



GBCOG



German Board and College of Obstetrics and Gynecology

Repräsentanz der DGGG und Fachgesellschaften

Jägerstr. 58-60 • 10117 Berlin

E-Mail: info@dggg.de

Präsidentin Deutsche
Gesellschaft für Gynäkologie
und Geburtshilfe e.V.
(DGGG)
[Prof. Dr. Barbara Schmalfeldt](#)

Präsident Berufsverband
der Frauenärzte e.V.
(BVF)
[Dr. Klaus Doubek](#)

Sprecher GBCOG
[Prof. Dr. Babür Aydeniz](#)

Stellvertretender Sprecher GBCOG
[Prof. Dr. Annette Hasenburg](#)

Schriftführer
[Prof. Dr. Friedrich Wolff](#)

Vertreter Deutsche Gesellschaft für
Gynäkologie
und Geburtshilfe e.V.
(DGGG)
[Prof. Dr. Anton J. Scharl](#)
[PD Dr. Gert Naumann](#)

Vertreter Berufsverband
der Frauenärzte e.V.
(BVF)
[Dr. Cornelia Hösemann](#)
[Markus Haist](#)

Stellungnahme des

Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)

und der

Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V. (DGGG)

vereint im

German Board and College of Obstetrics and Gynecology (GBCOG)

Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und
Geburtshilfe e.V. (DGGG) und Berufsverband der Frauenärzte e.V. (BVF)

„Die Würde aller Beteiligten achten“

Berlin und München im April 2024 – Die Auseinandersetzung mit dem immanenden Konflikt zwischen dem Recht des werdenden Kindes und der persönlichen Entscheidung jeder Frau, eine Schwangerschaft nicht fortzuführen, bedeutet immer eine ernsthafte Konfliktlage. Dies sollte bei allen Überlegungen zur Änderung der Regulierung des Schwangerschaftsabbruchs stets im Vordergrund stehen. Mit diesem Konflikt sind neben den betreuenden Frauenärztinnen und -ärzten auch viele andere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen, z.B. Beraterinnen und Berater, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Pfleger oder Hebammen, konfrontiert, was bei allen Betroffenen eine starke Belastung zur Folge haben kann.



Als medizinische Fachgesellschaft bzw. als berufsständische Interessensvertretung können sowohl die DGGG e.V. als auch der BVF e.V. nicht Stellung nehmen, ob unter rein juristischen Gesichtspunkten eine Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen außerhalb des Strafgesetzbuches möglich oder sinnvoll wäre.

Allerdings werden sich aus unserer Sicht bestehende Probleme, die vor allem die Versorgungsrealität von Frauen in Deutschland im Hinblick auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen betreffen, nicht automatisch, und vor allem nicht zeitnah, durch eine juristische Neuregelung des §218 verbessern.

Als Frauenärztinnen und -ärzte, als Berufsverband und Fachgesellschaft vertreten wir die Position, dass jede Frau das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung hat. Dies beinhaltet das Recht auf niedrigschwellige und verständliche Beratung zur Familienplanung sowie ungehinderten Zugang zu Kontrazeption, medizinische Betreuung während Schwangerschaft und Geburt sowie im Wochenbett, aber auch die sichere Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Wir haben den Anspruch und die Verpflichtung, gemeinsam mit unseren Patientinnen, die sich in einer Konfliktsituation befinden, die bestmögliche individuelle Lösung zu finden und sie in dieser schwierigen Entscheidung bestmöglich zu beraten. Als Frauenärzte und -ärztinnen haben wir die Expertise und die Ausbildung, den Abbruch medizinisch sicher durchzuführen. Dafür ist aber sowohl ein gesetzlicher Rahmen als auch die gesellschaftliche Akzeptanz erforderlich, diesen vorurteilsfrei und rechtssicher durchführen zu können.

Wir brauchen hierfür

- 1.) klare gesetzliche Regelungen und
 - 2.) gesellschaftliche und politische Unterstützung bei der Umsetzung dieser Regelungen,
- die sowohl den betroffenen Frauen, ihren Familien als auch dem betreuenden Fachpersonal gerecht wird.

Eine mögliche Neuregelung der gesetzlichen Voraussetzung zum Schwangerschaftsabbruch wird nicht nur ca. 100.000 Frauen im Jahr in Deutschland, sondern auch die betreuenden Frauenärztinnen und -ärzte betreffen.

Aktuell bereitet uns als Frauenärztinnen und -ärzte das regional sehr unterschiedliche Versorgungsangebot Sorge, ebenso wie der oft fehlende niedrigschwellige Zugang sowohl zu Ärztinnen und Ärzte sowie Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Für Schwangerschaftsabbrüche nach Beratungsregelung berichten einige Beratungsstellen, dass es in den letzten Jahren zunehmend schwieriger geworden sei, Ärztinnen und Ärzte zu finden, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Bei einem Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation, v.a. wenn dieser nach Beginn der potentiellen Lebensfähigkeit des Feten durchgeführt werden muss, gibt es bereits



seit einigen Jahren in einigen Regionen Deutschlands im näheren Umkreis einen Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie Kliniken, die Frauen beraten und unterstützen.

Die DGGG e.V. und der BVF e.V. möchten mit dieser Stellungnahme aktuelle Auswirkungen und Konsequenzen in der Praxis der aktuellen gesetzlichen Regelung von Schwangerschaftsabbrüchen hervorheben, die bei einer eventuellen Novellierung des §218 StGB Berücksichtigung finden müssen.

Es wird zu Fragen der Versorgungssituation und Studienlage auf die aktuelle AWMF-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon verwiesen.

1. Vermeidung von ungewollten Schwangerschaften

Frauen sollen zu dem Zeitpunkt schwanger werden und Kinder bekommen können, wenn sie es für richtig halten. Es ist gesellschaftliche Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen eine reproduktive Selbstbestimmung für alle Geschlechter möglich ist. Dies beinhaltet v.a. auch die Sicherstellung eines Beratungs- und Informationsangebots zur Familienplanung und individuell finanzierte Möglichkeiten der Kontrazeption. Die Vermeidung ungewollter Schwangerschaften ist eine gesellschaftliche Aufgabe und die wichtigste Maßnahme, um Schwangerschaftsabbrüche zu verhindern.

2. Statistiken zum Schwangerschaftsabbruch an dem tatsächlichen Informationsbedarf anpassen

Insgesamt erfolgen in Deutschland jährlich etwa 100.000 Schwangerschaftsabbrüche. Der größte Teil erfolgt nach der sogenannten „Beratungsregelung“.

Vergleicht man auf internationaler Ebene die Rate von Schwangerschaftsabbrüchen je 1.000 Frauen, so werden in Deutschland (neben der Schweiz, Kroatien und Albanien) relativ wenige Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, im Jahr 2020 waren es 5,4 pro 1.000 Frauen. Dagegen ist die absolute Zahl von Abbrüchen nach medizinischer Indikation in den vergangenen Jahren angestiegen.

Die aktuelle statistische Erfassung der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland erlaubt über die reine Erfassung von demographischen Faktoren, wie z.B. Alter der Mutter und Schwangerschaftswoche, keine Aussagen zu kausalen Zusammenhängen. Die Ursachen für die allgemein niedrige Zahl an Schwangerschaftsabbrüchen pro 1.000 Frauen und die Zunahme der späten Schwangerschaftsabbrüche in den letzten Jahren sind anhand der aktuellen statistischen Erfassung nicht zu eruieren.

Um die wirkliche Versorgungssituation in Deutschland abzubilden, müssten andere Instrumente geschaffen werden, die auch eine zukünftige Bedarfsplanung ermöglichen.



3. Zugang zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch verbessern

Bei einer Schwangerschaft bis zu 63 Tagen post menstruationem (9 Wochen) kann ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch mit Mifepriston gefolgt von einem Prostaglandin durchgeführt werden. Im Vergleich zum Ausland wird diese Methode in Deutschland seltener angewendet. In der Evidenzrecherche für die S3-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon werden die Vor- und Nachteile des operativen und medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs aufgeführt, über die die Frau beraten werden soll, bevor sie sich für eine der beiden Methoden entscheidet. Das Ungleichgewicht der angewandten Methoden beruht hypothetisch auf Konventionen, Zugangsmöglichkeiten und nicht zuletzt strukturellen Gegebenheiten und Erfahrungen der Ärzteschaft. Vor- und Nachteile der Methoden sollten folglich transparent gemacht und je nach Patientenwille angewandt werden.

Aktuell besteht eine aufwändige Bestellpraxis und Chargen-Dokumentationspflicht der Medikamente „Mifegyne“ und „MisoOne“ sowie eine im Verhältnis zum Beratungsaufwand geringe Vergütung der ärztlichen Tätigkeit. Der administrative Aufwand und die Zugänglichkeit der Wirkstoffe Mifepriston und Misoprostol sollten für die betreuenden Frauenärztinnen und -ärzte vereinfacht werden.

4. Beratungspflicht bei ungewollten Schwangerschaften evaluieren

Ein Schwangerschaftsabbruch kann für eine Frau eine schwere Konfliktsituation darstellen, die nahezu alle Aspekte ihrer jetzigen und zukünftigen Lebenssituation betrifft. Weltweit müssen sich alle gesetzlichen Regelungen daran messen lassen, wie sie dieser Konfliktlage gerecht werden.

Vorgetragene Argumente, dass Frauen in Deutschland durch die aktuellen gesetzlichen Regelungen grundsätzlich in ihrer Freiheitsausübung eingeschränkt seien, lassen sich sowohl aus soziologischer als auch aus psychosozialer Sicht nach aktueller Datenlage nicht verifizieren.

Die Frage, ob das aktuell in Deutschland bestehende Versorgungs- und Beratungsangebot bzw. die Verpflichtung zu einer Beratung langfristig zu einer psychischen Entlastung betroffener Frauen oder im Gegenteil zu einer Belastung durch die Pflicht zur Beratung beiträgt, ist bislang nur sehr selten Gegenstand von wissenschaftlichen Untersuchungen gewesen und damit aktuell nicht valide zu beantworten. Die Ergebnisse der laufenden Studien zu diesem Thema in Deutschland stehen aktuell noch aus.

Eine juristische Neuregelung müsste sich auch daran messen lassen, ob sie Bedürfnissen der Frauen gerecht wird. Ob eine Neuregelung zu einer Verbesserung der psychologischen Versorgung führt, sollte prospektiv wissenschaftlich begleitet werden.



5. Beratung für Abbrüche nach Beratungsregelung niederschwellig gestalten

Die wissenschaftlichen Untersuchungen zur Versorgungssituation beim Schwangerschaftsabbruch sind teilweise widersprüchlich. Man kann aber aktuell nicht nachweisen, dass es in Deutschland zu einer generellen Unterversorgung kommt (David et al. 2022).

Allerdings wird von Beratungsstellen und Ärztinnen und Ärzten berichtet, dass zunehmend Engpässe beim Zugang zur medikamentösen und operativen Durchführung von Abbrüchen bestehen. Dies betrifft sowohl das ambulante als auch das stationäre Versorgungsangebot. Der Rückgang der Zahl an Ärztinnen und Ärzten sowie Kliniken, die Abbrüche durchführen (ca. 45 % Rückgang seit 2003) ist multifaktoriell. Wesentliche Gründe stellen hochwahrscheinlich der generelle Fachkräftemangel, rechtliche Unsicherheit, Angst vor Stigmatisierung und administrative Auflagen dar.

Zusätzlich zu den Beratungsstellen sollten niederschwellige Beratungsangebote, z.B. elektronisch, ermöglicht werden. Wie bei der Beratung zur vertraulichen Geburt sollte ein bundesweites anonymes, kostenloses, jederzeit zugängliches und in mehreren Sprachen vorhandenes Beratungsangebot entwickelt werden. Um den Zugang zur Durchführung zu erleichtern, sollten Beratungsstellen Patientinnen direkt an Ärztinnen und Ärzten sowie Kliniken weitervermitteln.

6. Besondere Problematiken in Bezug auf die Durchführung später Schwangerschaftsabbrüche

Unabhängig von der Frage, ob der Schwangerschaftsabbruch in Deutschland innerhalb oder außerhalb des Strafgesetzbuchs geregelt wird, müssen einige bereits jetzt bestehende Versorgungsproblematiken dringend strukturell verbessert werden.

a) Medizinische Versorgung bei späten Schwangerschaftsabbrüchen

Späte Schwangerschaftsabbrüche, v.a. nach Beginn der potentiellen extrauterinen Lebensfähigkeit (d.h. ab abgeschlossenen 22 Schwangerschaftswochen post menstruationem) sind sowohl für die betroffenen Frauen, deren Familien, die behandelnden Hebammen, Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und -pfleger sowie Ärztinnen und Ärzte eine besondere Situation.

Eine Methode zur Durchführung eines „Spätabbruchs“ ist der Fetozid. Hierbei kommt es nach dem Einsatz von Medikamenten zum Tod des Feten in der Gebärmutter, bevor die Geburt eingeleitet wird.

Ein Fetozid (z.B. bei einer schwerwiegenden Erkrankung des Kindes) wurde im Jahre 2020 625-mal, im Jahre 2021 704-mal und im Jahre 2022 717-mal gemeldet



(Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2023).

Die Durchführung des Fetozyds mit anschließender Geburt des Kindes erfordert eine hohe medizinische Expertise, insbesondere in der Pränataldiagnostik. Es wird bundesweit berichtet, dass bereits seit Jahren eine heimatnahe Versorgung nicht überall vorhanden ist, weil nur eine begrenzte Anzahl von Frauenärztinnen und -ärzten zu diesem Vorgehen bereit und fähig ist und insbesondere, weil nur eine begrenzte Anzahl von Krankenhausärzern organisatorische Vorhaltungen für diese Abbrüche bereithält. Angesichts der jährlichen Fallzahlen von ca. 3.000 Abbrüchen jenseits der 12. Schwangerschaftswoche (Jahr 2022: 3.113 Fälle, hiervon 740 jenseits der 22. Schwangerschaftswoche und damit wahrscheinlich einem Fetozyd gleichzusetzen) ergibt sich eine tägliche Prävalenz von unter 15 Fällen pro Werktag, davon knapp 3 Fetozyde. Die hierfür erforderliche Versorgungsstruktur impliziert im Einzelfall auch eine nicht direkt heimatnah vorhandene Behandlungsmöglichkeit. Inwieweit für die täglich anfallenden Fallzahlen eine reale Unterversorgung gegeben ist, muss geprüft werden.

Aufgrund §13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes ist die Bundesärztekammer angehalten, eine Listung von Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen vorzuhalten. Diese erscheint zum jetzigen Zeitpunkt lückenhaft. Insbesondere ist sie zu erweitern um Einrichtungen, die Abbrüche aus medizinischer Indikation und insbesondere „Spätabbrüche“ durchführen. Bei Vollständigkeit der Auflistung aller Einrichtungen, die Spätabbrüche vornehmen, kann die flächendeckende Versorgung auch präzise ermittelt und können schlechter versorgte Gebiete identifiziert werden.

b) Psychische Belastungen der Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter

Bei einem Schwangerschaftsabbruch sowohl nach Beratungsregelung als auch nach medizinischer Indikation sind Ärztinnen und Ärzte an Diagnostik und Begleitung der möglichen Intervention beteiligt. Bei der Indikationsstellung sind die Rechte der Frau, des ungeborenen Kindes, aber auch deren individuelle Gesundheit, Lebensprognose und die weltanschaulichen Vorstellungen der Frau (im Idealfall auch des Partners) einzubeziehen. Es soll eine Lösung gefunden werden, die allen Beteiligten gerecht wird, wenngleich es nahezu niemals eine optimale Lösung geben kann.

Die Grundsätze der ergebnisoffenen Beratung müssen für alle Beteiligten gelten.

Im Falle eines Schwangerschaftsabbruches mit oder ohne Fetozyd sind insbesondere Ärztinnen und Ärzte aktiv beteiligt und damit einer Belastungssituation ausgesetzt. Aus diesen Gründen sollte es auch weiterhin für Ärztinnen und Ärzte die Entscheidungsfreiheit geben, an einem Schwangerschaftsabbruch nicht mitzuwirken.



c) Juristische (Un-) Sicherheit/ Totenschein

Obwohl die Regelungen im § 218a StGB sowie im Schwangerschaftskonfliktgesetz zum Schwangerschaftsabbruch eindeutig erscheinen, wird immer wieder berichtet, dass Staatsanwaltschaften gegen Ärztinnen und Ärzte vorgehen, die einen Abbruch nach Erreichen der Lebensfähigkeit (mit oder ohne Fetoziid) durchführen.

Die Aufnahme eines Ermittlungsverfahrens ist durch die Struktur des Totenscheines (Punkt 3. Todesart) vorgegeben, wobei z.B. nach einem Fetoziid bei Todesfeststellung die Begriffe „natürlich“, „nicht natürlich“ und „unklar“ nicht zielführend sind. Das dadurch automatisch einzuleitende Ermittlungsverfahren kann zu einer zusätzlichen emotionalen Belastung und Verunsicherung beim Fachpersonal führen, was die Bereitschaft sinken lässt, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken.

Der Totenschein bedarf dringend einer Veränderung und gesetzlichen Klärung.

d) Einrichtung von lokalen „Ethik-Boards“

Bei Fragen des Schwangerschaftsabbruches haben ethische Aspekte eine herausragende Bedeutung, da die Konfliktlage aller Beteiligten (Mutter, Ungeborenes, Vater, beteiligtes medizinisches Fachpersonal) vielfältige ethische Fragen aufwirft. Insofern sind ethische Aspekte bei allen Fragen von Diagnostik und Therapie von Bedeutung und zu diskutieren. Im Rahmen der Diagnostik können auch Ethik-Konsile oder sogenannte „Ethik-Boards“ durchgeführt werden.

Es erscheint aber nicht sinnvoll, dass nach Beendigung der Diagnostik und dem Vorliegen einer therapeutischen Entscheidung eine weitere Instanz in Form eines „Ethik-Boards“ mit der Entscheidungsbefugnis installiert wird, einen Schwangerschaftsabbruch ggf. noch abzulehnen.

Diese „Ethik-Boards“ widersprechen den Grundlagen der gesetzlichen Regelung und verzögern individuell die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs.

Die Krankenhasträger sind aufgefordert, mit „Ethik-Boards“ keine Instanz einzurichten, deren Befugnisse gesetzlich nicht klar geregelt sind und die ärztliche Indikationsstellung unterlaufen.

7. Fazit und notwendige Änderungen

- Die beste Maßnahme zur Reduktion von Schwangerschaftsabbrüchen ist die Prävention von ungeplanten und ungewollten Schwangerschaften. Es ist gesellschaftliche Aufgabe, Rahmenbedingungen zu schaffen, unter denen Frauen Kinder bekommen und großziehen möchten und auch können. Andererseits ist zu erwägen, Kontrazeptiva finanziell zu unterstützen, sodass



ein Zugang zu kontrazeptiven Maßnahmen allen Menschen möglich ist.

- Jeder Schwangerschaftskonflikt und möglicher Schwangerschaftsabbruch stellen zunächst eine starke Belastung sowohl für die betreffenden Frauen als auch für das Fachpersonal dar, das an Beratung und Durchführung beteiligt ist. Es ist daher gesellschaftliche Aufgabe, diese Notlage der Frauen anzuerkennen und den Rahmen für einen respektvollen, vorurteilsfreien Umgang für alle Beteiligten vorzugeben.
- Es sollte ein bundesweites anonymes, kostenloses, jederzeit zugängliches und in mehreren Sprachen vorhandenes Beratungsangebot geschaffen werden.
- Für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch ist der Einsatz des Medikaments „Mifegyne“ zu vereinfachen.
- Insbesondere bei späten Schwangerschaftsabbrüchen ist eine heimatnahe Behandlung nicht überall gegeben. Die Bundesärztekammer ist nach §13 Schwangerschaftskonfliktgesetz angehalten, eine Listung vorzuhalten und diese insbesondere um Einrichtungen, die Abbrüche nach medizinischer Indikation durchführen, zu erweitern. Eine Komplettierung dieser Liste ermöglicht eine Definition und Kalkulation der Versorgungslage bzw. des -bedarfs.
- Die Struktur des Totenscheins stellt mit der Einteilung der Todesursache in „natürlich“, „nicht natürlich“ und „ungeklärt“ ein wesentliches Problem dar, da es trotz gesetzlich korrekter Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs zur Einleitung von Ermittlungsverfahren und ggf. juristischen Konsequenzen für die Ärztinnen und Ärzten kommen kann.

Die Stellungnahme wurde von Prof. Dr. med. Brigitte Strizek, Prof. Dr. med. Heribert Kentenich, Prof. Dr. med. Holger Maul, Prof. Dr. med. Alexander Scharf, PD Dr. med. Dietmar Schlembach, Prof. Dr. med. Ralf Schild und Dr. med. Renate Rosenberg verfasst.

Korrespondierende Autorin:

Prof. Dr. med. Brigitte Strizek

Direktorin der Abteilung für Geburtshilfe und Pränatale Medizin

Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde

Universitätsklinikum Bonn (UKB)

<mailto:brigitte.strizek@ukbonn.de>



Literatur:

1. Ausgewählte Versorgungsdaten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland (2022)
David, M. und Wernecke, K-D. Frauenarzt / 656-660
2. Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland – eine aktuelle Analyse der regionalen Versorgungssituation (2023) Augustin, J. und David, M. Geburtshilfe und Frauenheilkunde / 796-799
3. Schwangerschaftsabbruch: Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland nach rechtlicher Begründung (2023)
(https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrüche/Tabellen/03-schwangerschaftsabbrrechtliche-begründung-schwangerschaftsdauer_zvab2012.html)
4. Rate der jährlichen Schwangerschaftsabbrüche in ausgewählten europäischen Ländern in den Jahren 2018-2020 (2023)
(<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/70858/umfrage/jaehrliche-schwangerschaftsabbrüche-in-europa/>)
5. Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland (2023)
(<https://www.gbe-bund.de/gbe/> bzw.
https://www.gbebund.de/gbe/isgbe.fundstellen?p_uid=gast&p_aid=22970578&p_sprache=D&p_thema_id=920&p_action=TRT#wrap)
6. Reform der Rechtsnormen zum Schwangerschaftsabbruch: Eckpunkte und Anschlussfragen (2023) Kreß, H, MedR (2023) / 41:699-704