, das heute bereits in 85 von 400 Landkreisen in Deutschland nicht mehr gesichert ist (ELSA-Studie 2024, KOMrSF-Bericht 2024/Hahn, Kap. 4.4., S. 113 ff.). Den heute, nach 30 Jahren, untersuchten und gerade im Fall ungewollter Schwangerschaften im Vergleich deutlich alarmierend zugrundeliegenden belastenden Lebensumständen (KOMrSF-Bericht 2024/Hahn, Kap. 4.1., S. 83 ff.: finanzielle Probleme, fehlende oder abgebrochene Ausbildung, fehlende oder problematische Partnerschaften, gesundheitliche Probleme, vulnerable Gruppe mit Gewalterfahrung, psychische Erkrankungen, Traumata) wird nicht oder allenfalls unzureichend entgegengewirkt. Das geltende Recht erfüllt mithin seinen Anspruch auf Lebensschutz nicht.

Aus einer Auswertung der Strafverfolgungsstatistik (KOMrSF-Bericht 2024/Wörner, Kap. 3.1.1., S. 55 ff.) im Vergleich zu den Zahlen statistisch erfasster Schwangerschaftsabbrüche folgt auch nicht nur eine – im Ergebnis heute – kriminalstatistisch geringe Bedeutung. Den 110.431 (2010), 100.893 (2019) bis 106.218 (2023) Schwangerschaftsabbrüchen jährlich, bei einer Abbruchsquote von 97,2 % (2010) bis 96,2 % (2023) nach der Beratungsregelung, begrenzt auf die Jahre seit 2019 stehen 72 polizeiliche Verfahren (PKS 2019) und 11 gerichtliche



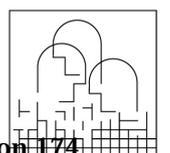


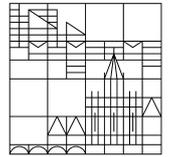
Verfahren, 5 Verurteilungen gegenüber (Statistisches Bundesamt, Destatis zu 2019, Rechtspflege Strafverfolgung, Fachserie 10/3, S. 66 f.). 2020 waren es 93 polizeiliche (PKS 2020), 7 gerichtliche Verfahren mit 6 Verurteilungen (Statistisches Bundesamt, Destatis zu 2020, Rechtspflege Strafverfolgung, Fachserie 10/3, S. 70 f.), 2021 80 polizeiliche (PKS 2021), 13 gerichtliche Verfahren mit 7 Verurteilungen (Statistisches Bundesamt, Destatis zu 2021, Rechtspflege Strafverfolgung, Fachserie 10/3, S. 70 f.). Es folgt daraus insbesondere wegen der grundsätzlichen Strafbarkeit für und gegen jedermann eine weitgehende Überkriminalisierung und Überbefassung der Strafverfolgung, ohne dass damit weitergehender Lebensschutz verbunden wäre. Die überwiegende Zahl der polizeilichen Verfahren wird eingestellt. Zur Verurteilung gelangen fast ausschließlich Gewalttaten gegenüber schwangeren Personen mit der Folge nicht selbstbestimmter Schwangerschaftsabbrüche. Es bedarf des Strafrechts nur hier zum Schutz der Schwangeren vor nicht selbstbestimmten Abbrüchen. Der weiter darüberhin-
— ausgehende symbolische Vorhalt der Strafbarkeit senkt die Abbruchszahlen nicht (Vergleich seit 2010) und verhindert präventive Schutzmaßnahmen für Schwangere und Embryo/Fetus.

— 3. Fortbestehender Reformbedarf in der 20. Legislaturperiode (keine Erledigung)

In der 20. Legislaturperiode bereits verabschiedete Gesetzgebung löst die Reformfordernisse nicht, sondern erfordert gerade auch die Reform der Regelungen über den Schwangerschaftsabbruch, weil die übrigen, bereits getroffenen Regelungen, sonst nicht den erforderlichen Schutz für Schwangere und Embryo/Fetus zu entfalten vermögen und das Recht widersprüchlich bliebe (Wörner, Widersprüche 2025).

Mit dem Gesetz zur Änderung des Strafgesetzbuches – Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB), zur Änderung des Heilmittelwerbegesetzes, zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, zur Änderung des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch und zur Änderung des Gesetzes zur strafrechtlichen Rehabilitierung der nach dem 8. Mai 1945 wegen einvernehmlicher homosexueller Handlungen verurteilten Personen v. 11.7.2022, in Kraft seit dem 19.7.2022 (BGBl. 2022 I Nr. 25 v. 18.7.2022, S. 1082 ff.), wurde das Werbeverbot gestrichen. Widersprüchlich bleibt, dass trotz der weitgehenden Legalisierung und ärztlichen Berufspflichten die Verfahrenssicherungsgebote der §§ 218b, 218c StGB – bei forensisch noch geringerer Bedeutung – und die weit vorverlagernde Strafbarkeit des Inverkehrbringens von Mitteln und Gegenständen (§ 219b StGB) als strafbar verblieben sind, dem Schutz von Ärzt:innen entgegenwirken und das schonende Verfahren des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs überregulieren und dort weitere praktische Verfahrenshürden setzen.





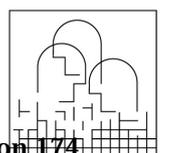
Das Gesetz über die Selbstbestimmung in Bezug auf den Geschlechtseintrag und zur Änderung weiterer Vorschriften v. 19.6.2024, in Kraft seit dem 1.8.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 206 v. 21.6.2024), gestattet transgeschlechtlichen, intergeschlechtlichen und nicht binären Menschen die Änderung von Geschlechtseinträgen. Der damit einhergehenden Achtung der Selbstbestimmung bedarf es auch hinsichtlich der reproduktiven Freiheit gerade beim Auftreten ungewollter Schwangerschaften.

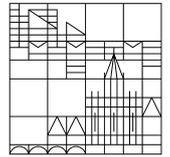
Mit dem zweiten Gesetz zur Änderung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes v. 7.11.2024, in Kraft seit dem 13.11.2024 (BGBl. 2024 I Nr. 351 v. 12.11.2024), wurde im Zuge eines Abstandsgebots vor Beratungsinstitutionen und Arztpraxen/Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, erstmals ein Schutz der Verfahrensbeteiligten vor Eingriffen in ihre Handlungsfreiheit gesetzlich verankert. Der darin liegenden Anerkennung ihrer reproduktiven Freiheit steht die bleibende Rechtswidrigkeit des Verfahrens entgegen und bedarf ihrerseits, nicht (mehr) denkbarer, Rechtfertigung.

Mit dem Gewalthilfegesetz v. 31.1.2025 (BT Drs. 20/14025, BT Drs. 20/14785) wird der Schutz gerade vulnerabler Gruppen gestärkt. Die Untersuchungen zu Lebenslagen ungewollt Schwangerer (ELSA-Studie 2024) zeigen, dass überdurchschnittlich häufig Gewalterfahrungen in Beziehungen zu ungewollten Schwangerschaften und weiteren Gewalterfahrungen und Unterdrückungen führen. Konsequenterweise erfordert das auch den Schutz vor ungewollten Schwangerschaften; eine grundsätzlich strafbewehrte Austragungspflicht bei lediglich rechtswidrigem Ausnahmeverbehalt steht dem entgegen.

4. Zwischenfazit

Eine Reform des aktuell geltenden Beratungsmodells ist nach allem unumgänglich, eine Regelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafgesetzbuchs ist dabei verfassungsrechtlich zulässig (KOMrSF-Bericht 2024/Brosius-Gersdorf, Kap. 5, S. 165 ff.) und legislativ möglich (Gesetzesentwurf Zivilgesellschaft Wapler/Wersig/Wörner v. 17.10.2024). Die Kommission empfiehlt die Regelung außerhalb des Strafgesetzbuchs (KOMrSF-Bericht 2024, Kap. 9, S. 335 ff.).





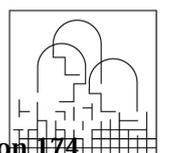
II. Der Gesetzentwurf BT Drs. 20/13775 iVm mit dem Antrag BT Drs. 20/13776 im Vergleich mit dem Beratungsmodell der aktuellen Regelung gem. §§ 218, 218a, 219 StGB

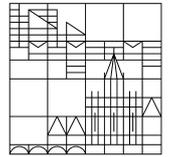
Der Gesetzentwurf vom 14.11.2024 (BT Drs. 20/13775) aus der Mitte des Bundestags setzt die Empfehlungen der Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin für eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs weitgehend um und behebt die zentralen Mängel der aktuellen Rechtslage. Wie von der Kommission empfohlen, enthält er die Regelung eines rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen in den ersten 12 Wochen p.c. (14 Wochen p.m.) ohne Wartefrist (KOMrSF-Bericht 2024, Empfehlung 9.1.1.). Hinsichtlich der erforderlichen Beratung hatte die Kommission dem Gesetzgeber einen Gestaltungsspielraum attestiert, die Regelung sowohl als Pflicht- als auch als Anspruchsberatung umsetzen zu können.

1. Vereinbarkeit mit internationalem Recht, Vereinbarkeit mit Rechtsentwicklung in der EU, Rechtsvergleichung

Der Rüge des UN-Ausschusses für die Beseitigung der Diskriminierung der Frau vom 31.5.2023 (CEDAW/C/DEU/CO9 v. 31.5.2023, S. 13) wird hier abgeholfen, der Abbruch auf Verlangen wird als Gesundheitsleistung zugänglich und nur von einer zu absolvierenden Pflichtberatung abhängig. Die Forderung der *Abortion Care Guidelines* der Weltgesundheitsorganisation WHO einer vollständigen Entkriminalisierung ohne kostensteigernde, zugangsbeschränkende Pflichten und Wartefristen und unabhängig vom Gestationsalter setzt der Entwurf teilweise um; auch darin ist deutlich der Kompromisscharakter zu erkennen, den man in Deutschland sucht.

Während Deutschland im europäischen Vergleich (ausführend KOMrSF-Bericht 2024/Weißer, Kap. 7, S. 289 ff.) bisher eine Sonderstellung einnimmt, weil es neben dem Ärzt:innenerfordernis seit 1995 für den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon sämtliche Zugangshindernisse – Frist, Pflichtberatung, dreitägige Wartezeit (§ 218a Abs. 1 StGB) – kombiniert und damit nach Malta und Polen die strengsten Anforderungen an die Zulassung bei dennoch bleibender Rechtswidrigkeit stellt, führte die Umsetzung des Gesetzentwurfs BT Drs. 20/13775 liberal-fortschrittlich nur zu einer verbleibenden Pflichtberatung, ähnlich wie etwa in Litauen und in den Niederlanden (Centre for Reproductive Rights; Guttmacher Institute). Anschluss würde damit auch an die Regelungen in Österreich und Schweiz erreicht. In Österreich ist der Abbruch der Schwangerschaft gem. § 97 Abs. 1 Nr. 1 öStGB bis zur 12. Woche seit 1975 rechtmäßig (nicht staatlich veranlasste oder erforderliche Statistiken berichten nach einer



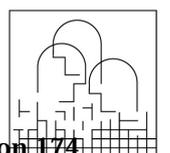


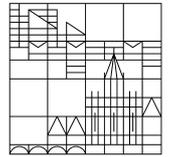
Anfrage von 35.000 Abbrüchen/Jahr). In der Schweiz ist der Abbruch gem. Art. 119 Abs. 2 schwStGB iVm einer ärztlichen Beratung seit dem 2.6.2002 (nach Volksreferendum mit 72,2 %) bis zur 12. Woche (hier gerechnet p.m.) rechtmäßig und wird als Gesundheitsleistung gewährleistet (statistisch erfasst sind 12.045 Abbrüche in 2023). Die 1973 gegründete Schweizerische Vereinigung für die Strafflosigkeit des Schwangerschaftsabbruchs (SVSS) löste sich daraufhin 2003 (mangels weiteren Bedarfs) auf (Chiofalo/Wagner 2022).

Zudem verhält sich der Gesetzentwurf im Einvernehmen mit der neuerlichen EntschlieÙung des Europäischen Parlaments v. 19.12.2024 (P10_TA(2024)0075) mit der ausdrücklichen Forderung der Anerkennung von reproduktiven Rechten als Grundrechten, des Schutzes der reproduktiven Gesundheit durch umfassenden Informationszugang, Sexualerziehung, Zugang zu Verhütung und Notfallverhütung und zu legalen und sicheren Schwangerschaftsabbrüchen (Annahme der EntschlieÙung am 11.4. mit 336 gegen 163 Stimmen; vgl. zuvor schon EP-EntschlieÙung v. 13.2.2019, P8_TA(2019)0111 [Geschlechtergleichstellung]; v. 24.6.2021, P9_TA(2021) 0314 [reproduktive Rechte]; v. 9.6.2022, P9_TA(2022)0243 [Rechte zum Schwangerschaftsabbruch]).

2. Vereinbarung mit dem Lebensschutz für Embryo/Fetus

Es geht dem Gesetzentwurf erkennbar nicht darum, den Lebensschutz für Embryo/Fetus in Frage zu stellen. Lebensschutzfragen werden angestellt und sorgsam abgewogen. Eine verfassungsrechtliche Schutzpflicht, hier zugunsten von Embryo/Fetus, adressiert aber den Staat (BT Drs. 20/13775, S. 4, 17, 18, 19), der Maßnahmen zum Schutz zu ergreifen hat. Jenem staatlichen Handeln wiederum ist durch Grundrechte einzelner, welche der Staat dabei durchaus zur Erfüllung von Schutzpflichten in Anspruch nehmen kann, Grenzen gesetzt (BVerfGE 98, 265, 304; BVerfGE 88, 203, 340, 349 [Sondervotum Mahrenholz/Sommer], KOMrSF-Bericht 2024/Brosius-Gersdorf, Kap. 5, S. 165 ff.; Brodowski 2023, S. 212 ff.). Darin ist mithin richtig, dass die Schutzpflicht im Fall einer Schwangerschaft denkbar möglich nur mit der Schwangeren zusammen verwirklicht werden kann (BVerfGE 98, 265, 304; BVerfGE 88, 203, 340), weil die mögliche Existenz von Embryo/Fetus unabdingbar und vollständig mit der Existenz der Schwangeren verbunden und von ihrem Lebenswandel, ihren Lebensumständen, ihren Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Durchführung und Fortsetzung einer Schwangerschaft unauflöslich abhängig ist (BT Drs. 20/13775, S. 4, 17; Wapler in: Dreier/Brosius-Gersdorf 2023 Art. 1 GG; KOMrSF-Bericht 2024/Brosius-Gersdorf, Kap. 5, S. 165 ff.). Es bedeutet aber auch, dass ein die Grundrechte der Schwangeren begrenzendes Strafrecht selbst der Rechtfertigung bedarf (Brodowski 2023, S. 238 ff.), nicht die Entkriminalisierung. Das hat die Kommission für

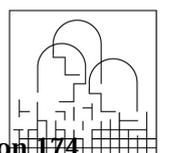


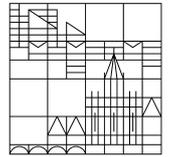


reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin umfassend geprüft und ist zu dem Ergebnis gelangt, dass nach Abwägung sämtlicher schutzwürdiger Interessen der Betroffenen, strafrechtliche Vorschriften gegenüber der Schwangeren und verfahrensbeteiligten Ärzt:innen im ersten Schwangerschaftstrimenon (bis zur 12. Woche p.c.) nicht gerechtfertigt werden können. Für das zweite Trimenon hat der Gesetzgeber einen Gestaltungsspielraum, in der Spätschwangerschaft ist der Abbruch grundsätzlich rechtswidrig, muss aber nicht zwingend strafbar sein (KOMrSF-Bericht 2024, ausführend Kap. 3-8, insbes. Brosius-Gersdorf, Kap. 5, S. 165 ff., sowie Empfehlungen in Kap. 9, S. 335 ff.; auch Weißer GA 2023, 541). Dem Gesetzentwurf gelingt es vielmehr gerade, reformierte Regelungen über den Schwangerschaftsabbruch in die Gesamtrechtsordnung zu integrieren und dabei die grundrechtlichen Positionen, anders als bisher, in einen verhältnismäßigen Ausgleich zu bringen.

3. Erfordernis strafrechtsdogmatisch widerspruchsfreier Einbindung in das aktuelle Recht

Die nach der aktuellen Rechtslage getroffene Regelung einer lediglich tatbestandsausschließenden Beratungslösung eines Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen bis zur 12. Woche p.c. stellt ein weltweit einzigartiges Ausnahmekonzept dieser Gestalt dar. Es handelt sich um eine verkappte Fristenregelung ohne Rechtmäßigkeit. Fehlgehend wird der Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen nach deutschem Recht in internationalen Darstellungen deshalb oft als vollständig legalisiert eingeordnet, weil die Schwangere nach Absolvieren des Pflichtberatungsverfahrens und Einhalten der Wartefrist die formale Letztentscheidung zum Abbruch erhält, soweit sie auch eine Versorgung fristgerecht erreicht. Aufgrund des bleibenden Rechtswidrigkeitsverdikts der Rechtsordnung wird ihr aber die Inanspruchnahme als anerkannte und finanzierte Gesundheitsleistung verweigert (§ 24b SGB V), Schwangere und verfahrensbeteiligte Ärzt:innen sowie Berater:innen müssen das Einhalten der Straffreiheitsvoraussetzungen stetig sorgsam prüfen, um sich nicht strafbar zu machen. Dass zuletzt 102.187 von statistisch erfassten 106.218 Schwangerschaftsabbrüchen (96,2 % in 2023) wiederum jene Voraussetzungen erfüllten, quotiert Reinhard Merkel (NK-StGB § 218 Rn. 1 f.; § 218a Rn. 2) seit vielen Jahren mit dem Stattfinden einer Regel-Ausnahme-Umkehr, die das strafbare Grunddelikt des Schwangerschaftsabbruchs nach § 218 Abs. 1 StGB bis in dessen Nichtexistenz verdränge. In § 218a Abs. 1 StGB wird darüber hinaus aus diesen Gründen ein faktischer Rechtfertigungsgrund erblickt, auch weil die Folgen der verbleibenden Rechtswidrigkeit durch Erfordernisse ärztlicher Mitwirkung, ermöglichter finanzieller Unterstützung bei Bedarf (§ 24b SGB V) sowie staatlich sicherzustellender Mindestversorgung weitgehend abgemildert sind.



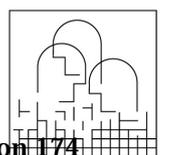
**Wörner, Liane, Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses am 10.2.2025**

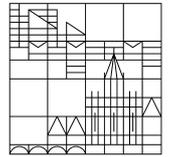
Seite 12/19

7.2.2025

Ein nur faktischer Rechtfertigungsgrund fügt sich dabei ebenso wenig in die dogmatischen Vorgaben des Strafrechts ein, wie die angesichts der Regelung aufgekommene Annahme, in § 218a Abs. 1 StGB der aktuellen Fassung einen prozeduralen Rechtfertigungsgrund zu sehen (Saliger 2013, S. 124 ff.; Schweiger 2018, S. 260 f.). Dann wird argumentiert, dass mit § 218a StGB das Prinzip überwiegenden Interesses zur Rechtfertigung durch ein prozedurales, hürdenreiches Beratungsverfahren ersetzt sei, welches – ausgerichtet am Lebensschutz – mit dessen Bewältigung Betroffene prozedural rechtmäßig stelle (Schweiger in: Saliger/Tsambikakis § 7 Rn. 6). Es bleibt, dass sämtliche Lösungen mit der gesetzlichen Fassung in § 218a StGB – „nicht verwirklicht“ – nicht zu vereinbaren sind. Vielmehr nimmt die nach Absolvieren aller Zugangsbeschränkungen bleibende Rechtswidrigkeit der Schwangeren jede Entscheidungsmacht und überlässt ihr ohne Gesundheitsschutz allein die formale Letztentscheidung. Das ist zudem rechtstheoretisch nicht vertretbar und führt auch deshalb in eine strafrechtsdogmatisch widersprüchliche Regelung. Denn die Verhaltensnorm, die der Strafbarkeit zugrunde liegt, muss zunächst außerstrafrechtlich gefunden sein und so gravierend, dass ein Verstoß gerade nicht nur eine Rechtswidrigkeit des Verhaltens, sondern darüber hinaus dessen Unwertvertypung als Straftatbestand erfordert (Freund 2021, S. 175 ff.; Freund/Bünzel 2024). Wenn der Gesetzgeber nun aber zunächst den Schwangerschaftsabbruch in § 218 StGB allgemein für und gegen jeden straftatbestandlich vertyp, um hiervon für den Abbruch auf Verlangen in § 218a Abs. 1 StGB unter weiteren Voraussetzungen eine gerade dann nicht mehr unwertvertypete Ausnahme zu machen, so regelt der Gesetzgeber strafrechtlich gerade nichts (Koriath 1994, S. 93 ff.; 322 ff., spricht vom deontischen Widerspruch). Damit kann auch kein Schutz erfolgen. Die statistisch erfassten Zahlen an Schwangerschaftsabbrüchen sinken nicht.

Der Gesetzentwurf entscheidet sich demgegenüber für ein Konzept der Mitverantwortung mit der Schwangeren und gewährt einen rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen nach Pflichtberatung durch eine(n) Ärzt:in innerhalb von 12 Wochen p.c.. Die Rechtmäßigkeit fügt sich dogmatisch widerspruchsfrei ein und beruht auf dem evidenzbasiert wissenschaftlich heute gesicherten Stand, dass die Übernahme einer Schwangerschaft im Frühstadium von der Schwangeren nicht gegen ihren Willen verlangt werden kann, weil das Eingehen einer Schwangerschaft mit einer Vielzahl an Lebensbewältigungsaufgaben einhergeht. Das ist konzeptionell notlagenorientiert (Eser 1991, S. 297 f., Hermes/Walther NJW 1993, 2337), erfordert aber nicht die Zugrundelegung eines Konflikts. Es erfordert vielmehr die Akzeptanz eigenverantwortlicher Entscheidungen Schwangerer über die Schwangerschaft, jedenfalls in den ersten Wochen.



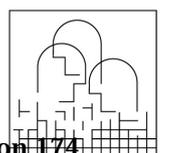


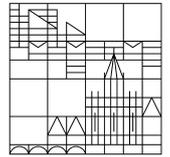
Die Schwangere kann allenfalls dann zum Austragen der Schwangerschaft verpflichtet werden, wenn ihr dies zugemutet werden kann. Ist die Fortsetzung der Schwangerschaft für sie unzumutbar – und allgemeine Kriterien dafür sind nicht zu entwickeln, besteht keine Pflicht, der Schwangerschaftsabbruch muss damit rechtmäßig sein (KOMrSF-Bericht 2024/Brosius-Gersdorf, Kap. 5, S. 165 ff.; ebd. Wörner, Kap. 8, S. 321 ff.; ebd. Empfehlungen, Kap. 9, S. 335 ff.; BT Drs. 20/13775, S. 18; Wörner, Widersprüche 2025).

4. Strafrecht als ultima ratio

Die verfassungsrechtliche Schutzpflicht zugunsten von Embryonen und Feten steht dem nicht entgegen. Die staatliche Schutzpflicht ist nur mit Mitteln des Strafrechts zu erfüllen, wenn dies rechtlich begründet werden kann und Grundrechtseingriffe verhältnismäßig sind. Der Grundrechtseingriff, der mit einer Pflicht zur Fortsetzung einer unzumutbaren Schwangerschaft einhergeht, ist unverhältnismäßig (KOMrSF-Bericht 2024/Brosius-Gersdorf, Kap. 5, S. 165 ff.). Die allgemeine Strafbarkeit mit Ausnahmeverbehalt verbleibt als symbolisches Strafrecht, ohne Wirkungsgehalt, was sich deutlich in der forensisch geringen Bedeutung und den statistischen Zahlen zeigt. Es bedarf der Kriminalisierung nicht. Die Regelung des Verfahrens außerhalb des Strafgesetzbuchs ist mithin legitim und folgerichtig. Die Neuregelung innerhalb des Schwangerschaftskonfliktgesetzes fügt sich konsequent in dessen Regelungsgefüge, die Regelung innerhalb des dortigen § 12 SchKG erfolgt sachnah und ist in der Umsetzung auch insoweit gesetzessystematisch durchdacht, dass die Rahmenregelungen zum Verfahren, bisher §§ 218b, 218c, 219, 219b StGB in ihrer aktuellen Fassung, in § 14a SchKG als Ordnungswidrigkeiten und die Grundsicherung des Verfahrens in § 14 SchKG als Nebenstrafrecht umgesetzt sind. Weil der Grundtatbestand des § 218 StGB in seiner aktuellen Fassung schon nach aktuellem Recht forensisch geringe Bedeutung hat (auch Kubiciel 2024, S. 4 f.), wird das im vollständig legalisierten Verfahren auch für die Strafbarkeit nach § 14 SchKG gelten. Zu begrüßen ist insbesondere die Abstandnahme von der weiteren und weit vorverlagernden Inkriminierung des bisher noch strafbaren Inverkehrbringens von Mitteln und Gegenständen zum Schwangerschaftsabbruch (bisher § 219b StGB). Dessen Auflösung behebt praktische Verfahrenshindernisse insbesondere bei Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs und löst den im Gesetz entstandenen Widerspruch nach Aufhebung des Werbeverbots in § 219a StGB a.F. auf. § 219b StGB ist in jedem Fall zu streichen.

Der Gesetzentwurf setzt damit die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur notwendigen Begrenzung der Schutzpflicht (BVerfGE 153, 182) fort, wonach die Schutzpflicht durch das Recht auf Gestaltung des eigenen Lebenswandels begrenzt wird. Das erfordert



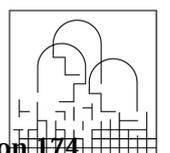


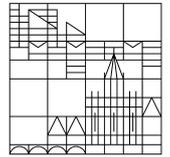
anzuerkennen, dass die Existenz des Embryos unabdingbar Teil der Existenz der Schwangeren und durch diese überhaupt nur möglich und zu erhalten ist. Die umfassende, nicht auflösbare körperlich einheitliche Erfahrung Schwangerschaft kann nicht von jeder gebärfähigen Person gleichermaßen eingefordert und nicht gegen sie umgesetzt werden. Die an den Staat adressierte Schutzpflicht ist dagegen mit präventiven Maßnahmen zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften, mit Maßnahmen zur Bewältigung von unzumutbaren Übernahmepflichten sowie mit inklusiven Hilfen zur Verwirklichung reproduktiver Freiheiten, wenn ein Schwangerschaftswunsch besteht, zu erfüllen. Das insoweit eindeutige Ergebnis des Gesamtberichts der Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin zeigt in beiden Unterberichten eindeutig legale Wege, deren Grenzen und bestehende Gefahren auf, eröffnet Wege zur straffreien Regelung des Schwangerschaftsabbruchs sowie zur Zulassung von Eizellspende und begrenzt von Leihmutterschaft (KOMrSF-Bericht 2024, Teile I und II). Mit dem Gesetzentwurf würden die Empfehlungen jedenfalls der Arbeitsgruppe 1 inklusiv und ohne Diskriminierung umgesetzt.

III. Anmerkungen zu den konkreten Vorschriften des Gesetzentwurfs

Es bedarf abschließend noch einiger Ausführungen zu den mit dem Gesetzentwurf BT Drs. 20/13775 vorgeschlagenen Vorschriften. Ich setze diese in den Vergleich mit dem am 17.10.2024 von einer Arbeitsgruppe bestehend aus Akteuren der Zivilgesellschaft in Berlin offiziell übergebenen eigenen Gesetzentwurfs (Gesetzentwurf Zivilgesellschaft-Wapler/Wersig/Wörner). Ziel jenes Gesetzentwurfes war es impulsgebend aufzuzeigen, wie weitgehend Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch in Auslegung der Empfehlungen des Kommissionsberichts außerhalb des Strafgesetzbuchs zulässig sind und wie Akteure der Zivilgesellschaft jene für sich bestmöglich umgesetzt sehen.

Der Abgleich ergibt, dass mit dem Gesetzentwurf aus der Mitte des Bundestages vom 14.11.2024 – BT Drs. 20/13775 – ein entscheidender Schritt zu einer widerspruchsfreien Einbindung in das aktuelle Strafrecht und in die Gesamtrechtsordnung geleistet ist. Das Gesamtkonzept einer positivrechtlichen Regulierung von Verfahren zum Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuchs im fachlichen Kontext innerhalb des Schwangerschaftskonfliktgesetzes ist systematisch stimmig. Die Vorschriften sind systematisch widerspruchsfrei in die Regelungssystematik des SchKG eingebracht, das damit auch nicht überfrachtet ist.



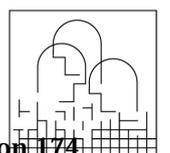
**Wörner, Liane, Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses am 10.2.2025**

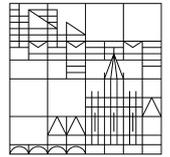
Seite 15/19

7.2.2025

Die Regelungen zeigen im Verhältnis zum rechtmäßig straffrei möglichen Regelungspotential deutlich moderate Züge. Die Frist bleibt auf das erste Trimenon begrenzt (12 Wochen p.c. gem. § 12 Abs. 2 SchKG-E). Die Beratungspflicht bleibt bestehen (§ 12 Abs. 2 Nr. 1 SchKG-E). Daneben ist gem. den Ausführungen der Kommission der Schwangerschaftsabbruch nach medizinischer Indikation rechtmäßig (§ 12 Abs. 3 SchKG-E). Über die aktuelle Rechtslage hinaus entscheidende Entlastung bewirkt der Entwurf mit der Ausdehnung der Frist und Zulassung eines rechtmäßigen Abbruchs nach kriminologischer Indikation gem. § 12 Abs. 4 SchKG-E bis zu 15 Wochen p.c.. Die Fristverlängerung hatte die Kommission bei fortgeltender Rechtswidrigkeit des Schwangerschaftsabbruchs ab Woche 12 empfohlen, weil nach aktueller Rechtslage der Abbruch nach kriminologischer Indikation kaum Abhilfe schafft und besonders in problematischen Fallkonstellationen vorliegende Anlasstaten in der Praxis zu spät erkannt werden, um über die Vorschrift noch einen rechtmäßigen Abbruch zu erreichen. Die Gesamtregelung in § 12 SchKG-E zeigt damit gerade ein in sich stimmiges Konzept bei Erhalt der Weigerungsklausel in § 12 Abs. 5 SchKG-E, das die Unzumutbarkeit der Fortsetzung der ungewollten Schwangerschaft in der Frühphase anerkennt und die Reformempfehlungen der Kommission jedenfalls nach deren Mindestmaß umsetzt. Weil die Schutzpflicht dahingehend begrenzt ist, dass Grundrechtseingriffe der Betroffenen verhältnismäßig sein müssen (KOM-Bericht Kap. 5), unterschreitet die Regelung im SchKG gerade nicht das Untermaßverbot.

Bei Nichteinhalten der Voraussetzungen zu einem rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruch nach § 12 SchKG-E droht Strafbarkeit nach § 14 SchKG-E. Die Vorschrift fügt sich systematisch korrekt nebenstrafrechtlich an die Verfahrensregulierung selbst an. Der Gesetzentwurf der Zivilgesellschaft-Wapler/Wersig/Wörner vom 17.10.2024 kommt demgegenüber ohne nebenstrafrechtliche Regelungen aus, denn der nicht verfahrensmäßige, deshalb rechtswidrige Schwangerschaftsabbruch stellt keine Gesundheitsleistung mehr dar und würde nicht finanziert und nicht mit der Krankenkasse abrechenbar. Je weitgehender eine Legalisierung unter klaren Verfahrensvorgaben erfolgt, je weniger bedarf es nachregulierend des Strafrechts bei Nichteinhaltung von Voraussetzungen. In Anbetracht der aktuellen statistischen Erhebungen ist bei einer Umsetzung des Gesetzentwurfs mit §§ 12, 14 SchKG-E nicht mit einer Vielzahl an strafbaren Verfahrensverstößen zu rechnen, die forensische Bedeutung der Vorschriften wird sehr gering bleiben. Die umfassende Legalisierung bedingt die Anerkennung als Gesundheitsleistung und wird zur Einhaltung der Voraussetzungen anhalten. Die Einstellung von Verstößen als Nebenstrafrecht im Fachzusammenhang und nicht als Kernstrafrecht erfolgt deshalb systematisch korrekt. Eine Nichtachtung der Schutzpflicht gegenüber Embryo/Fetus liegt darin nicht, schon deshalb nicht, weil das Gesamtkonzept auf einer sorgfältigen Abwägung



**Wörner, Liane, Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses am 10.2.2025**

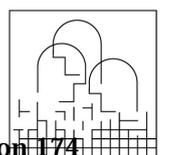
Seite 16/19

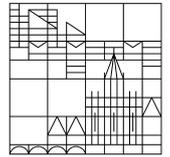
7.2.2025

der Grundrechte der betroffenen Frauen bzw. gebärfähigen Personen und der Pflicht des Staates zum Schutz ungeborenen Lebens beruht. Entscheidend ist, dass der Entwurf anerkennt, dass der Schutz ungeborenen Lebens nur mit der Frau und mit ihrem Willen möglich ist und dass Lebenslagen und Erfahrungen ungewollt Schwangerer heute weitgehend untersucht sind, mithin evidenzbasierte Erkenntnisse über deren Erleben vorliegen, die jedenfalls für die Frühschwangerschaft bis zur 12. Woche p.c. wegen der umfassenden Lebensaufgabenumwandlung und einschneidenden Belastungen, die mit einer Schwangerschaft einhergehen, eine Entpflichtung von der Fortsetzungspflicht bedeuten. Die Schwangere wird nach dem Entwurf mit § 14 Abs. 4 SchKG-E deshalb insgesamt straffrei gestellt, über § 218a Abs. 4 StGB in der aktuellen Fassung hinaus, der Straffreiheit nur bis zur 22. Woche garantiert.

Verfahrensverstöße beteiligter Ärzt:innen, derzeit § 218b, 218c StGB in aktueller Fassung, werden nach § 14a SchKG-E systematisch folgerichtig als Ordnungswidrigkeiten verfolgt. Es handelt sich auch nach der derzeitigen Rechtslage um in das Strafgesetzbuch hineingeschriebene strafbewehrte Pflichten mit primär verfahrenssichernder Wirkung (Lindemann in LK-StGB Vor § 218 Rn. 37). Ihre Regelung als berufsrechtliche Verstöße liegt schon jetzt näher (KOMrSF-Bericht 2024/Empfehlung 9.6) und erfolgt mit dem Gesetzentwurf konsequent. Die Streichung der weit vorverlagernden Vorschrift des § 219b StGB ist für die Verfahrensdurchführung besonders zu begrüßen (s.o. II.4.), der Verhinderung des Entstehens eines illegalen Umfelds bei weitgehender Legalisierung des Verfahrens bedarf es nicht. Die Vorschrift bedarf in jedem Fall der Streichung.

Des Strafrechts bedarf es vielmehr – gerade auch nach den aktuellen Verurteilten/Aburteilungszahlen (s.o.) – allein zum Schutz der Schwangeren vor nicht selbstbestimmten Schwangerschaftsabbrüchen. Die aktuell nur als Strafzumessungsvorschrift vorgesehene Regelung des § 218 Abs. 2 Nr. 1, 2 StGB bedarf der Ausgestaltung als Straftatbestand zum Schutz der Schwangeren. § 218 Abs. 1 StGB-E (BT Drs. 20/13775, S. 13) sieht dies vor. Die Vorschrift zeichnet zugleich für eine liberale Verantwortungsverteilung, wenn der Staat mit der Schutzvorschrift der Schwangeren schützend zur Seite steht, wenn Eingriffe in die Schwangerschaft gegen oder ohne ihren Willen drohen. Ziel der Entwurfsverfasser ist es darüber hinaus, die von der Kommission aufgedeckte Strafbarkeitslücke des aktuellen Rechts zum Schutz von Embryo/Fetus zu schließen. Denn während das aktuelle Recht die Schutzpflicht insgesamt der Schwangeren überantwortet, setzt der Entwurf auf Mitverantwortung von Staat und Betroffenen, was sich auch deutlich in dem mit dem Antrag BT Drs. 20/13776 vorgelegten Maßnahmenpaket zeigt. Die Vorschrift dürfte allerdings immer mit Abs. 1 vorliegen und sollte noch



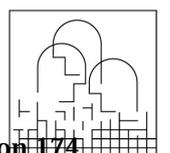


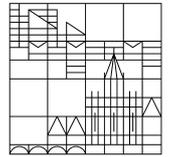
nachgebessert werden. Eine Verfügungsbefugnis etwa der Schwangeren über Embryo/Fetus statuiert § 218 StGB-E in keiner Weise. Das ist weder dem Wortlaut noch der Begründung des Entwurfs zu entnehmen.

Richtig ist demgegenüber der Schutz der Schwangeren gleichermaßen vor einer Nötigung zum Abbruch und einer Nötigung zu dessen Unterlassen, § 240 Abs. 4 Nr. 1 StGB-E. Die verfahrensmäßigen Risiken für Verfahrensbeteiligte beim Schwangerschaftsabbruch oder gegenüber der Schwangeren agierende Dritte verändern sich dadurch nicht. Die Schwangere muss in ihrem Willen frei sein, sich ergebnisoffen für oder gegen einen Abbruch zu entscheiden, wenn sie dabei die verfahrensmäßigen Vorgaben einhält. Ärzt:innen sind keinen weiteren Risiken ausgesetzt. Das Weigerungsrecht zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch gilt gem. § 12 Abs. 5 SchKG-E fort. Mit der Legalisierung eines rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruchs auf Verlangen nach Pflichtberatung gem. § 12 Abs. 2 SchKG-E als anerkannte Gesundheitsleistung iVm § 21b Abs. 1 SGB I, § 146 Abs. 1 SGB III, § 24b SGB V wird der Ausbau einer ausreichenden Versorgung erforderlich. Eine Nötigung zum Unterlassen von Abbrüchen droht demgegenüber nicht, solange das Versorgungsangebot nicht entscheidend und vorsätzlich mit dem Willen in Schwangerschaften zu zwingen unterschritten wird.

IV. Abschließende Empfehlung

Nach alledem ist der dringliche Reformbedarf dargetan. Die 1995 Gesetz gewordene Beratungsregelung hat ihr eigenes Ziel verfehlt. Sie verletzt zudem unverhältnismäßig die Grundrechte der betroffenen Schwangeren, Frauen bzw. gebärfähigen Personen. Wegen des hürdenreichen Zugangs bei verbliebener Rechtswidrigkeit stigmatisieren die Vorschriften, die Versorgungslage verschlechtert sich zunehmend. Die Regelung widerspricht zudem internationalen Vorgaben. Der Gesetzentwurf BT Drs. 20/13775, mit Antrag BT Drs. 20/13776, hebt die tragenden Mängel auf und legt ein widerspruchsfreies, sich in die Rechtsordnung einfügendes Gesamtkonzept vor, das Lebensschutz ebenso ermöglicht und Maßnahmen hierzu vorsieht, wie den Schutz der reproduktiven Rechte von Schwangeren, Frauen und gebärfähigen Personen. Nichtstrafrechtliche Regelungen sind deshalb gerade geboten und verstoßen nicht gegen das Untermaßverbot. Die systematisch korrekten, widerspruchsfreien Vorschläge setzen die Empfehlungen der Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin weitgehend um. Insbesondere bilden sie einen erforderlichen und entscheidenden Schritt zur Legalisierung und Entstigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs.



**Wörner, Liane, Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses am 10.2.2025**

Seite 18/19

7.2.2025

Sie erlauben damit die weitere Untersuchung der Lebenslagen (ungewollt) Schwangerer und von maßgeblichen Gründen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen im Hellfeld und ermöglichen es, Maßnahmen sowohl präventiv zur Vermeidung ungewollter Schwangerschaften als auch zur Bewältigung von Konfliktsituationen oder notlagennahen individuellen Herausforderungen zu ergreifen. An diesen entscheidenden Weichenstellungen, die der Antrag BT Drs. 20/13776 vorbereitet, kann die Erfüllung der staatlichen Schutzpflicht für das ungeborene Leben gelingen, hier sind die entscheidenden Maßnahmen zum Ausbau zu treffen. Sie erfordern aber sämtlich die verantwortliche Mitwirkung der betroffenen Frauen bzw. gebärfähigen Personen und mithin die Anerkennung deren reproduktiver Rechte und die diskriminierungsfreie Achtung ihrer Grundrechte. Unverhältnismäßige Grundrechtseingriffe mittels Strafrechts sind unzulässig – auch gegenüber Schwangeren, Frauen und gebärfähigen Personen.

Der Rechtsausschuss sollte beide Anträge in das Plenum des Bundestags zur demokratischen Entscheidung geben. Dem Gesetzgeber ist zu raten, über diesen aus der Mitte des Bundestags eingebrachten Gesetzentwurf in 2./3. Lesung zu beraten und in dem dazu erforderlichen demokratischen Prozess unmittelbar zur Abstimmung zu bringen und umzusetzen.

Schriften (Auswahl)

Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, Berlin, 15.4.2025 (zitiert als KOMrSF-Bericht 2024/Name, Kap., S.)

Dominik Brodowski, Die Evolution des Strafrechts, Baden-Baden 2023

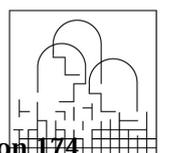
Valentina Chiofalo/Marlene Wagner, Der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland und der Schweiz: Ein Rechtsvergleich anhand der Autonomiefrage der ungewollt schwangeren Person, in: Beier/Erdoğan/Graf/F. Graf/Haux/Meier/Nickerson/Picocchi/Ritter/Bastian/Spirig/Wujohktsang (Hrsg.), Gender und Recht: Perspektiven aus den Legal Gender Studies, Bielefeld 2023, S. 159-186

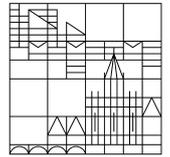
Albin Eser, Reform des Schwangerschaftsabbruchs im Strafrecht der Bundesrepublik Deutschland. Entwicklung und gegenwärtiger Stand, in: Jescheck (Hrsg.), Gedächtnisschrift für Zong Uk Tjong 1985, S. 25-49

Albin Eser/Hans-Georg Koch, Schwangerschaftsabbruch im internationalen Vergleich, Teil 3: Rechtsvergleichender Querschnitt - Rechtspolitische Schlußbetrachtungen – Dokumentation zur neueren Rechtsentwicklung, 1. Auflage, Baden-Baden 2000

Albin Eser, Das neue Schwangerschaftsabbruchsstrafrecht auf dem Prüfstand, NJW 1992, S. 2913-2925

Albin Eser, Schwangerschaftsabbruch zwischen Grundwertorientierung und Strafrecht – Eine rechtspolitische Überlegungsskizze, ZRP 1991, S. 291-298





Wörner, Liane, Stellungnahme zur Anhörung des Rechtsausschusses am 10.2.2025

Seite 19/19

7.2.2025

- Georg Freund/Annika Bünzel, Reform der strafrechtlichen Produktverantwortlichkeit. Zugleich ein Beitrag zur Differenzierung zwischen Straftat und Ordnungswidrigkeit, LMuR 2024, S. 288-298
- Georg Freund, Tun und Unterlassen im Strafrecht – Vom klassifikatorischen Handlungsbegriff zum normwidrigen Verhalten, in: Rostalski (Hrsg.), Grundlagen und Konzepte des Strafrechts – Zur Leistungsfähigkeit von Straftatsystemen (Kölner Tagung 2019), 2021, S. 175-192
- Walter Gropp, Der straflose Schwangerschaftsabbruch, Tübingen 1981
- Georg Hermes/ Susanne Walther, Schwangerschaftsabbruch zwischen Recht und Unrecht – Das zweite Abtreibungsurteil des BVerfG und seine Folgen, NJW 1993, S. 2337-2347
- Günter Jerouschek, Lebensschutz und Lebensbeginn, Stuttgart 1988
- Heinz Koriath, Grundlagen strafrechtlicher Zurechnung, Göttingen 1994
- Michael Kubiciel, Verfassungsrechtliche Grenzen einer Reform der §§ 218 ff. StGB, Konrad-Adenauer-Stiftung-Monitor, Berlin 2024
- Michael Lindemann, Vorbemerkungen zu den §§ 218 ff., Leipziger Kommentar StGB, Cirener/Laufhütte/Radtke/Rissing-van Saan/Rönnau/Schluckebier/Tiedemann (Hrsg.), Berlin/Boston 2023
- Reinhard Merkel, Kommentierung zu §§ 218 ff., Kindhäuser/Neumann/Paeffgen/Saliger (Hrsg.), Strafgesetzbuch, 6. Auflage 2023
- Frank Saliger, Legitimation durch Verfahren im Medizinrecht, in: Bernat/Kröll (Hrsg.), Recht und Ethik der Arzneimittelforschung, 2013, 124
- Theresa Schweiger, Prozedurales Strafrecht. Zur Bedeutung von Verfahren und Form im Strafrecht, Nomos 2018
- Dirk v. Behren, Die Geschichte des §218 StGB, Rothenburger Gespräche zur Strafrechtsgeschichte, Band 4, Gießen/Rothenburg 2004/2020
- Bettina Weißer, §§ 218 ff. StGB - ein weiser Kompromiss?, GA 2023, S. 541-566
- Liane Wörner, Widersprüche beim strafrechtlichen Lebensschutz? – Überlegungen zu einem konsistenten strafrechtlichen Schutz des Lebens vorgeburtlich in vitro, vorgeburtlich in utero, bei Sterbehilfe und bei der Hilfe zur Selbsttötung (Habilitationsschrift, in Vorbereitung bei Mohr Siebeck, Reihe Jus Poenale)
- Liane Wörner, Wohin mit §§ 218 ff. StGB? Zur strafverfassungsrechtlich erforderlichen Reform, medstra 1/2025, S. 1-3
- Liane Wörner, Plädoyer für eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafrechts, Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs? - Zwei Perspektiven in: Aus Politik und Zeitgeschichte (APuZ), 43-44/2024, S. 23-33
- Liane Wörner, Der Schwangerschaftsabbruch im Recht der alten Bundesrepublik (1949-1990) in zeitgeschichtlicher Perspektive unter Berücksichtigung der Umbruchsphase (1990-1995), in: Georg Steinberg/Arnd Koch/Andreas Popp (Hrsg.), Das Strafrecht in der alten Bundesrepublik 1949-1990. Der besondere Teil im zeitgeschichtlichen Spiegel von Gesellschaft und Politik, Baden-Baden 2024, S. 271-310
- Zivilgesellschaft i.V.m. Friederike Wapler, Maria Wersig und Liane Wörner, Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs, Berlin 17.10.2024

