

An die Mitglieder der Arbeitsgruppe 1 –
Regulierungen für den Schwangerschaftsabbruch
der Kommission für reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin

**Stellungnahme der Evangelischen Konferenz für Familien- und Lebensberatung e.V.
Fachverband für Psychologische Beratung und Supervision (EKFuL)**

Die EKFuL bedankt sich bei den Mitgliedern der Arbeitsgruppe 1 für die Einladung, schriftlich in Form von Erfahrungen und Argumenten Stellung zu nehmen, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Regelung zum Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuches möglich ist.

Als Evangelischer Fachverband für Psychologische Beratung sichert die EKFuL die Qualität der Psychologischen Beratungsstellen in evangelisch-diakonischer Trägerschaft, darunter auch die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, und vertritt deren Interessen im kirchlichen und politischen Raum. Eine Arbeitsgruppe des Fachverbandes widmet sich derzeit den komplexen Fragen und Regelungen rund um den Schwangerschaftsabbruch. Die EKFuL wird sich in Bezug auf gesamtgesellschaftliche Veränderungen, bundespolitische Bewegungen, neue Studienergebnisse und deren Bedeutung für die Arbeit in Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in einer geplanten Veröffentlichung äußern.

I Gesetzliche Ausgangslage

Mit Inkrafttreten des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) vom 28. Mai 1993 wurde ein gesetzliches Schutzkonzept angelegt, wonach dem „Ungeborenen der rechtliche Schutz auch gegenüber seiner Mutter gebühre und der im Grundgesetz verankerten Schutzpflicht für das ungeborene Leben nur dann Rechnung getragen werde, wenn der Gesetzgeber einen Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich verbiete und der Mutter die grundsätzliche Rechtspflicht auferlege, das Kind auszutragen.“ [1]. Seit über 30 Jahren ist in Deutschland für Frauen¹ ein Recht auf Schwangerschaftsabbruch somit nur unter der Maßgabe mit der Verfassung vereinbar, dass für die Schwangere eine Austragungspflicht bestehe [1].

Im internationalen Vergleich sind die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch unterschiedlich. Es zeigt sich eine hohe Variationsbreite mit Tendenz zu liberaleren Regelungen [2]. Im Juni 2021 stimmte das Europäische Parlament für eine Resolution zur sexuellen reproduktiven Gesundheit und den Rechten von Frauen. Entschlüsseungen des europäischen Parlamentes sind nicht rechtsverbindlich. Sie haben eine Orientierungsfunktion für die grundsätzliche Richtung der europäischen Politik [2]. Die Mitgliedstaaten wurden in dieser Resolution aufgefordert, qualitativ hochwertige, umfassende und zugängliche reproduktive Gesundheitsleistungen sicherzustellen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) veröffentlichte im März 2022 in ihrer *Abortion Care Guideline* [3] eine Leitlinie zur Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen und Kriterien, die gesundheitliche Versorgungsstrukturen erfüllen müssen. In Deutschland ist seit 1985 das „Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau“ (CEDAW) in Kraft getreten [4a,4b]. Seither ist die Bundesregierung als Vertragsstaat in der Pflicht, die Empfehlungen des Staatenberichtsverfahrens (Monitoring) vollständig umzusetzen.

II Erfahrungen, Argumente und Empfehlungen rund um den Schwangerschaftsabbruch

Der politische, ethische und wissenschaftliche Diskurs um eine mögliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches bedarf einer breiten gesellschaftlichen Diskussion und inklusiven Ausrichtung, sodass multiprofessionelle und erfahrungsgebundene Sichtweisen ausreichend Gehör und Sichtbarkeit erfahren. Im Folgenden wird auf eine Auswahl an Themen rund um den Schwangerschaftsabbruch näher eingegangen. Im Anschluss werden jeweils Empfehlungen aus Perspektive der EKFuL formuliert.

¹Die überwiegende Mehrheit der Menschen, die schwanger werden können, sind Frauen. In den Ausführungen der hier zitierten Gesetzestexte wird sich auf Frauen bezogen. In dieser Stellungnahme wird weiter von Frauen gesprochen bzw. die weibliche Sprachform verwendet. Trans*Männer, nicht binäre und intergeschlechtliche Menschen, die auch schwanger werden können, sind mit gemeint.

Prävention

Wirksamer Lebensschutz außerhalb des Strafrechts beginnt mit Prävention. Dazu sichert der Gesetzgeber ein breites Beratungs- und Bildungsangebot, das in einer Kommstruktur (Beratungsstellen) und in einer aufsuchenden Struktur (z.B. Bildungsangebote in Kitas, Schulen, außerschulischer Bildungsarbeit, Jugendarbeit) für eine große Vielfalt an Zielgruppen zur Verfügung steht. Niedrigschwellige, kultur- und geschlechtersensible sexuelle Bildung umfasst Wissensvermittlung und offene Kommunikation über Sexualität, Verhütung und Gewaltschutz. Enttabuisierung sowie Öffentlichkeitsarbeit, die sexuelle Bildung und Wissen um Verhütung entstigmatisieren bzw. normalisieren, stärken die sexuelle Selbstbestimmung und haben Auswirkungen auf Selbstwirksamkeitserfahrungen im Umgang mit Sexualität und Partnerschaft.

Die Übernahme politischer und gesellschaftlicher Verantwortung ist eine Grundlage zur Schaffung unterstützender Rahmen- und Lebensbedingungen für alleinerziehende Mütter oder Väter und Familien. Der Entschluss zur Gründung einer Familie leidet unter den individuell empfundenen Belastungen im gesellschaftlichen Gefüge. Armut, Arbeitslosigkeit, prekäre Beschäftigung, Wohnungsnot, Krankheit, Preissteigerungen und Gewalterfahrungen sind Faktoren, die Familienplanung und Entscheidungen bei ungeplanten oder ungewollten Schwangerschaften entscheidend beeinflussen. Am häufigsten werden Erschöpfung, instabile Partnerschaften, berufliche oder finanzielle Unsicherheiten, die Gefährdung der Ausbildung oder abgeschlossene Familienplanung als Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch genannt [5]. Hier wird die tragende Rolle der gesellschaftlichen Verantwortung rund um den Schwangerschaftsabbruch deutlich. Aus Beratungserfahrung und Wissenschaft ist bekannt, dass mehr als die Hälfte aller ungeplanten Schwangerschaften ausgetragen wird [6,17]. Eine gerechte und familienfreundliche Gesellschaft ist in der Diskussion um Schwangerschaftsabbrüche ein Lebensschutz im umfassenden Sinne. Präventive Beratungs- und Bildungsarbeit, die auf alle am Entstehungskontext von Schwangerschaft Beteiligten ausgerichtet ist, bedeutet Lebensschutz, fördert sexuelle Selbstbestimmung und Gesundheit.

Wir empfehlen: Stärkung und Ausbau sexueller Bildungsangebote, auch im Erwachsenenbereich. Förderung einer familienfreundlichen Gesellschaft. Als Grundlage für ein umfangreiches Präventionsangebot muss eine Vollfinanzierung der Beratungsstellen hergestellt werden.

Reproduktive Selbstbestimmung

Im deutschen Strafrecht ist bestimmt, dass die schwangere Frau im Grundsatz zum Austragen des ungeborenen Kindes verpflichtet ist. Es wird von einer „zumutbaren Opfergrenze“ gesprochen [7]. Die Selbstbestimmung und das Recht auf Lebensgestaltung der Frau wird der Austragung und damit dem Schutz des ungeborenen Lebens untergeordnet. Das hiermit vermittelte Frauenbild ist nicht mehr zeitgemäß. Die geltende gesetzliche Regelung zum Schwangerschaftsabbruch widerspricht den reproduktiven Rechten von Menschen und stellt mit der ihr zugrundeliegenden rechtlichen Austragungspflicht einen erheblichen Eingriff in die Selbstbestimmung der Frau dar. Gleichzeitig gibt es eine Schutzpflicht gegenüber dem ungeborenen Leben. Die Schwangerschaft entwickelt sich im Körper der Frau. Damit ist ihre Entscheidungsposition grundsätzlich einzigartig.

Die Frage nach der Selbstbestimmung ist besonders relevant, wenn Entscheidungen die Identität berühren, Auswirkungen besonders weitreichend sind, die Gestaltung persönlicher Beziehungen beeinflusst werden und sie den eigenen Körper betreffen. Im Schwangerschaftskonflikt treffen alle vier Aspekte zu. Das Selbst der Frau wird von der Entscheidung über eine lebenslange Verantwortung, die Annahme der Identität als Mutter, den Aufbau einer der engsten persönlichen Beziehungen und den eigenen Körper bestimmt.

Die Kenntnis über eine Schwangerschaft verändert die Lebenswirklichkeit der Frau, des Paares und der bestehenden Familie. Passiert dies ungewollt oder ungeplant, wird die Einladung zu einem neuen Lebensentwurf so unterschiedlich verarbeitet, wie es individuelle Lebensentwürfe gibt. Wie viele Frauen und Paare in ihren ersten vulnerablen Momenten des emotionalen Schocks, des Überlegens, Abwägens und Aushaltens von Ambivalenzen daran denken, dass sie sich bei einem Schwangerschaftsabbruch rechtswidrig verhalten, bleibt offen und ist eine zusätzliche, überflüssige Belastung. Die Suche nach einer verantwortungsbewussten Entscheidung unter Berücksichtigung finanzieller, sozialer, kultureller, religiöser oder gesundheitlicher Aspekte ist ein sensibler Prozess. Die deutsche Gesetzeslage zum Schwangerschaftsabbruch schafft jedoch einen Raum, der zu keinem Zeitpunkt der Schwangerschaft frei von Strafandrohung und Kriminalisierung ist.

Im Rahmen medizinethischer Betrachtungen erfolgt häufig eine Orientierung an vier Prinzipien [8,9]. Dazu gehört neben der Nicht-Schädigung, Fürsorge und Gerechtigkeit auch die Respektierung von Selbstbestimmung, die entsprechend ihrer zunehmenden Bedeutung in Politik und Gesellschaft innerhalb der ärztlichen Ethik an Aufmerksamkeit gewonnen hat. Weiterhin hat sich das Verständnis von Selbstbestimmung in Deutschland im Bereich informationeller und sexueller Selbstbestimmung sowie beim Recht auf selbstbestimmtes Sterben gesellschaftlich weiterentwickelt [10]. In der politischen, ethischen, medizinischen und gesellschaftlichen Debatte über die reproduktive Selbstbestimmung der Frau hat sich die evangelische Kirche entschieden – mit der Frau und nicht gegen sie [11].

Wir empfehlen: Stärkung der reproduktiven Selbstbestimmung unter Berücksichtigung gesellschaftlicher Veränderungen und internationaler Beschlüsse.

Regelung und Verortung von Schwangerschaftsabbrüchen

In repräsentativen Bevölkerungsumfragen zeigt sich in den vergangenen Jahren ein homogenes Bild. Mit einer eindeutigen Mehrheit stimmen die Menschen in Deutschland für eine Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruches (2017: 76%, 2022: 83%) und damit für eine Abschaffung bzw. Revision des §218ff StGB [2,12]. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert eine vollständige Entkriminalisierung [3] und schreibt in ihrer Richtlinie (2022), dass eine „Abtreibung ein Punkt in einer Geschichte von reproduktiven Entscheidungen ist, die Frauen in ihrem Lebenslauf treffen“. Der Staat habe somit die Aufgabe, ein förderliches Umfeld zu schaffen und nicht zu regulieren. Eine Kriminalisierung und restriktive Regulierung führe laut WHO zu Verzögerungen, Fortführungen ungewollter Schwangerschaften, Stigmatisierung, Ausbeutung durch hohe Preise, Mängeln in der Ausbildung von Anbietern des Eingriffes, erschwerten Weitervermittlungen, Dokumentationen und Qualitätsprüfungen. Die UN-Frauenrechtskonvention, das Europäische Parlament und andere internationale Organisationen sehen im Zugang zu einem sicheren und legalen Schwangerschaftsabbruch ein grundlegendes Menschenrecht und plädieren für eine Priorisierung der Gesundheit anstelle der Einschränkung von Gesundheitsrechten [13a,13b]. Strafrechtliche Einordnungen transportieren ein Misstrauen in die Entscheidungsverantwortung und berühren die Gewissensfreiheit der schwangeren Frau. In Deutschland ist der Schwangerschaftsabbruch durch seine Verortung im Strafgesetzbuch grundsätzlich als Unrecht und Verstoß gegen die Rechtsordnung festgelegt. Das strafrechtliche Verbot des Schwangerschaftsabbruches führt zu keiner empirisch nachgewiesenen, signifikanten Abnahme der Fallzahlen. Diese Einstufung als Straftat und die damit verbundene Kriminalisierung verhindern zudem eine allgemeine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen und den Einbezug in die Bedarfsplanung der Bundesländer. Tabuisierung, Geheimhaltung, Stigmatisierung sowie gesellschaftliche Vorurteile führen zu einem erschwerten Zugang zu Beratungsstellen oder zu öffentlichen Anfeindungen von Ärzt:innen, Betroffenen und Berater:innen (z.B. Gehsteigbelästigungen). Hieraus können sich negative Folgen für die Gesundheit schwangerer Frauen und die Berufsausübung medizinischer, psychologischer und sozialpädagogischer Fachkräfte ergeben.

Ein Schwangerschaftsabbruch kann als Bestandteil der Schwangerenversorgung angesehen und damit zu einer Leistung im Rahmen der gesetzlichen Gesundheitsversorgung werden. Voraussetzung dafür wäre eine Entkriminalisierung. Die Verortung des Schwangerschaftsabbruches als medizinische Dienstleistung außerhalb des Strafgesetzes wäre eine Form der gesetzlichen Neuregelung, die sich an einem reproduktiven Selbstbestimmungsrecht und der körperlichen Integrität schwangerer Frauen orientiert. Erfolgt ein Schwangerschaftsabbruch gegen den Willen oder ohne die Zustimmung der Frau, muss es weiterhin strafrechtliche Sanktionen geben. Eine menschenrechtsbasierte Neuregelung erfordert eine umfassende Zusammenarbeit zwischen Politik, Gesundheitssystem und Zivilgesellschaft.

Wir empfehlen: Eine Regelung außerhalb des Strafgesetzbuches. Schwangerschaftsabbrüche als Gesundheitsleistung, die von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert werden. Straffreier Zugang zu qualifizierter Gesundheitsversorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch. Förderung von Entstigmatisierung sowie gesetzliche Verankerung des Rechts auf niedrigschwellige Schwangerschaftskonfliktberatung und sexuelle Bildung.

Das Recht auf Psychologische Beratung

Evangelische Schwangerschaftskonfliktberatung versteht sich als eine ganzheitliche Psychologische Beratung [14] und ist unverzichtbarer Bestandteil der evangelisch-diakonischen Hilfsangebote für ungewollt Schwangere und deren Partner:innen. Sie dient dem Schutz des Lebens im umfassenden Sinne und folgt dem evangelischen Verständnis von Beratung [15] sowie den fachlich-ethischen Standards des DAKJEF [16]. Weiterhin ist sie geprägt von einer bedingungslosen, vorurteilsfreien Annahme der betroffenen Frauen und Paaren bzw. deren Fragen, Unsicherheiten, Konflikten und Herausforderungen [14]. Die Wertschätzung und Würde jedes Einzelnen ist im Beratungsgespräch handlungsweisend. Im Setting ist Psychologische Beratung kostenfrei, niedrigschwellig, anlassbezogen, leicht verständlich, vertrauensvoll, professionell und qualitätsorientiert. Im psychologischen Kern ist sie diskriminierungsfrei, kultursensibel sowie auf die individuellen Bedürfnisse und Lebenslagen der ungewollt Schwangeren und deren Partner:innen ausgerichtet. Mit einer hohen Sensibilität und Verschwiegenheit bietet die Schwangerschaftskonfliktberatung Orientierung bei äußeren und inneren Konflikten, Informationen, Unterstützung bei Antragstellungen sowie Zugang zu weiterführenden Hilfen.

Die strafrechtliche Verankerung der Beratung als Pflichtberatung im Dienste gesetzlicher Regulierung kollidiert mit einem Grundpfeiler des professionellen Verständnisses von Psychologischer Beratung – der Freiwilligkeit ihrer Inanspruchnahme. Der äußere Verpflichtungskontext steht im Kontrast zur Freiheit der Interaktion in einer sensiblen Beratungsatmosphäre zu einem Zeitpunkt, an dem die Not und der Druck groß erscheinen. Seit Inkrafttreten der Beratungsregelung und dem stetigen Wachsen des Netzwerkes von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in unterschiedlicher Trägerschaft beweisen die Berater:innen Professionalität im Umgang mit der nicht selten von betroffenen Frauen und Paaren als Zwang empfundenen Regelung. Mit Ängsten vor Entmündigung, Fremdbewertung, Abhängigkeiten, einer Rechtfertigungsatmosphäre oder möglichen strengen Gesprächsvorgaben wird proaktiv, transparent und akzeptierend umgegangen. In den Beratungsprozessen stehen weiterhin Autonomie und Vertrauen sowie die Unterstützung bei der Erarbeitung einer informierten Entscheidung im Vordergrund, mit dem Fokus, Frauen und Paare als Expert:innen ihrer Situation anzusehen. Anhand der Erfahrungen aus der Beratungsarbeit und wissenschaftlichen Untersuchungen konnte aufgezeigt werden, dass die Mehrheit der schwangeren Frauen bereits mit einem verantwortlich überlegten Entschluss in die Beratung kommt [17,18]. Die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit von Schwangerschaftskonfliktberatung nur auf das Ziel der Veränderung eines Entschlusses in eine bestimmte Richtung zu reduzieren, wird der Komplexität Psychologischer Beratung und der Vielschichtigkeit des Beratungsanliegens nicht gerecht.

Beratungsstellen spielen für Menschen mit eingeschränktem Zugang zu Informationen und im Netzwerk der Gesundheitsversorgung eine wichtige Rolle. Vulnerable Gruppen (Erfahrungen mit z.B. Gewalt, Flucht, Migration, kognitiven Einschränkungen, Sprachbarrieren, psychischer Erkrankung) werden durch die Verpflichtung zum Aufsuchen einer Beratung sichtbar und regelhaft erreicht. Die Herausforderung besteht darin, dieses wichtige, niedrighschwellige Leistungsangebot rechtlich so zu regulieren, dass die wesentlichen Faktoren dieser Form von Beratung (Beziehungsaufbau, Vertrauen, Freiwilligkeit) ohne gesetzliche Verpflichtung wirken können. Analog zu den Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die sich in der Gesellschaft als ein freiwilliges, aber regelhaft wahrgenommenes Angebot durchgesetzt haben, ist ein ebenso freiwilliges, niedrighschwelliges, aber regelhaftes psychologisches Beratungsangebot wünschenswert, das dem Abbruch selbstverständlich vorgeschaltet ist und einer informierten Entscheidung aus psychologischer und sozialrechtlicher Sicht dient. Gynäkolog:innen könnten analog zur Beratung im Kontext von Pränataldiagnostik auch bei frühen Abbrüchen verpflichtet werden, auf die Möglichkeit und Sinnhaftigkeit der Schwangerschaftskonfliktberatung hinzuweisen. Die Installierung einer solchen Beratung sollte künftig grundsätzlich als Recht auf Beratung (analog zum Patientenrechtegesetz 2013) positiv konnotiert sein und öffentlichkeitswirksam beworben werden.

Wir empfehlen: Das Recht auf Beratung und die Pflicht des Gesetzgebers zur sicheren Ausfinanzierung von Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Normalisierung der Inanspruchnahme von Beratung trägt zur Entstigmatisierung bei und hat Einfluss auf das Nutzungsverhalten und die Inanspruchnahme von bspw. Schwangerschaftskonfliktberatung. Als unerlässliche Funktion in der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen gilt es, die Schwangerschaftskonfliktberatung losgelöst vom Strafrecht auszubauen.

Versorgungssituation und Forschung

In Deutschland ist die medizinische Versorgungssituation rund um den Schwangerschaftsabbruch defizitär, im ländlichen Raum stellenweise prekär. Seit Jahren ist ein rückläufiger Trend bei der Anzahl an Arztpraxen und Kliniken, die einen Schwangerschaftsabbruch anbieten, zu verzeichnen [19]. Der Einfluss der Inanspruchnahme des Verweigerungsrechtes in Bezug auf die Mitwirkung bei einem Abbruch bleibt zu überprüfen. Darüber hinaus besteht weiterhin Rechtsunsicherheit beim Gesundheitspersonal mit Auswirkungen auf Qualität und Quantität im Angebotsfeld der medizinischen Versorgung eines Schwangerschaftsabbruches. Zusätzlich ist die Ausfinanzierung in vielen Beratungsstellen nicht gegeben und es fehlt an Fachpersonal [20]. Schwangere berichten von aufreibenden Wartezeiten auf einen Abbruchtermin, Stigmatisierungen, Termindruck sowie schwer planbaren und mit Fürsorgeaufgaben nicht zu vereinbarenden Wegen.

Die Sicherstellung, dass Frauen in Notsituationen und schwierigen Lebensphasen medizinisch und psychologisch ausreichend, qualitativ hochwertig und gesundheitserhaltend unterstützt werden, ist Regierungsauftrag. Die Empfehlungen der CEDAW werden im Punkt ärztlicher Versorgung deutlich und mahnen Deutschland an, nachzubessern [21]. Ein sicherer Zugang zu medizinischer Versorgung ist wesentlich für die Umsetzung von Gleichberechtigung, sozialer Gerechtigkeit und den Abbau von Wartezeiten auf Termine, die zu psychischen Belastungen führen können, wenn eine ungewollte Schwangerschaft länger als gewünscht anhält. Entsprechend der evidenzbasierten Sk2-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch innerhalb der ersten 12 Wochen p.c. heißt es, den Fokus weg von der Moral und hin zum Zugang zu richten [22a,22b].

Weiterhin ist Forschung zu Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer elementar, denn noch wird zu wenig in einem vom Individuum losgelösten Kontext verstanden, was Gründe für einen Abbruch sind. Die Annahme von schwerwiegenden psychischen Problemen nach einem Schwangerschaftsabbruch wird empirisch nicht überzeugend belegt. Studien

zeigen, dass weniger der Abbruch selbst, als die Situation um und nach dem Abbruch zu negativen psychischen Folgen führen kann [23].

Forschung zu Gewalterfahrungen in der Kindheit zeigen Korrelationen zur Vorverlegung reproduktiver Ereignisse. Eine Förderung von Forschung zu Verhütungsmitteln für alle unter Berücksichtigung der Geschlechtervielfalt wird immer häufiger zum Thema.

Wir empfehlen: Flächendeckender Ausbau der Versorgungssituation rund um den Schwangerschaftsabbruch. Förderung von Forschung und breite Öffentlichkeitsarbeit zur Entstigmatisierung und Enttabuisierung medizinischer Leistungen im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen.

Kosten und Fristen

Die Übernahme von Leistungen durch die gesetzlichen Krankenkassen im Bereich des Schwangerschaftsabbruches ist abhängig von der Entkriminalisierung des Eingriffs. Eine Übernahme des Schwangerschaftsabbruchs in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gewährt die Anerkennung als Gesundheitsleistung mit Rechtsanspruch. Eine vollständige Übernahme der Kosten für einen Abbruch ist anzustreben. Zusätzlich ist im Sinne der Prävention ebenso eine Kostenübernahme für jede Art von Verhütungsmitteln, unabhängig vom Alter, zu empfehlen. Mit Blick auf die graduell zunehmende Lebensfähigkeit des Ungeborenen sollte ein abgestuftes Fristenmodell in einer Neuregelung berücksichtigt werden. Die Festlegung der Überlebensfähigkeit als Maßstab richtet sich nach aktuellem medizinischem Stand und kann einer fortlaufenden Überprüfung unterliegen.

Wir empfehlen: Die vollständige Kostenübernahme für Verhütungsmittel und Schwangerschaftsabbrüche innerhalb einer gesetzlichen Neuregelung. Ein abgestuftes Fristenmodell mit Berücksichtigung der extrauterinen Lebensfähigkeit des Ungeborenen.

Die EKFuL bekundet ausdrücklich ihre Bereitschaft und Interesse an weiterem Austausch und Dialog mit der Kommission. Sollte es darüber hinaus zu anderen dialogischen Formaten zum Themenkomplex Schwangerschaftskonfliktberatung bzw. Schwangerschaftsabbruch kommen, z.B. in Form eines Runden Tisches, gilt die Bereitschaft der EKFuL gleichermaßen.

Berlin, 10.10.2023

Der Vorstand der EKFuL

Kontakt über:
Britta Köppen
Fachreferentin
EKFuL-Bundesgeschäftsstelle
Fischerinsel 2
10179 Berlin
Tel. 030-51 57 53 75

Quellenverzeichnis

- [1] Urteil des Bundesverfassungsgerichts, 2. Senat vom 28.05.1993 – 2 BvF 2/90 – 2 BvF 4/922 BvF 5/92. https://www.rehmvlag.de/eLine/portal/start.xav?start=%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27persvr_es_standalone_5bfe5830862c834232ed7a847d249cfd%27%20and%20%40outline_id%3D%27persvr_es_standalone%27%5D. Letzter Zugriff: 09.10.2023.
- [2] <https://infopoint-europa.de/de/articles/die-gesetzeslagen-zu-schwangerschaftsabbruechen-in-der-europaeischen-union> <https://www.statista.com/chart/14037/how-europe-feels-about-abortion/> Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [3] World Health Organisation (2022). Abortion care guideline.
- [4a] https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/PDF/DB_Menschenrechtsschutz/CEDAW/Die_Frauenrechtskonvention_CEDAW_als_Bestandteil_des_deutschen_Rechts.pdf Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [4b] <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/menschenrechtsschutz/deutschland-im-menschenrechtsschutzsystem/vereinte-nationen/vereinte-nationen-menschenrechtsabkommen/frauenrechtskonvention-cedaw> Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [5] Simon, S. (2022). Die Arbeit der Beratungsstellen für Schwangerschaftsfragen-Interview. In: Reproduktive Selbstbestimmung, Lebensschutz und Strafrecht. Die neue Diskussion um § 218 StGB als Herausforderung für die evangelische Kirche. Online-Tagung des Zentrums für Gesundheitsethik (ZfG) an der Evangelischen Akademie Loccum in Kooperation mit der Evangelischen Kirche in Deutschland (EKD)
- [6] https://www.derparitaetische.de/fileadmin/user_upload/Schwerpunkte/Freiwilligendienste/img/%C3%9Cbergangswaise_Inforeihe/BeSPA_Tagungsdokumentation_final.pdf Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [7] Strafgesetzbuch (StGB) § 219 Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage. https://www.gesetze-im-internet.de/stgb/_219.html. Letzter Zugriff: 09.10.2023.
- [8] Beauchamp, T. L., Childress, J. F. (1979). Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York.
- [9] Birnbacher, D. (2021). Autonomie – Konzepte und Konflikte, In: A. Riedel, S. Lehmeyer (Hrsg.), Ethik im Gesundheitswesen, Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, https://doi.org/10.1007/978-3-662-58685-3_74-2. Letzter Zugriff: 02.10.2023.
- [10] Drucksache 20/2293 Gesetzentwurf der Abgeordneten Renate Künast, Dr. Nina Scheer, Katja Keul und weiteren Abgeordneten - Entwurf eines Gesetzes zum Schutz des Rechts auf selbstbestimmtes Sterben und zur Änderung weiterer Gesetze (bundestag.de) Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [11] <https://www.diakonie.de/schwangerschaftskonfliktberatung/> Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [12] https://www.sexuelle-selbstbestimmung.de/media/2023/03/BfsS_Umfrage_PDF.pdf#:~:text=Nach%20einer%20repr%C3%A4sentativen%20Umfrage%20des%20Marktforschungsinstituts%20Ipsos%2C%20die,der%20Paragrafen%2018%20ff.%20aus%20dem%20Strafgesetzbuch%20aus. Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [13a] Concluding observations on the ninth periodic report of Germany, Paragraph 45-46 (CEDAW/C/DEU/9). United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW); 2023 11.05.2023. Concluding observations on the ninth periodic report of Germany, Paragraph 45-46 (CEDAW/C/DEU/9). United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW); Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [13b] IPPF. About Us. <https://www.ippf.org/about-us> Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [14] Koschorke, M. (2008). Schwangerschaftskonflikt-Beratung. Kleine Texte aus dem evangelischen Zentralinstitut für Familienberatung, 11. Aufl.
- [15] Diakonie Deutschland, 2020: „Ergebnisoffen: fragen, hören, informieren, ermutigen. Selbstverständnis der evangelischen Schwangerschaftskonfliktberatung <https://www.diakonie.de/broschueren/selbstverstaendnis-der-evangelischen-schwangerschaftskonfliktberatung> Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [16] DAKJEF Deutscher Arbeitskreis für Jugend-, Ehe- und Familienberatung (2021). Ethische Standards in der Institutionellen Beratung, http://www.dakjef.de/pdf/2021-17-03_DAKJEF_EthischeStandards_final.pdf
- [17] Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.), frauen leben 3, Familienplanung im Lebenslauf von Frauen – Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften, Eine Studie im Auftrag der BZgA (Forschung und Praxis der Sexualaufklärung und Familienplanung, Band 38). Köln 2016.
- [18] Böhm, M. (2020). Abortions – Decision-Making Process and Experiences with Psychosocial and Medical Care from the perspective of young women. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart-New York <https://doi.org/10.1055/a-1216-6780> Z Sexualforsch 2020; 33: 125-133
- [19] <https://de.statista.com/infografik/27437/anzahl-der-praxen-und-krankenhaeuser-in-deutschland-die-schwangerschaftsabbrueche-vornehmen/> Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [20] <https://www.paritaet-berlin.de/aktuelles/detail/offener-brief-wir-kritisieren-die-geplante-kuerzung-bei-den-schwangerschaftsberatungsstellen#:~:text=der%20Parit%C3%A4tische%20Berlin%20kritisiert%20aufs%20Sch%C3%A4rfste%20die%20geplante,von%20Frauen%2C%20die%20sich%20in%20existentiellen%20Notlagen%20beinden.> Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [21] https://www.cedaw-allianz.de/wp-content/uploads/2023/04/CEDAW-Allianz_Alternativbericht-2023-1.pdf Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [22a] https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094I_S2k_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon_2023-01.pdf Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [22b] Groth, Sylvia (2022). Vortrag S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon – Anforderungen, Auseinandersetzungen, Strategien. AKF-Fachtag *Ungewollt schwanger und dann? Versorgungsstrukturen beim Schwangerschaftsabbruch, Bestandsaufnahme und Strategien für Verbesserung*, 06.11.2022 <https://www.youtube.com/watch?v=8exCjx3svA> Letzter Zugriff: 09.10.2023
- [23] Biggs M Antonia, Upadhyay Ushma D, McCulloch Charles E, Foster Diana G (2017). Women's Mental Health and Wellbeing 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion. A Prospective, Longitudinal Cohort Study. JAMA Psychiatry; 74(2): 169 – 178