

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