

Leserbriefe zum Artikel „Ausgewählte Versorgungsdaten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland“

Zwei Leserbriefe zum Beitrag „Ausgewählte Versorgungsdaten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland: eine Auswertung für die Jahre 2011 bis 2020“ von M. David und K.-D. Wernecke in FRAUENARZT 10/2022, S. 656–660

■ Leserbrief 1:

Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass es „keine Hinweise auf einen Versorgungsengpass“ beim Schwangerschaftsabbruch (SAB) in Deutschland gebe. Dieses Fazit muss kritisch hinterfragt werden. Der Artikel steht in einem irritierenden Gegensatz zu den ersten Ergebnissen der ELSA-Studie (1) und widerspricht zahlreichen Berichten von Beratungsstellen und ÄrztInnen, die SAB durchführen. Ein näherer Blick zeigt eklatante formale Fehler. Qualitative Faktoren bleiben unberücksichtigt.

1. Grundlage sind Daten des Statistischen Bundesamtes (1097 Meldestellen) sowie die in der Liste der Bundesärztekammer (BÄK) eingetragenen Einrichtungen (2, 3). Diese Liste enthält 372 Praxen und bildet somit ca. 30 % ab. Auf dieser defizitären Grundlage sind Schlussfolgerungen zur Versorgungssituation nicht möglich.
2. Es fehlt ein erkennbares Verständnis von bedarfsgerechter Versorgung und Kriterien für die Prüfung von Defiziten. Als ausreichende Versorgung wird eine Entfernung von 2h PKW-Fahrzeit zur Einrichtung willkürlich zugrunde gelegt. Nach dem geltenden Sicherstellungsauftrag der KV wird die zumutbare Entfernung zu einer fachärztlichen Versorgung als eine Fahrzeit von maximal 60 Minuten oder Kilometer definiert (4).
3. Die Realität von ungewollt Schwangeren wird in der Bewertung nicht berücksichtigt. Zum Beispiel benötigen PatientInnen neben einem Auto auch eine/n FahrerIn, da sie nach

einem SAB nicht Auto fahren dürfen. Der ÖPNV ist nicht überall eine gleichwertige Alternative. Da eine OP häufig früh am Tag stattfindet, können 2h Fahrzeit schwierig zu realisieren sein. Etwa 60 % haben bereits mindestens ein Kind (2). Die Betreuung stellt eine organisatorische Hürde dar. Durch die Stigmatisierung fehlt häufig Unterstützung aus dem sozialen Umfeld. Das erschwert die Suche nach Begleitpersonen oder Kinderbetreuung. Häufig sind mehrere Fahrten erforderlich (Vor/Nachuntersuchung, OP-Termin). Gerade Personen in prekären Lebenssituationen sind von o. g. Hürden besonders stark betroffen.

4. Beeinflussende Faktoren zur qualitativen Bewertung der Versorgungssituation bleiben unberücksichtigt. So findet keine Aufschlüsselung über die Zahl der durchgeführten SAB pro Einrichtung, nach Schwangerschaftswoche (SSW) und Methode statt. Manche Praxen bieten SAB nur für eigene PatientInnen, bis zu einer bestimmten SSW oder nur eine Methode an. Nicht jede Anlaufstelle, die SAB durchführt, ist (online) aufzufinden. Die individuell erlebte Versorgungslage der PatientInnen kann maßgeblich von der faktischen Versorgungslage abweichen.
5. Wichtige Quellen wurden nicht berücksichtigt. Die Autoren schreiben, dass es keine Daten dazu gäbe, wie viele Frauen in die Niederlande reisen würden. Das niederländische Bundesamt für Statistik erfasst genaue Daten: 2020 reisten 1125 Personen aus Deutschland für einen SAB in die Niederlande (5).

Fazit

Um eine Aussage über die Versorgungslage zu treffen, ist eine Betrachtung der Entfernungen von Einrichtungen, die von der BÄK als „SAB-durchführend“ gelistet werden, ungeeignet. Die Versorgungsrealität kann damit nicht abgebildet werden, da sie durch viele weitere Faktoren (z. B. Methoden, Fristen, Anzahl der betreuten PatientInnen, Möglichkeiten für kurzfristige Termine) beeinflusst wird. Eine Bezugnahme auf diese lückenhafte Untersuchung im fachlich-wissenschaftlichen Diskurs sollte die genannten Mängel berücksichtigen. Insbesondere sollte zur Diskussion dieses Themas die wissenschaftlich fundierte Analyse der ELSA-Studie abgewartet werden.

Literatur

1. Hahn, D: Versorgungssituation ungewollt Schwangerer – „Erste Ergebnisse der ELSA Studie“, DGGG-Kongress, München, 12.10.2022; <https://elsa-studie.de/>
2. Statistisches Bundesamt: Meldestellen zur Schwangerschaftsabbruchstatistik in Deutschland im Jahr 2022. Aufgerufen am: 31.10.2022
3. Liste von Ärzten, Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen nach § 13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz. Aufgerufen am 31.10.2022
4. Terminservicestelle der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. www.kvb.de/service/patienten/terminservicestelle/. Aufgerufen am: 31.10.2022
5. Niederländischer Jahresbericht 2020 zum Schwangerschaftsabbruchgesetz (Anlage 2). <https://lmy.de/d6kqr>. Aufgerufen am: 31.10.2022

Für den Verein

„Doctors for Choice Germany“:

Dr. med. Alicia Baier, Leonie Kühn,

Dr. med. Jana Maeffert, Dr. med. Nora

Szász, Dr. Christiane Tennhardt

■ **Leserbrief 2:**

Ich möchte darauf hinweisen, dass der Artikel falsche Daten bzw. Grafiken enthält. Darüber hinaus widerspricht der Artikel den Erfahrungen aus der tagtäglichen Praxis.

2003 gab es in Deutschland 2050 Meldestellen von Schwangerschaftsabbrüchen. 2020 gab es im Durchschnitt über alle Quartale 1117,75. Diese Zahlen wurden in Abbildung 7 (S. 660) falsch dargestellt.

Die Autoren ziehen dann aus den falsch dargestellten Daten den Schluss, dass „der Rückgang bei der Anzahl der sogenannten Meldestellen (...) sich ähnlich wie der der Gesamtzahl von Schwangerschaftsabbrüchen vollzogen“ habe. Sie führen dies als Argument dafür an, dass es aktuell keine Hinweise für Versorgungslücken in Deutschland gäbe. Die echten Zahlen zeigen aber ein anderes Bild: Ein Absinken von 2050 auf 1117,75 Meldestellen bedeutet einen Rückgang um 50 % (45,5 %). Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Abbrüche von 128.030 auf 99.948, also nur um 22 % gesunken. Auch wenn die Zahl der

Meldestellen nicht gleichzusetzen ist, mit der Zahl der Stellen die tatsächlich Schwangerschaftsabbrüche durchführen, so ist es doch ein Surrogatparameter für Lücken in der Versorgung.

Darüber hinaus gibt es weitere Hinweise auf eine verbesserungswürdige Versorgung, welche noch durch Studien, wie z. B. die aktuell laufende ELSA-Studie, zu belegen sind. Je geringer in einem Land die Barrieren zu Schwangerschaftsabbrüchen sind, und dazu gehört auch eine zeit- und wohnortnahe Versorgung, desto früher können Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. In Großbritannien wurden z. B. unter den Bedingungen der Coronapandemie telemedizinische Schwangerschaftsabbrüche eingeführt. Diese leichtere Verfügbarkeit führte zu einem höheren Anteil an PatientInnen, die den Abbruch vor der 6. SSW durchführen konnten (40 % vs. 25 %). In Deutschland hingegen wurden 2021 nur 9,4 % der Schwangerschaftsabbrüche vor der 7. SSW durchgeführt. 32,8 % wurden in der 7. und 8. SSW, und 33,6 % in der 9. und 10. SSW durchgeführt. Diese Verteilung zeigt bereits den großen Bedarf zur Verbesserung der Versorgung auf.

Meine eigenen Erfahrungen zeigen, dass die Versorgungssituation etwas mit dieser Verschiebung in die späteren Wochen zu tun hat, da Frauen 2–3 Wochen auf einen Termin warten müssen. Weitere Probleme, die ich tagtäglich mitbekomme, sind die weiten Wege, die Frauen auf sich nehmen müssen. Außerdem können sie sich die Methode oft nicht aussuchen, sondern müssen nehmen, was als erstes verfügbar ist. So konnten im vergangenen Sommer in Bremen beispielsweise keine operativen Schwangerschaftsabbrüche mehr angeboten werden.

Außerdem liegt eine Studie aus dem Jahr 2021 vor, welche Gründe von Frauen untersucht, einen Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Gesundheitswesens wahrzunehmen. Auch wenn als Gründe die Wahrung der Privatsphäre ganz vorne liegt, so wird von 10 % der Frauen eine große Distanz zur nächsten den Abbruch durchführenden Stelle genannt.

Berlin mag in der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen ein Vorbild sein, es lässt sich aber nicht auf den Rest der Republik verallgemeinern.

Dr. med. Maren Janotta, Bremen

Erwiderung der DGGG-Schriftleitung

■ **Der Artikel von Prof. David zum Thema „Ausgewählte Versorgungsdaten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland“ mit Auswertung der Jahre 2011 bis 2020 hat eine interessante Diskussion angestoßen.**

Die Analyse der Daten des Statistischen Bundesamtes zu diesem Thema zeigen primär keinen akuten Versorgungsengpass oder eine angespannte Versorgungslage zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Auf der anderen Seite gibt es engagierte Kolleginnen, die mit dem Thema eng vertraut sind und die in ihrer Analyse zu anderen Schlussfolgerungen kommen und hier einen deutlichen Nachbesse-

rungsbedarf sehen. Die beiden Leserbriefe beschäftigen sich in ähnlich profundere Weise mit Versorgungsdaten anderer Quellen und sehen hier eher einen dringlichen Handlungsbedarf.

Wer hat hier nun Recht, welche Zahlen stimmen?

Die DGGG-Schriftleitung begrüßt diesen lebendigen Dialog ausdrücklich und verweist auf die Komplexität dieses Themas mit heterogener Faktenlage. Das Thema Schwangerschaftsabbruch sollte in der Hand der Frauenärzte verbleiben. Wir bieten sichere Antikonceptionen an, beraten zur Fortführung von Schwangerschaften und unterstützen Frauen in Zwangslage und Not mit professioneller

Hilfe mit medikamentösen oder operativen Möglichkeiten des Abbruchs. Der DGGG ist dieses Thema wichtig und sie hat eine S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon erarbeitet. Unter der Mitarbeit mandatierter Vertreterinnen und Vertreter zahlreicher weiterer Fachverbände und Organisationen ist die Handlungsempfehlung nahezu fertiggestellt.

Die Politik ist aufgerufen, die versorgungsrelevanten Strukturen zu gewährleisten und Hürden abzubauen. Die Hürden sollten nie hoch sein, dürfen aber auch nie ganz verschwinden.

*PD Dr. Gert Naumann,
DGGG-Schriftleitung*