

Positionierung von Doctors for Choice Germany e.V. für eine gesetzliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs

I. Präambel

Doctors for Choice Germany e.V. ist ein deutschlandweites Netzwerk von Ärzt*innen und Medizinstudierenden sowie Menschen aus anderen Gesundheitsberufen. Uns eint die Überzeugung, dass ein selbstbestimmter Umgang mit Sexualität, Fortpflanzung und Familienplanung essenziell für die Gesundheit aller Menschen sowie für die Gleichberechtigung in unserer Gesellschaft ist. Viele unserer Mitglieder gewährleisten die gesundheitliche Versorgung durch die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen. Sie sichern damit das Recht auf Autonomie und Gesundheit von Schwangeren.

Mit ungefähr 100.000 Fällen pro Jahr stellt der Schwangerschaftsabbruch einen der häufigsten gynäkologischen Eingriffe in Deutschland dar. Jeden Tag brechen ungefähr 280 Personen eine Schwangerschaft ab (1). Schätzungen nach hat jede sechste bis siebte Frau in Deutschland schon mindestens eine Schwangerschaft in ihrem Leben beendet.¹ Circa 97% der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland finden vor der 14. Schwangerschaftswoche (SSW) nach letzter Regelblutung (p.m.) statt; 76% bis zur 10. SSW. Die Hälfte der Schwangeren ist über 30 Jahre, knapp drei Viertel sind über 25 Jahre alt. Die größte Altersgruppe machen die 30- bis 35-Jährigen mit einem Viertel aller Fälle aus. Knapp 60% haben bereits mindestens ein Kind (1).

Daneben steht die kleinere Gruppe an Personen (circa 3% aller Abbrüche), die sich im 2. und 3. Trimenon für eine Beendigung der Schwangerschaft entscheiden (1). Abbrüche nach der 20. SSW sind extrem selten. Sie werden bei Gefahren für die Gesundheit der Schwangeren durchgeführt und stellen Einzelfallentscheidungen dar.

Internationale Institutionen, wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) (2) oder UN-Gremien (z.B. CEDAW) (3) sowie internationale medizinische Fachgesellschaften, wie die International Planned Parenthood Federation (IPPF) (4) und International Federation of Gynecology and

¹ Hierzu existieren keine Statistiken aus Deutschland. Während in den USA jede 4. Frau mindestens einen Schwangerschaftsabbruch im Laufe ihres Lebens durchführen lässt, wird diese Zahl in Deutschland geringer eingeschätzt. Hier finden jährlich ca. 58 Schwangerschaftsabbrüche pro 10.000 Frauen im fertilen Alter statt. Bei etwa 25-30 fruchtbaren Jahren im Leben einer fertilen Frau kann angenommen werden, dass jede 6.-7. Frau am Ende ihres Lebens einen Schwangerschaftsabbruch erlebt hat. In dieser Rechnung fehlen allerdings einige Variablen, z.B. wiederholte Abbrüche bei derselben Person, oder Personen, die aufgrund Versorgungslücken für einen Abbruch ins Ausland reisen, weil es dafür ebenfalls keine deutschen Statistiken gibt.

Die Statistiken gehen zudem von einem binären Geschlechterbild aus und lassen außer Acht, dass nicht alle Frauen gebärfähig sind und nicht jede gebärfähige Person eine Frau ist.

Obstetrics (FIGO) (5), sehen den Zugang zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen als ein grundlegendes Menschenrecht an. Sie empfehlen, dass die Gesetzgebung in diesem Bereich die Gesundheit und das Wohlbefinden von Schwangeren priorisieren und den Zugang zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen gewährleisten sollte. Die aktuell geltenden gesetzlichen Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland verstoßen gegen diese internationalen menschenrechts- und gesundheitsorientierten Empfehlungen und schränken die Gesundheitsrechte von Schwangeren massiv ein.

Doctors for Choice Germany e.V. sieht eine Neuregelung im Hinblick auf den Schwangerschaftsabbruch daher als unabdingbar an. Im Folgenden werden Probleme und Lücken der aktuellen rechtlichen Regelung aufgezeigt, sowie im Anschluss Anforderungen an eine Neuregelung.

II. Probleme der aktuellen rechtlichen Regelung

Es gibt mehrere Probleme im Bereich der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen, die sich gegenseitig beeinflussen und verstärken.

1. Kriminalisierung

Etwa 96% aller Schwangerschaftsabbrüche finden nach der sogenannten Beratungsregelung statt (1). Abbrüche nach der Beratungsregelung können gemäß § 218a StGB unter bestimmten Voraussetzungen (Besuch und Bescheinigung einer zertifizierten Beratungsstelle, Bedenkzeit von mindestens 3 Tagen) straffrei durchgeführt werden, gelten allerdings immer noch als rechtswidrig. Nicht rechtswidrig sind lediglich Schwangerschaftsabbrüche nach kriminologischer und medizinischer Indikation. Das bedeutet, dass jährlich ca. 96.000 Menschen unter dem Makel der Rechtswidrigkeit eine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch nehmen.

Solange die Rechtswidrigkeit gegeben ist, ist eine Kostenübernahme durch die Krankenkassen sowie ein Einbezug in die Bedarfsplanung durch die Bundesländer schwer vorstellbar. Auch Verunsicherungen des Gesundheitspersonals sowie die Tabuisierung in der medizinischen Welt (z.B. die mangelhafte medizinische Aus- und Weiterbildung, das Fehlen von medizinischer Forschung und die spärliche Thematisierung auf Kongressen und bei Fortbildungen) können auf die Kriminalisierung zurückgeführt werden.

Die Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs steht im Gegensatz zu Empfehlungen internationaler Menschenrechtsorganisationen und -gremien sowie medizinische Fachgesellschaften (2-5).

2. Stigma, Tabuisierung und Belästigung von Betroffenen und Gesundheitspersonal

Der Schwangerschaftsabbruch ist stark stigmatisiert und tabuisiert. Gerade gegenüber denjenigen Personen, die sich für die Beendigung einer Schwangerschaft entscheiden, gibt es zahlreiche gesellschaftliche Vorurteile. Es ist für manche daher schwierig, Unterstützung

von Familie und Freund*innen zu erhalten, was das Erleben des Schwangerschaftsabbruchs erschweren kann. Auch durch das behandelnde medizinische Personal erfahren Betroffene noch häufig Verurteilungen aufgrund von Vorurteilen und Unwissen zum Thema (6).

Die Stigmatisierung kann dazu führen, dass sich die Betroffenen allein und isoliert fühlen, was wiederum negative Auswirkungen auf ihre physische und psychische Gesundheit haben kann (7). Während die Studienlage zeigt, dass ein Schwangerschaftsabbruch per se mit keinem erhöhten psychischen Risiko einhergeht (8, 9), werden negative Gefühle nach dem Schwangerschaftsabbruch vorrangig mit folgenden Faktoren assoziiert: fehlende soziale Unterstützung, gesellschaftliches Stigma, Zwang zur Geheimhaltung, stigmatisierende und verurteilende Behandlung durch medizinisches Personal, erschwerte Entscheidungsfindung vor dem Schwangerschaftsabbruch, Entscheidung für einen Schwangerschaftsabbruch bei einer geplanten Schwangerschaft (10-13).

Marginalisierte Gruppen (wie z.B. Personen mit geringem Einkommen, ohne Krankenversicherung, trans*, nicht-binäre und intersex* Personen, Personen mit Behinderungen oder Sprachbarrieren, Sexarbeiter*innen) sind häufig verstärkt von diesen Stigmatisierungen betroffen. Sie müssen oft beträchtliche Hindernisse überwinden, um eine vorurteilsfreie Gesundheitsversorgung und Empfängnisverhütung zu erhalten und haben deshalb auch ein erhöhtes Risiko, unbeabsichtigt schwanger zu werden (14, 15).

Auch Ärzt*innen und medizinisches Personal, die Abbrüche durchführen, sind von Verurteilungen und Stigmata betroffen. Diese erfolgen z.B. durch Demonstrationen, als sogenannte Mahnwachen oder Gehsteigbelästigungen vor den Einrichtungen oder in Form von Drohbriefen, Drohmails oder Abwertung und Beleidigungen in den sozialen Medien (7, 16-18).

3. Beratungspflicht und verpflichtende Wartezeit

Zur straffreien Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs bedarf es gemäß § 218a StGB – ungeachtet des Beratungsbedarfs der Schwangeren – einer Beratung in einer offiziellen Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle und einer anschließenden dreitägigen Pflichtwartezeit. Beratungspflicht und Pflichtwartezeit werden häufig als bevormundend erlebt, bedeuten einen zusätzlichen finanziellen und organisatorischen Aufwand für Betroffene und führen zu unnötigen Verzögerungen (2, 19-24). Sie stellen damit Zugangsbarrieren dar und können zu einer Zunahme von Schwangerschaftsabbrüchen in höheren Schwangerschaftswochen führen (25).

Auf der anderen Seite haben Beratungspflicht und verpflichtende Bedenkzeiten keinen Einfluss auf die Entscheidungssicherheit der ungewollt Schwangeren und können somit nicht – wie häufig postuliert – die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche verringern (15, 22). Viele Personen haben bereits vor der Beratung eine Entscheidung über die Fortführung bzw. Beendigung ihrer Schwangerschaft getroffen (22, 24, 26-28) und sind mit dieser Entscheidung auch noch viele Jahre nach dem Abbruch zufrieden (10).

Während die meisten anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen sehr gute Arbeit leisten, bleibt zu kritisieren, dass die Qualitätssicherung mangelhaft ist. Berichte von Schwangeren über tendenziöse anti-choice-Organisationen, die keine staatliche Berechtigung zur Ausstellung von Beratungsbescheinigungen besitzen, bezeugen, dass manchen Personen keine ergebnisoffene und wertneutrale Beratung ermöglicht wird (29, 30).

4. Fristen

Fristen führen nicht – wie oft propagiert – zum Rückgang von Schwangerschaftsabbrüchen. Internationale Studien zeigen, dass Länder mit restriktiven Gesetzen höhere Raten an Schwangerschaftsabbrüchen aufweisen (31-34). Modalitäten, die an Fristen geknüpft sind, können zu unnötigen Verzögerungen führen. Zum Teil werden kostspielige Reisen ins Ausland (z.B. Holland) zur Durchführung nötig (35). Besonders vulnerablen Gruppen kann dadurch der Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch verwehrt bleiben (2). Gleichzeitig führt die erzwungene Fortführung einer Schwangerschaft bei der betroffenen Familie zu mehr Armut, Isolation und einer höheren Wahrscheinlichkeit, bei einem gewalttätigen Partner zu bleiben (36).

Auch eine Zunahme von Abbrüchen im 2. und 3. Trimenon ist nach einer Entkriminalisierung und Abschaffung bzw. Ausweitung der Fristen nicht zu erwarten. Das zeigen internationale Beispiele wie Kanada und Neuseeland (33, 34, 37). Abbrüche im 2. und 3. Trimenon betreffen in der Regel Schwangere, die sich aus medizinischen Gründen von ihren Wunsch-Schwangerschaften verabschieden müssen. Sie werden in Deutschland überwiegend medikamentös, also als medizinisch eingeleitete Geburt, durchgeführt. Dieser Vorgang kann sowohl körperlich als auch psychisch sehr belastend sein. Die Vorstellung, dass manche diesen Schritt ohne triftigen Grund gehen, ist weder logisch noch belegt. Diese Unterstellung spiegelt jedoch das mangelnde Vertrauen wider, dem Frauen und FLINTA* in unserer Gesellschaft immer noch begegnen.

5. Versorgungslücken

Die Versorgung mit Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, ist in Deutschland nicht ausreichend. Immer weniger Ärzt*innen führen Schwangerschaftsabbrüche durch: seit 2003 hat sich die Zahl der Meldestellen fast halbiert (38). Schätzungsweise führt somit nur jeder 10. Gynäkologe bzw. Gynäkologin Schwangerschaftsabbrüche durch.²

Krankenhäuser entziehen sich oft der Gesundheitsversorgung: christliche oder der Kirche nahestehende Versorger führen in aller Regel keine Schwangerschaftsabbrüche durch. Aber auch die öffentlichen Kliniken mit gynäkologischer Abteilung kommen nur etwa zur Hälfte ihrem staatlichen Auftrag der Gesundheitsversorgung nach (39). Dies führt zu weiten Fahrtwegen, organisatorischem und finanziellem Mehraufwand sowie Verzögerungen und Zugangsbarrieren. Teilweise müssen Schwangere mehrere hunderte Kilometer zurücklegen. Einige Schwangere finden keine geeignete Versorgung in Deutschland und müssen somit ins Ausland fahren. So sind 2021 1.011 Personen aus Deutschland in die Niederlande gereist, um einen Abbruch vornehmen zu lassen (35). Dies trifft vor allem auf Schwangere ab der 14. SSW zu, für die Versorgungssituation in Deutschland besonders prekär ist (40, 41). Abbrüche im 2. und 3. Trimenon werden in Deutschland zudem fast ausnahmslos mit der medikamentösen, zweizeitigen Methode durchgeführt, während es beispielsweise in Großbritannien und den Niederlanden die Möglichkeit der einzeitigen, operativen Methode bis zur 24. SSW gibt (2, 42). Schwangere, die die operative Methode wünschen, müssen also bislang ins Ausland reisen.

Es gibt zahlreiche Gründe, die mit der schlechten Versorgungssituation in Verbindung gebracht werden, wie beispielsweise die mangelhafte Aus- und Weiterbildung sowie die

² Schätzung nach www.mehraldudenkst.org

Kriminalisierung und Stigmatisierung. Aber auch Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen *möchten*, werden vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Ein Kernproblem sind dabei die Anfeindungen durch Abtreibungsgegner*innen und Gehsteigbelästigungen vor Praxen, die sowohl eine Belastung für Patient*innen als auch für das medizinische Personal darstellen. Hinzu kommen hohe bürokratische Anforderungen (bundeslandspezifische Anforderungen, Off-Label-Use, Sondervertriebsweg) sowie eine vergleichsweise niedrige Vergütung für diese medizinische Leistung.

6. Verweigerungsrecht

In § 12 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) und § 14 der ärztlichen Musterberufsordnung ist geregelt, dass Ärzt*innen und anderes Gesundheitspersonal die Durchführung von Abbrüchen aus moralischen Gründen verweigern dürfen. Es ist keine Begründung oder Registrierung nötig. Daher ist unbekannt, welcher Anteil der Ärzt*innen, die keine Abbrüche durchführen, sich aus diesen Gründen der Versorgung entziehen. In Deutschland gibt es – im Gegensatz zu vielen anderen Ländern – zudem keine Verpflichtung für Verweigerer*innen, die Versorgung ihrer Patient*innen dennoch sicherzustellen (wie z.B. durch Information, Weiterverweisung, etc.).

Ein großes Problem für die Versorgung und Weiterbildung stellt die rechtlich nicht zulässige, aber leider vielerorts praktizierte, institutionelle Weigerung ganzer Krankenhäuser dar, Abbrüche durchzuführen (39, 43).

7. Mangelhafte Aus- und Weiterbildung

“Abtreibungsmythen” und Vorurteile sind unter Mediziner*innen verbreitet (44). Dem könnte eine umfassende Lehre entgegenwirken. Diese beschränkt sich jedoch im Medizinstudium meist auf die rechtlichen und ethischen Aspekte. Die medizinischen Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs werden nach Erfahrungsberichten zahlreicher Medizinstudierender – entgegen den Behauptungen vieler Universitäten – nicht standardmäßig und fundiert im Fach Gynäkologie gelehrt (45).

Da viele Lehrkrankenhäuser, die die volle Weiterbildungsberechtigung für das Fach Gynäkologie und Geburtshilfe besitzen, keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen (39), kommen angehende Gynäkolog*innen während ihrer Weiterbildung häufig nicht in Kontakt mit diesem häufigen gynäkologischen Eingriff. Die Intensität der Beschäftigung während der Aus- und Weiterbildung erhöht jedoch die Motivation von Ärzt*innen, später selbst Abbrüche durchzuführen (46-48). Es reicht dabei nicht aus, die Behandlung von Schwangerschaftsabbrüchen anhand der Therapie von Fehlgeburten zu erlernen (49).

III. Anforderungen an eine gesetzliche Neuregelung

Zur Sicherstellung einer zeit- und wohnortnahen und diskriminierungsfreien Gesundheitsversorgung von Schwangeren, die einen Abbruch benötigen, sind mehrere Maßnahmen notwendig. Dies erfordert eine umfassende Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteur*innen im Gesundheitssystem, der Zivilgesellschaft und der Politik. Eine gesetzliche Neuregelung sollte aus unserer Sicht daher folgende Kriterien erfüllen:

1. Recht auf Selbstbestimmung statt Kriminalisierung und Stigmatisierung

Es liegt in der Verantwortung der Gesellschaft, Politik und Gesetzgebung, negative Stereotype zu überdenken und die Stigmata rund um den Schwangerschaftsabbruch abzubauen. Hierzu sind öffentliche Sensibilisierungskampagnen für die Allgemeinbevölkerung und das Gesundheitswesen zur Aufklärung und Förderung einer offenen und wertschätzenden Diskussion notwendig. Gesetze zum Schwangerschaftsabbruch sollen dazu beitragen, die Diskriminierung und Stigmatisierung abzuschwächen und nicht zu verstärken. Dazu gehört die Entfernung des selbstbestimmten Schwangerschaftsabbruchs als Straftatbestand aus dem Strafgesetzbuch.

Bei einer gesetzlichen Neuregelung sollten die Bedürfnisse und Herausforderungen von marginalisierten Gruppen bei der Gestaltung der Gesundheitspolitik und der Bereitstellung von gesundheitlichen Dienstleistungen berücksichtigt werden. Denn diese haben einen erschwerten Zugang zur Gesundheitsversorgung und sind häufiger von Stigmatisierungen betroffen. Der Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch muss für alle Menschen gewährleistet werden, unabhängig von Geschlecht, Sexualität, ethnischer Zugehörigkeit, Einkommen oder anderen Faktoren. Es bedarf einer Stärkung der Beratung, der Unterstützung und der Versorgung für marginalisierte Gruppen, um sicherzustellen, dass sie ihre reproduktiven Rechte wahrnehmen und ihre Gesundheit schützen können.

2. Abschaffung einschränkender Fristen und Wartezeiten

Eine erzwungene Fortführung einer Schwangerschaft ist zu keinem Zeitpunkt mit dem Recht auf körperliche Selbstbestimmung der Schwangeren vereinbar. Da Fristen und verpflichtende Wartezeiten Schwangerschaftsabbrüche nicht verhindern oder beschleunigen, sondern im Gegenteil verzögern und den Zugang erschweren, sollten sie – in Übereinstimmung mit den Empfehlungen der WHO – abgeschafft werden (2).

Dabei gibt es zahlreiche internationale Beispiele und rechtliche Regelungen, von denen Deutschland etwas lernen kann: So gab es keine Zunahme der Schwangerschaftsabbrüche im 2. und 3. Trimenon nach der Abschaffung bzw. Ausweitung der Fristen in Kanada bzw. Neuseeland (33, 34, 37). In Großbritannien kam es durch den Abbau von Zugangshürden durch die Zulassung des telemedizinisch begleiteten medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs zu verringerten Wartezeiten und somit einer früheren Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs um durchschnittlich 4,2 Tage (50).

3. Recht auf Beratung und wertneutrale Information statt Pflichtberatung

Beratungen sollten keine Voraussetzung für einen Schwangerschaftsabbruch darstellen. Statt einer allgemeinen Beratungspflicht sollte auf ein umfassendes beraterisches Unterstützungsangebot gesetzt werden, welches allen Menschen mit Beratungsbedarf vor oder nach dem Abbruch zur Verfügung stehen sollte. Beratungen können bei (schwierigen) Entscheidungsprozessen unterstützen, als Vermittlungsstelle agieren oder neutrale Informationen zum Schwangerschaftsabbruch, Verhütung, Sexualität und Familienplanung bieten.

Psychosoziale Beratungsangebote sollten sich somit nicht auf den Schwangerschaftsabbruch beschränken, sondern für alle Themenbereiche rund um Sexualität, Reproduktivität und Familienplanung zur Verfügung stehen. Sie sollten allen Personen zugänglich sein – unabhängig von Alter, Geschlecht, Sexualität, Herkunft oder finanzieller Situation – und durch

qualifizierte und neutrale Berater*innen erfolgen. Beratungsstellen sollten dezentral, leicht zugänglich und wohnortnah erreichbar sein und über eine ausreichende personelle und medizinische Ausstattung verfügen, um eine angemessene Versorgung gewährleisten zu können.

Insgesamt ist es unerlässlich, dass jede Person Zugang zu objektiven Informationen hat, um selbstbestimmte Entscheidungen treffen zu können. Dafür sollten medizinisch korrekte Informationen öffentlich zugänglich sein (z.B. auf der Webseite des Bundesgesundheitsministeriums und der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung), während es möglich sein sollte, gegen (bewusste) Falschinformationen juristisch vorzugehen (siehe Gesundheitsgesetz in Frankreich) (51).

4. Bedarfsgerechte Versorgung

Schwangerschaftsabbrüche müssen flächendeckend und bedarfsgerecht für alle und in allen Schwangerschaftswochen zugänglich sein. Es sollte ein konkreter Versorgungsschlüssel für dezentrale Einrichtungen sowie Kriterien zur Prüfung von möglichen Defiziten erarbeitet werden. Diese kann sich an bereits bestehenden Definitionen – wie dem geltenden Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung – orientieren: Demnach wird als zumutbare Entfernung zu einer fachärztlichen Versorgung eine Fahrzeit von maximal 60 Minuten oder 60 km festgelegt. Zur Erreichung einer allgemeinmedizinischen Versorgung werden sogar nur 30 min Fahrzeit oder 30 km definiert (52). Daneben sollten Stellenschlüssel für ärztliches und Pflegepersonal, Verwaltungskräfte sowie – insbesondere für die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen im 2. und 3. Trimenon notwendigen – psychologische und seelsorgerische Betreuer*innen von Patient*innen und Personal erarbeitet werden. Öffentliche Kliniken sollen verpflichtet werden, sich an der Versorgung mit medikamentösen und operativen Schwangerschaftsabbrüchen zu beteiligen. Insbesondere Kliniken der Maximalversorgung sollten ein Angebot für Abbrüche im 2. und 3. Trimenon vorhalten, da gerade in diesen Schwangerschaftswochen die Versorgungslage besonders prekär ist. Kliniken, die konfessionell geführt werden und Praxen, die Pränataldiagnostik durchführen, aber keine Schwangerschaftsabbrüche anbieten, sollten mit einer Klinik zusammenarbeiten, die dies tut. Gerade Fachabteilungen der Pränataldiagnostik sollten in die Pflicht genommen werden, neben der Diagnosestellung auch Beratung in Bezug auf Umgang, Darstellung der Optionen (z.B. palliative Geburt, Schwangerschaftsabbruch) und Entscheidungsfindung sowie Anbindungsmöglichkeiten anzubieten.

Zur Realisierung solcher Versorgungsschlüssel sind zielgerichtete Maßnahmen, wie Einstellungskriterien für öffentliche Kliniken (53) sowie eine von der Durchführung von Abbrüchen abhängige Vergabe von ärztlichen Kassensitzen denkbar. Dies sind gängige Anreiz-Mechanismen, die in anderen Bereichen der Medizin bei mangelnder Expertise oder Unterversorgung längst üblich sind.

Gleichzeitig sollte eine Gesetzesreform Maßnahmen beinhalten, um die Bereitschaft von Gesundheitspersonal, Abbrüche anzubieten, zu steigern. Beispielfhaft kann hier genannt werden:

- Sondervertriebsgesetzen zur Medikamentenbeschaffung abschaffen
- Bürokratie erleichtern

- Schaffung transparenter, bundeseinheitlicher und unbürokratischer Voraussetzungen für die Durchführung von Abbrüchen (siehe § 13 Schwangerschaftskonfliktgesetz)
- Bundeseinheitliche, bessere Vergütung für Schwangerschaftsabbrüche und Verhütung, sodass Kliniken und Praxen die Therapien ohne finanzielle Einbußen anbieten können
- Schutz vor Anfeindungen durch wirksame Maßnahmen gegen sogenannte Gehsteigbelästigungen vor Praxen und Beratungsstellen sowie gegen Mobbing im Internet
- "task shift": Ausweitung der Durchführung von Abbrüchen und der Betreuung von ungewollt Schwangeren auf andere Fachrichtungen (insbesondere Allgemeinmedizin) sowie andere Berufsgruppen (insbesondere Hebammen).

5. Reformiertes Verweigerungsrecht für Gesundheitspersonal

Ein höchstpersönliches Verweigerungsrecht kann solange bestehen bleiben, wie die Versorgung gesichert ist. Sich der Durchführung einer medizinischen Behandlung zu verweigern, für die man explizit ausgebildet wurde, sollte aber nicht normalisiert werden. Daher sollte eine schriftliche Meldung – ggf. unter Angabe der Gründe – erforderlich sein und eine Registrierung (z.B. bei der Ärztekammer) erfolgen. So wäre auch der Anteil der Verweigerer*innen bekannt. Diese sollten im Sinne eines "eingeschränkten Verweigerungsrechts" verpflichtet werden:

- alle nötigen Vor- und Nachuntersuchungen durchzuführen
- umfassend und wertneutral über alle Behandlungsmöglichkeiten zu informieren
- an Kolleg*innen weiter zu verweisen, die die Behandlung durchführen können

Eine Neuregelung sollte außerdem explizit die institutionelle Verweigerung durch Krankenhäuser verbieten sowie Konsequenzen bei Nichtbeachtung formulieren.

6. Systematische Integration des Schwangerschaftsabbruchs in die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung und Forschung

Die Bereitschaft von Studierenden und Ärzt*innen, (später) selbst Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, korreliert positiv mit der Intensität, mit der Schwangerschaftsabbrüche in Medizinstudium und Weiterbildung behandelt werden (46-48). Außerdem wirkt sie der Verbreitung von "Abtreibungsmythen" und Vorurteilen entgegen. Somit sollte der Schwangerschaftsabbruch in der Aus- und Weiterbildung von Ärzt*innen in Deutschland fest verankert werden.

Die Methoden des Schwangerschaftsabbruches sollten im Medizinstudium im Fach Gynäkologie in der Theorie verpflichtend gelehrt werden. Praktische Workshops als Teil des Lehrplans – wie die sogenannten Papaya-Workshops – können eine hilfreiche Ergänzung zur Theorievermittlung sein. Praktisch geübt werden sollte in jedem Falle die wertneutrale Beratung ungewollt Schwangerer.

In der gynäkologischen Weiterbildung sollte die praktische Kompetenz im Bereich der Methoden des Schwangerschaftsabbruchs pflichtmäßig in der Muster-Weiterbildungsordnung verankert werden. Lehrkrankenhäuser, die die volle Weiterbildungsberechtigung für Gynäkologie und Geburtshilfe innehaben, sollten verpflichtet werden, Schwangerschaftsabbrüche nach Beratungsregelung anzubieten, um die Lehre

sicherzustellen. Falls sie dies nicht tun, sollten Rotationen in den ambulanten Bereich (z.B. Praxen oder Familienplanungszentren, in denen Abbrüche durchgeführt werden) ermöglicht werden - immerhin finden circa 80% aller Abbrüche im ambulanten Sektor statt (1). Die Lehre zur Fehlgeburt darf dabei nicht die Lehre zum Schwangerschaftsabbruch ersetzen (49).

Eine individuelle Befreiung für Verweigerer*innen kann ermöglicht werden und sollte kein Hinderungsgrund für eine standardisierte Thematisierung in der Weiterbildung darstellen. Trotzdem sollten alle Gynäkolog*innen in Weiterbildung – auch solche, die die Durchführung verweigern – zumindest an der Aufklärung und Beratung ungewollt Schwangerer teilnehmen und Schwangerschaftsabbrüchen beiwohnen, um die bedarfsgerechte Versorgung und Beratung ihrer Patient*innen im Schwangerschaftskonflikt sicherstellen zu können.

Systematische Fort- und Weiterbildungsangebote zur Befähigung zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen für nicht-gynäkologische Fachrichtungen, insbesondere der Allgemeinmedizin, sollten gefördert werden.

Zudem sollte die Schulung und Fortbildung von nicht-ärztlichem Gesundheitspersonal in Bezug auf Schwangerschaftskonflikte und Schwangerschaftsbeendigung vorangetrieben werden. Insbesondere Krankenpfleger*innen und Hebammen sollten über die verschiedenen Methoden, Risiken und Nutzen aufgeklärt und befähigt werden, die Schwangeren bei ihrer Entscheidungsfindung und während ihres Schwangerschaftsabbruchs zu unterstützen.

7. Freie Methodenwahl

Schwangere, die sich für die Beendigung einer Schwangerschaft entscheiden, sollten nach einer ausführlichen medizinischen Aufklärung das Recht auf Mitbestimmung bei der Methodenwahl haben: medikamentös oder operativ; stationär, ambulant oder telemedizinisch; ein- oder zweizeitig. Dies wirkt sich positiv auf die psychische Verarbeitung des Schwangerschaftsabbruchs aus (12, 54-58).

Für Abbrüche im 1. Trimenon sollte insbesondere das Angebot der medikamentösen Methode (vor Ort in der Praxis, als "Home Use" oder telemedizinisch) ausgebaut werden, da aktuell nur circa ein Drittel der frühen Abbrüche medikamentös durchgeführt werden. Studien deuten jedoch an, dass sich Schwangere bei einer Wahlfreiheit in circa der Hälfte der Fälle für diese Methode entscheiden würden (59, 60).

Für Abbrüche ab der 14. SSW besteht zur Zeit faktisch keine Möglichkeit der Methodenwahl, da in Deutschland fast ausschließlich die medikamentöse, zweizeitige Methode angewandt wird, bei der der Fetus geboren wird und die Plazenta anschließend (meist operativ) geborgen wird. Für manche Schwangere ist diese Erfahrung sehr belastend. Daten aus Großbritannien zeigen, dass die einzeitige, operative Methode genauso sicher und häufig weniger psychisch belastend als die zweizeitige Methode ist (61). Der Ausbau eines operativen, einzeitigen Angebots im 2. Trimenon sollte gefördert werden, damit eine freie Methodenwahl auch dieser Patient*innengruppe möglich wird.

8. Kostenübernahme von Schwangerschaftsabbruch und Verhütung

Um einen sozial gerechten Zugang zu gewährleisten, sollten Schwangerschaftsabbrüche und Schwangerschaftsverhütung von den Krankenkassen übernommen werden. Dabei darf die Durchführung dieser Gesundheitsdienstleistung nicht auf Kosten der Vergütung der Ärzt*innen gehen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Schlusswort

In Deutschland ist der Zugang zu einem sicheren, wohnortnahen, diskriminierungsfreien Schwangerschaftsabbruch aktuell nicht gewährleistet. In dieser Stellungnahme haben wir zahlreiche Probleme aufgeführt, die einzeln und gemeinsam zu Verzögerungen der Versorgung führen. Schwangerschaftsabbrüche, die zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden, können jedoch mit mehr Komplikationen und Risiken verbunden sein. Ebenso dürfen die Auswirkungen der Stigmatisierung auf die psychische Gesundheit der Betroffenen nicht unterschätzt werden. Für uns Ärzt*innen, die wir selbst Schwangerschaftsabbrüche durchführen, steht die Gesundheit unserer Patient*innen an erster Stelle. Daher ist es für uns selbstverständlich, dass im Rahmen einer gesetzlichen Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs die oben genannten Hürden abgebaut werden müssen.

Die Regelungen zum Schwangerschaftsabbruch stellen dabei selbstverständlich nur einen Teilaspekt in Bezug auf die reproduktive und sexuelle Gesundheit dar. Weitere Aspekte im Zusammenhang mit reproduktiver Gesundheit (z.B. sexuelle Aufklärung, Verfügbarkeit von Verhütungsmitteln, Prävention von sexuell übertragbaren Infektionen, staatliche Unterstützung von Elternschaft, Gleichstellung der Geschlechter) sind eng mit dem Thema Schwangerschaftsabbruch verknüpft und müssen daher durch die Zivilgesellschaft, Politik und Gesellschaft im Sinne einer ganzheitlichen reproduktiven Gesundheitsversorgung mitgedacht werden.

Quellen

1. Gesundheit – Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12, Reihe 3. Statistisches Bundesamt. 2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/_inhalt.html#_g394a97ea.
2. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.
3. 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.
4. IPPF. About Us. Abgerufen am 15.07.2023 auf <https://www.ippf.org/about-us>
5. Addressing Barriers to Safe Abortion [Stellungnahme]. Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO), September 2021. Abgerufen am 15.07.2023 auf https://www.figo.org/sites/default/files/2021-09/FIGO_Statement_Addressing_Barriers_to_Safe_Abortion_EN.pdf
6. Baier A. „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. S. 215–28
7. 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.
8. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: American Psychological Association (APA); 2008.
9. Induced Abortion and Mental Health. London: Academy of Medical Royal Colleges & National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH); 2011.
10. 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.
11. Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D, Harper CC. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. Soc Sci Med. 2016;150:67-75.
12. Altshuler AL, Ojanen-Goldsmith A, Blumenthal PD, Freedman LR. A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. Soc Sci Med. 2017;191:109-16.
13. 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.
14. Verborgenes sehen: Die Krise der unbeabsichtigten Schwangerschaften. Bevölkerungsfonds der Vereinten Nationen (UNFPA)/ Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (DSW); 2022.
15. Jones RK, Chiu DW. Characteristics of abortion patients in protected and restricted states accessing clinic-based care 12 months prior to the elimination of the federal constitutional right to abortion in the United States. Perspect Sex Reprod Health. 2023;55(2):80-5.
16. Faundes A, Duarte GA, Osis MJ. Conscientious objection or fear of social stigma and unawareness of ethical obligations. Int J Gynaecol Obstet. 2013;123 Suppl 3:S57-9.
17. Fernandez Vazquez SS, Brown J. From stigma to pride: health professionals and abortion policies in the Metropolitan Area of Buenos Aires. Sex Reprod Health Matters. 2019;27(3):1691898.
18. Fundamentalistische Abtreibungsgegner spielen mit dem Feuer [Pressemitteilung]. 26.11.2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://solidaritaetfuerkristinahaenel.wordpress.com/2022/11/26/presseerklarung-fundamentalistische-abtreibungsgegner-spielen-mit-dem-feuer/>
19. Bain LE. Mandatory pre-abortion counseling is a barrier to accessing safe abortion services. Pan Afr Med J. 2020;35:80.
20. 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.
21. de Londras F, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet A. The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. BMC Public Health. 2022;22(1):1232.

22. Jovel I, Cartwright AF, Ralph L, Upadhyay UD. Abortion Waiting Periods and Decision Certainty Among People Searching Online for Abortion Care. *Obstet Gynecol.* 2021;137(4):597-605.
23. Karasek D, Roberts SC, Weitz TA. Abortion Patients' Experience and Perceptions of Waiting Periods: Survey Evidence before Arizona's Two-visit 24-hour Mandatory Waiting Period Law. *Womens Health Issues.* 2016;26(1):60-6.
24. Ralph LJ, Foster DG, Kimport K, Turok D, Roberts SCM. Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception.* 2017;95(3):269-78.
25. 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.
26. Roberts SC, Turok DK, Belusa E, Combellick S, Upadhyay UD. Utah's 72-Hour Waiting Period for Abortion: Experiences Among a Clinic-Based Sample of Women. *Perspect Sex Reprod Health.* 2016;48(4):179-87.
27. Roberts SCM, Belusa E, Turok DK, Combellick S, Ralph L. Do 72-Hour Waiting Periods and Two-Visit Requirements for Abortion Affect Women's Certainty? A Prospective Cohort Study. *Womens Health Issues.* 2017;27(4):400-6.
28. Helfferich C, Klindworth H, Heine Y, Wlosnewski I. *frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf von Frauen - Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften.* Köln; 2016.
29. Cygan S. Schwangere unter Druck – Wie ein Verein in Sachsen Abtreibungen verhindern will: MDR Investigativ; 2021[Zuletzt aktualisiert: 10.10.2021]. Abgerufen am 09.08.2023 auf https://www.youtube.com/watch?v=T947Y_xl6KQ
30. Löffler J. Dein Bauch gehört mir: BuzzFeed; 2018[Zuletzt aktualisiert: 11.12.2018]. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.buzzfeed.de/news/frauenrechte/schwanger-profemina-beratung-abtreibung-218-91372428.html>
31. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp O, Beavin C, et al. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Glob Health.* 2020;8(9):e1152-e61.
32. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet.* 2016;388(10041):258-67.
33. 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>.
34. Country Profile: Canada: Guttmacher Institute; 2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.guttmacher.org/regions/northern-america/canada>.
35. Jaarrapportage 2020 - Wet afbreking zwangerschap [Niederländischer Jahresbericht 2020 - Schwangerschaftsabbruchgesetz]. Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd. 2021. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://open.overheid.nl/repository/ronl-d18f3b07-782e-4b08-99c6-675b0d60ca33/1/pdf/jaarrapportage-2020-wet-afbreking-zwangerschap-wafz.pdf>.
36. Foster DG. *The Turnaway Study: Ten Years, a Thousand Women, and the Consequences of Having—or Being Denied—an Abortion.* Scribner; 2020.
37. *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>.
38. *Meldestellen zur Schwangerschaftsabbruchstatistik in Deutschland.* Statistisches Bundesamt. 2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/meldestellen-2022.html>.
39. Antworten von öffentliche Klinken nach Auskunftsanfrage von CORRECTIV, Lokalmedien und FragDenStaat [Zuletzt aktualisiert: 09.08.2023]. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/2022/03/03/keine-abtreibungen-in-vielen-oeffentlichen-kliniken/>
40. Bruhn E. Spätabtreibungen in Deutschland: Letzter Ausweg Holland. *taz.* 2020 12. 05. 2020. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://taz.de/Spaetabtreibungen-in-Deutschland!/5681768/>
41. Bruhn E. Späte Schwangerschaftsabbrüche: Drei Komma drei Prozent. *taz.* 2022 24.10.2022. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://taz.de/Spaete-Schwangerschaftsabbrueche/!5886892/>
42. *The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7).* Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011.

43. Geisslinger E. Keine Abtreibungen in Flensburger Klinik: Fusion mit Folgen. 2019 4. 11. 2019. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://taz.de/Keine-Abtreibungen-in-Flensburger-Klinik/!5635523/>
44. Baier A. Wo Medizin und Strafrecht sich berühren: Der ärztliche Blick auf die Beratungspflicht nach §218 Strafgesetzbuch. Forum Recht online. 2019. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://forum-recht-online.de/wp/?p=855>
45. Medical Students for Choice Berlin. MSFC deutschlandweit. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://msfcberlin.com/msfc-deutschlandweit/>
46. Pace L, Sandahl Y, Backus L, Silveira M, Steinauer J. 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.
47. Steinauer J, Landy U, Filippone H, Laube D, Darney PD, Jackson RA. Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: a national survey. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(1):39 e1-6.
48. Turk J, Landy U, Preskill F, Adler A, Steinauer J. The integration of abortion into obstetrician-gynecologists' practice after comprehensive family planning resident training. *Contraception*. 2021;104(4):337-43.
49. Baier A, Seyler H, Tonke I. Warum das Erlernen der Behandlung von Fehlgeburten das Erlernen von Schwangerschaftsabbrüchen nicht ersetzt. *Gyn-Depesche*. 2022;6/2022.
50. Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG*. 2021;128(9):1464-74.
51. Justice: extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse (2017). Aktenzeichen: 2017-347. Abgerufen am 09.08.2023 auf https://www.assemblee-nationale.fr/14/dossiers/extension_delit_entrave_ivg.asp.
52. Vereinbarung über die Einrichtung von Terminservicestellen und die Vermittlung von Arztterminen [Pressemitteilung]. Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), 6.12.2021. Abgerufen am 09.08.2023 auf https://www.kbv.de/media/sp/Anlage_28_Terminservicestellen.pdf
53. Stellungnahme zum Vorschlag des baden-württembergischen Sozialministeriums [Pressemitteilung]. Doctors for Choice Germany e.V., 27.07.2020. Abgerufen am 09.08.2023 auf <https://doctorsforchoice.de/2020/07/stellungnahme-einstellungskriterien>
54. Attali L. Psychological aspects of abortion. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016;45(10):1552-67.
55. Baraitser P, Free C, Norman WV, Lewandowska M, Meiksin R, Palmer MJ, et al. Improving experience of medical abortion at home in a changing therapeutic, technological and regulatory landscape: a realist review. *BMJ Open*. 2022;12(11):e066650.
56. 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.
57. Kero A, Wulff M, Lalos A. Home abortion implies radical changes for women. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2009;14(5):324-33.
58. Howie FL, Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Medical abortion or vacuum aspiration? Two year follow up of a patient preference trial. *Br J Obstet Gynaecol*. 1997;104(7):829-33.
59. Cameron ST, Glasier AF, Logan J, Benton L, Baird DT. Impact of the introduction of new medical methods on therapeutic abortions at the Royal Infirmary of Edinburgh. *Br J Obstet Gynaecol*. 1996;103(12):1222-9.
60. Fiala C, Winikoff B, Helstrom L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. *Contraception*. 2004;70(5):387-92.
61. Lohr P. Second Trimester - Surgical Abortion. Abgerufen am 09.08.2023 auf https://www.fiapac.org/media/docs/90_Lohr.pdf.