

Prof. Dr. med. Matthias David  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Berlin

Berlin, 5. Februar 2025

### **Schriftliche Stellungnahme als geladener Sachverständiger**

**in Vorbereitung der öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Bundestags zum „Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs“ und zum Antrag „Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern“ am 10. Februar 2025**

#### **Zusammenfassung wichtiger Aussagen**

- (1) Für die Frauen, die sich nach der gesetzlich vorgeschriebenen Beratung für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden, ist eine bedarfsgerechte, flächendeckende, gut erreichbare und sichere medizinische Versorgung in Deutschland gewährleistet; dies betrifft sowohl den operativen als auch den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Hinweise auf eine Verschlechterung der Versorgungslage in den letzten Jahren sind nicht nachweisbar.
- (2) Die bisher veröffentlichten Ergebnisse der ELSA-Studie erscheinen nicht dafür geeignet, ein „Versorgungsproblem“ zu beweisen. Im Gegenteil unterstreichen diese Resultate eine gute bis sehr gute Erreichbarkeit und Versorgung. Den Publikationen sind keine Hinweise auf relevante Informations- oder Zugangsbarrieren zu entnehmen. Die Versorgungslage mit Schwangerschaftsabbrüchen ist nicht prekär.
- (3) Das Thema Schwangerschaftsabbruch ist im Medizinstudium und in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in Deutschland seit vielen Jahren fest verankert.
- (4) Die Bedeutung der Schwangerschaftskonfliktberatung wird dadurch unterstrichen, dass fast alle Frauen das Gesprächsangebot annehmen und dass sich nach der Beratung offenbar ca. ein Viertel der Frauen gegen die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs entscheidet.
- (5) Auch das vorgeburtliche menschliche Leben in der Gebärmutter, wie beispielhaft an der Schmerzwahrnehmung gezeigt werden kann, entwickelt sich ohne Brüche oder Sprünge als biologisches Kontinuum.

#### **Präambel**

Beim Schwangerschaftsabbruch handelt es sich insbesondere im Hinblick auf das Ziel des Abbruchs um eine in der modernen Medizin einzigartige Maßnahme. Diese ist mit keiner anderen ärztlichen Handlung zu vergleichen, auch wenn vom „technischen Ablauf“ her das operative Vorgehen mittels Saugkürettage bei einer Fehlgeburt mit dem Vorgehen bei einem Schwangerschaftsabbruch identisch ist (David 2025).

*„Jeder Schwangerschaftskonflikt und möglicher Schwangerschaftsabbruch stellen zunächst eine starke Belastung sowohl für die betreffende Frau als auch für das Fachpersonal dar, das an Beratung und Durchführung beteiligt ist...“ (Strizek et al. 2024).*

Mit dem auf Wunsch ungewollt schwangerer Frauen medikamentös oder operativ durchgeführten Schwangerschaftsabbruch werden in den allermeisten Fällen gesunde Frauen resp. keine Krankheiten behandelt, bei der durch die ärztliche Maßnahme eine Heilung bzw. deutliche Verbesserung der Lebensqualität zu erreichen wäre.

Nachfolgend soll auf eine Reihe von Argumenten, die in der Diskussion um eine mögliche Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs immer wieder eine Rolle spielen, aus medizinischer Sicht und auf der Basis von – teils eigenen – wissenschaftlichen Publikationen eingegangen werden.

### **Studentische Ausbildung und ärztliche Weiterbildung**

Im Rahmen des Medizinstudiums werden grundlegende Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten in allen Fächern vermittelt, die für eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung erforderlich sind (§ 1 Absatz 1 Satz 2 Approbationsordnung für Ärzte (ÄApprO)). *„Der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM) beschreibt eine bundesweite, einheitliche Grundlage des verpflichtenden Kerncurriculums im Medizinstudium. Der NKLM enthält im Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch Lernziele, die Handlungs- und Begründungswissen beschreiben...“* (AWMF-Leitlinie 2023). Eine vor längerem durchgeführte Befragung durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ergab, *„...dass alle deutschen medizinischen Fakultäten im Rahmen des Fachs Frauenheilkunde/ Geburtshilfe medizinische, ethische und rechtliche Gesichtspunkte zum Thema Schwangerschaftsabbruch ... im Pflichtcurriculum behandeln...“* (AWMF-Leitlinie 2023). Zu Aspekten der Beratung der Schwangeren vor einem Schwangerschaftsabbruch werden vor allem in Vorlesungen und Seminaren medizinische, ethische und juristische Gesichtspunkte vermittelt (BMG 2022).

Die studentische Ausbildung umfasste bisher und auch historisch nie das Erlernen eines operativen Schwangerschaftsabbruches (dies wäre dann die einzige Operation, die Bestandteil des Medizinstudiums wäre).

Die neue Approbationsordnung bzw. der damit verbundene Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin (NKLM), die wahrscheinlich im Oktober 2025 in Kraft treten werden, wird auch weiterhin Lernziele, die Handlungs- und Begründungswissen zum medikamentösen und operativen Schwangerschaftsabbruch beschreiben, enthalten. Der Entwurf zur Reform der Approbationsordnung sieht auch vor, dass medizinische, rechtliche und ethische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs Gegenstand des klinischen Prüfungsstoffs in allen drei Abschnitten der ärztlichen Prüfung sein werden, aber natürlich nicht die Durchführung des (operativen) Eingriffs. Auch der neue Lernzielkatalog sieht für kein Fach vor, dass Medizinstudentinnen und -studentin eine Operation im Rahmen ihrer Ausbildung erlernen.

Zu beachten ist im Übrigen, dass niemand verpflichtet ist, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken mit Ausnahme der Situation, dass die ärztliche Mitwirkung notwendig ist, um von der schwangeren Frau eine anders nicht abwendbare Lebensgefahr oder die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden (Schwangerschaftskonfliktgesetz – SchKG, § 12).

Auch zur Mitwirkung an einem Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung zum Facharzt/ zur Fachärztin oder zur Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen zu diesem Thema können Ärztinnen und Ärzte nicht verpflichtet werden (AWMF-Leitlinie 2023).

*„Die ethischen Verpflichtungen des beteiligten Gesundheitspersonals beziehen sich ... vor allem auf die angemessene Beratung und Unterstützung der betroffenen Schwangeren (und ggf. ihres Partners) in einer schwierigen Entscheidungssituation und die sichere Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs. Aus Respekt vor ihren unterschiedlichen ethischen Positionen können Ärztinnen und Ärzte nicht verpflichtet werden, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. Sie sollten aber dafür Sorge tragen, dass die betroffene Schwangere anderweitig Zugang zu Beratung, Unterstützung in der Entscheidungsfindung und ggf. einem sicheren Schwangerschaftsabbruch bekommt...“* (AWMF-Leitlinie 2023).

Die ärztliche Weiterbildung wird in Deutschland durch die sog. (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWbO) der Bundesärztekammer geregelt. Auf der Ebene der entsprechenden regionalen Ärztekammern werden dann von den Delegiertenversammlungen der Kammern an diese MWbO stark angelegte Weiterbildungsordnungen für die Länder bzw. Ärztekammerbezirke beschlossen. Es erfolgt eine regelmäßige Novellierung.

Aktuell gilt die (Muster-)Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 29.6.2023. Hier heißt es unter der Rubrik *„Handlungskompetenz - Erfahrungen und Fertigkeiten“* im Fachgebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die von den Ärztinnen und Ärzten im Rahmen ihrer Weiterbildung erworben werden müssen: *„Beratung bei Schwangerschaftskonflikten sowie Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung gesundheitlicher einschließlich psychischer Risiken...“* (Bundesärztekammer 2023). Der Grund dafür, dass die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht als Weiterbildungsinhalt für angehende Fachärztinnen und -ärzte genannt wird, ist das bereits erwähnte, verbriefte Weigerungsrecht, nicht an einem Schwangerschaftsabbruch mitwirken zu müssen - eine wichtige Errungenschaft, die letztlich auch auf die bundesdeutsche Kompromissneuregelung des § 218 nach der deutschen Wiedervereinigung vor nahezu 30 Jahren zurückgeht (David u. Ebert 2020).

Pro- und Kontraargumente im Hinblick auf einen Schwangerschaftsabbruch aus Sicht der betroffenen Frauen, aus ethisch-moralischer und aus der Perspektive derer, die z.B. eine Saugkürettage durchführen, sind hinlänglich bekannt (siehe u.a. Findekle 2022). Diese unterschiedlichen Gründe machen nachvollziehbar, warum einige Frauenärztinnen und -ärzte Schwangerschaftsabbrüche durchführen und andere nicht.

Unabhängig davon entspricht der „technischen Ablauf“ bei der Saugkürettage einer Fehlgeburt vollkommen dem bei einem Schwangerschaftsabbruch (David 2025).

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat vor einigen Jahren die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) mit der Erstellung einer Leitlinie zum „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“ beauftragt, die schließlich im Januar 2023 der (Fach-) Öffentlichkeit vorgestellt wurde (siehe: <https://register.awmf.org/de/leitlinie/detail/015-094>) (David u. Wallwiener 2023; Scharl u. Wallwiener 2025). Damit liegt für alle in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte insbes. im Fach Frauenheilkunde und

Geburtshilfe ein umfangreicher „Handlungs- und Entscheidungskorridor“ vor. Diese Leitlinie enthält systematisch entwickelte Empfehlungen, die den gegenwärtigen medizinischen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Vorgehensweisen von Ärztinnen und Ärzten für eine angemessene Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch zu unterstützen.

Die erwähnte S2k-Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“ AWMF (2023) wird derzeit überarbeitet und auf ein – wissenschaftlich noch höheres – S3-Niveau gebracht (Scharl u. Wallwiener 2025).

### **Kontinuierliche Entwicklung menschlichen Lebens**

Ob der menschliche Organismus von der Befruchtung bis zu seinem Tod einem kontinuierlichen Entwicklungs-, Reifungs- bzw. Alterungsprozess unterworfen ist, wird diskutiert. Dieser Prozesshaftigkeit wird ein Modell mit Einschnitten und Zäsuren gegenübergestellt (Kreß 2024).

Was der medizinisch-naturwissenschaftliche Erkenntniszuwachs zu diesem Diskussionsprozess beitragen kann, soll nachfolgend am Beispiel der Schmerzwahrnehmung des Fetus in der Gebärmutter (=intrauterine Nozizeption) erläutert werden.

Es ist eine Herausforderung, den genauen Beginn der Schmerzwahrnehmung beim Fetus zu bestimmen. Die wissenschaftliche Debatte um die Reizwahrnehmung am Anfang des Lebens wird kontrovers geführt. Lange wurde argumentiert, dass Schmerzwahrnehmung frühestens ab der 26. Schwangerschaftswoche denkbar sei oder sogar erst nach der Geburt durch äußere Reize entstehe. Die Entwicklung des Nervensystems beginnt jedoch vor der 12. Schwangerschaftswoche, Reizwahrnehmungen sind also frühzeitig denkbar. Während Frühgeborene noch in den 1970er Jahren ohne Analgesie operiert wurden, wird heute in der Pränatalchirurgie eine fetale Schmerztherapie empfohlen. Viele Erkenntnisse in Bezug auf die pränatale Wahrnehmung haben sich in den letzten Jahrzehnten verändert: In den 2010er Jahren stellten Forscher fest, dass sich die physiologische Fähigkeit, Schmerzen wahrzunehmen, im zweiten Schwangerschaftsdrittel (14 bis 28 Wochen) entwickelte. Jüngste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass fetale Schmerzen vermittelt über bestimmte Gehirnstrukturen bereits im ersten Schwangerschaftsdrittel vorhanden sein könnten, d.h. vor der 14. Schwangerschaftswochen. So entstehen zwischen der 7,5. und 15. Schwangerschaftswoche in den meisten Bereichen des Fetus periphere Schmerzrezeptoren; die Verbindung zum Rückenmark und zu unterschiedlichen Teilen des Gehirns bilden sich ab der 7. / 8. Schwangerschaftswoche aus. Die Schmerzwahrnehmung hängt allerdings nicht nur von der Übertragung entsprechender Signale an das Gehirn ab, sondern auch vom Bewusstseinsgrad des Fetus oder Neugeborenen. Die Definitionen von Bewusstsein sind jedoch unterschiedlich und schwer zu fassen (Thill 2023).

Die Reaktionen des Fötus auf therapeutisch indizierte fetalchirurgische Eingriffe sind in der 15.–16. Schwangerschaftswoche erkennbar und werden durch Analgetika gelindert (Thill 2023). Vor diesem Zeitraum fehlt es an veröffentlichten Forschungsergebnissen. Green et al. (2019) schreiben, dass, *„...wenn ungewiss ist, ob ein Schaden entstehen kann, es ratsam ist, ein Vorsorgeprinzip anzuwenden, das eher auf der Seite der Vorsicht liegt, um potenzielle Schäden*

*zu verhindern, selbst wenn wissenschaftliche Unsicherheit über deren Ausmaß besteht...“* (Green et al. 2019).

Basierend auf den aktuellen Erkenntnissen zur fetalen Schmerzwahrnehmungen im Uterus wird vorgeschlagen, dass alle Feten eine Anästhesie erhalten sollten, unabhängig von den durchgeführten invasiven Eingriffen, um möglichst geringe Schmerzen und physiologische, verhaltensbezogene oder hormonelle Reaktionen zu gewährleisten und ohne die Mutter oder ihr Kind unnötigen Komplikationen auszusetzen (Mohamed et al. 2024).

Diese kurze Übersicht zeigt zum einen, dass sich die intrauterine Schmerzwahrnehmung nicht diskontinuierlich mit Brüchen oder Sprüngen entwickelt, sondern als biologischen Kontinuum, und zum anderen, dass auch die Forschungsergebnisse zur menschlichen intrauterinen Entwicklung ständig vervollkommen werden.

### **Meldestellen**

Die Anzahl der mit einer Metallkürette oder einer Vakuumaspiration durchgeführten operativen Schwangerschaftsabbrüche nimmt ab, während die primär medikamentös vorgenommenen Schwangerschaftsabbrüche zunehmen - von ca. 8.300 im Jahr 2000 auf ca. 32.000 im Jahr 2020, das ist eine Vervierfachung. Im gleichen Zeitraum hat die Anzahl der in Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche von 135.000 (2000) auf 104.000 (2022) abgenommen, das ist ein Minus von 23 %. Es ist verständlich, dass in dieser Zeit auch die Zahl der sog. Meldestellen, also der einen Schwangerschaftsabbruch durchführenden medizinischen Einrichtungen mit Meldepflicht, abgenommen hat, im o.g. Zeitraum um 46%. Die Anzahl der sog. Meldestellen wird erst seit dem 4. Quartal 2018 systematisch erfasst, davor gibt es nur sporadische Angaben. In den Jahren 2018 bis 2021 waren es im Durchschnitt 1.130 Meldestellen (Minimalwert: 1.099, 3. Quartal 2021; Maximalwert: 1.163, 1. Quartal 2019). Das Statistische Bundesamt macht auf seiner Internetseite darauf aufmerksam, *„..., dass die Zahl der Meldestellen von Quartal zu Quartal schwankt und auch keine Rückschlüsse auf Arztpraxen beziehungsweise Kliniken mit Abbrüchen zulässt. Zum einen sind auch Meldestellen mit Fehlmeldungen (keine Abbrüche im Quartal) enthalten, zum anderen melden zentrale ambulante OP-Praxen hier zum Beispiel für mehrere Arztpraxen mit...“* (Statistisches Bundesamt 2022).

### **Erreichbarkeit/ „unterversorgte Regionen“**

Postuliert wird, dass es in Deutschland Regionen gibt, wo Frauen nur unter erschwerten Bedingungen Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen erreichen können. Ein allgemeingültiger „Entfernungsschwellenwert“ ist nicht bekannt, daher wurde für die Überprüfung der Versorgungssituation eine Festlegung des hessischen Ministeriums für Soziales und Integration vom Dezember 2021 zugrunde gelegt, wonach der *„Sicherstellungsauftrag nach § 13 Abs. 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz ... gewährleistet (ist), wenn innerhalb eines Tages unter Nutzung des ÖPNV eine Praxis/Einrichtung erreicht und nach Hause zurückgekehrt werden kann ...“* (Janz 2022).

In Anlehnung an das sog. Zentrale-Orte-Konzept (Lewers u. Geraedts 2015) erfolgten Berechnungen auf der Basis des folgenden Szenarios für den üblicherweise planbaren

Schwangerschaftsabbruch: Als „flächendeckende Versorgung“ wurde angesehen, wenn eine Patientin innerhalb eines Tages die Hin- und Rückfahrt zu einem innerhalb von maximal 120 min. PKW-Fahrzeit erreichbaren Klinik oder Praxis, die laut Liste der Bundesärztekammer Schwangerschaftsabbrüche durchführen, erreichen sowie dort einen ambulanten Eingriff (dafür wurden insgesamt ca. 4 Stunden inkl. postoperativer Erholungszeit angesetzt) bewältigen kann (Augustin u. David 2023). Für die Berechnung genutzt wurde die im Internet frei zugängliche Liste der Bundesärztekammer mit Stand vom 10.6.2022, die zu diesem Zeitpunkt lediglich 363 Anbieter von Schwangerschaftsabbrüchen auflistete, obwohl das statistische Bundesamt auch für die beiden ersten Quartale 2022 über 1.000 Meldestellen für die Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs angab. Das bedeutet, dass die Berechnung nur unter Einbeziehung von etwas mehr als einem Drittel der tatsächlich über Deutschland verteilten Meldestellen erfolgen konnte, so dass es sich den Resultaten um eine „Unterschätzung“ handelt.

Im Ergebnis geostatistischen Analysen waren nur in den Randbereichen Deutschlands (Nord- und Ostseeinseln sowie Alpenvorland/ Niederbayern) Regionen zu identifizieren, die außerhalb der 120 min.-Erreichbarkeitsgrenze lagen. Es wurde auch überprüft, wie groß der Anteil der Bevölkerung ist, der ein Angebot innerhalb der 120 min Grenze erreicht oder nicht. Die Unterschiede sind marginal; auch eine Differenzierung der Anbieterstandorte nach „medikamentöser“ und „operativer“ Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs zeigte keine relevanten Unterschiede (Augustin u. David 2023).

Auf Basis der Auswertungen für das o. g. Szenario ergibt sich das Bild einer nahezu flächendeckenden Versorgung für Frauen mit dem Wunsch nach einem Schwangerschaftsabbruch, da der weitgehend größte Anteil der Betroffenen das nächste Versorgungsangebot innerhalb einer angemessenen Fahrzeit erreichen kann.

### **Schwangerschaftsabbrüche in den Pandemiejahren 2020–2022**

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat definiert, dass eine hochwertige Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch zeitnah zugänglich und geografisch erreichbar sein sollte (WHO 2022). Wohl, weil mögliche Versorgungsbeeinträchtigungen während der Akutphase der COVID-19-Pandemie befürchtet wurden, nahm die WHO eine „umfassende Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch“ in die Liste der sogenannten grundlegenden Gesundheitsleistungen auf (WHO 2022). Der Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen war in vielen Ländern durch pandemiebedingte Barrieren eingeschränkt (Qaderie et al. 2023). Auch bzgl. der Versorgungssituation mit Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland wurde angenommen, dass aus Einschränkungsmaßnahmen, Restriktionen bei der medizinischen Versorgung, Informationsdefiziten und unter dem Einfluss ungünstiger soziale Faktoren während der Pandemie eine verzögerte Vorstellung in Praxen und Kliniken zum Schwangerschaftsabbruch resultieren könnte und damit z.B. Abbrüche in höheren Schwangerschaftswochen durchgeführt werden.

Eine Gegenüberstellung der vom Statistischen Bundesamt zur Verfügung gestellten Schwangerschaftsabbruch-Daten der Pandemiejahre 2020 bis 2022 mit den Daten der Jahre 2011 bis 2019 ergab, dass „die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen während der

*Pandemiejahre nicht relevant eingeschränkt war und dass es trotz Einschränkungsmaßnahmen des täglichen Lebens und der Belastungen des Gesundheitssystems nicht zu signifikanten Verzögerungen in der Durchführung (spätere Schwangerschaftswochen) gekommen ist...*“ (David u. Wernecke 2024). Die kaum veränderte Häufigkeit medikamentöser und ambulant durchgeführter operativer Schwangerschaftsabbrüche zeigt, dass die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland auch in den Pandemie Jahren auf einem stabil hohen Niveau gehalten werden konnte. *„Das deutsche Gesundheitssystem insgesamt wie auch die versorgenden medizinischen Einrichtungen haben sich als robust genug erwiesen, um den erforderlichen sicheren und ununterbrochenen Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen auch in der Pandemiezeit zu gewährleisten...“* (David u. Wernecke 2024).

### **Schwangerschaftsabbrüche im benachbarten Ausland**

Häufigkeitsangaben zu den Schwangerschaftsabbrüchen von Frauen mit Wohnsitz in Deutschland in den Nachbarländern Deutschlands nämlich Frankreich, Österreich, Niederlande, Dänemark und Tschechien, sind nicht ohne Weiteres zu erhalten, wie die nachfolgend aufgeführten eigenen Rechercheergebnisse zeigen: Im Nachbarland Frankreich werden jährlich Berichte über die Anzahl von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen und Wohnsitz außerhalb Frankreichs veröffentlicht. Diese Zahl bewegte sich von 2017 bis 2022 zwischen 140 und 300 Frauen. Daten, die eine Zuordnung zu bestimmten Nationalitäten, Schwangerschaftswochen oder Gründen für den Schwangerschaftsabbruch zulassen, sind möglicherweise vorhanden, aber nicht ohne Weiteres öffentlich zugänglich. Dafür ist ein entsprechender Antrag bei der französischen nationalen Kommission für Informationstechnologie (CNIL) zu stellen.

In Österreich gibt es keine landesweite zentrale Erfassung der Zahl von Schwangerschaftsabbrüchen bzw. eine entsprechende detaillierte Datenauswertung wie in Deutschland. Nachfragen in verschiedenen grenznah gelegenen medizinischen Einrichtungen Österreichs haben ergeben, dass sich die jährliche Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen mit Wohnsitz in Deutschland seit 2013 wahrscheinlich zwischen 200 und 330 bewegt. Bezogen auf alle in Deutschland durchgeführten Schwangerschaftsabbrüche wären das zwischen 2,0 und 3,4 Promille. Als deutsches Herkunftsbundesland der schwangeren Frauen wurde vor allem Bayern angegeben, und für das Gestationsalter, in dem sich die Frauen mit ungewollter Schwangerschaft befanden, vor allem die Zeit zwischen der 5. und 9. Schwangerschaftswoche.

Auch in Dänemark werden offenbar einige wenige Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen mit Wohnsitz in Deutschland durchgeführt. Der Öffentlichkeit frei zugängliche Daten dazu gibt es nicht. Bei der dänischen Gesundheitsagentur kann kostenpflichtigen Antrag dazu gestellt werden, womit eine entsprechende Datenrecherche ausgelöst werden würde.

Eine Anfrage bei den tschechischen Behörden ergab, dass dort in den Jahren 2016 bis 2023 zwischen einem und fünf Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen mit Wohnsitz in Deutschland pro Jahr dokumentiert worden sind, was einem Anteil von 0,02 bis 0,05 Promille der Gesamtzahl von Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland in diesen Jahren entsprechen würde.

Durch den in den Niederlanden öffentlich zugängliche Datensatz ist lediglich die Anzahl an Schwangerschaftsabbrüchen bei Frauen, die ihren Wohnsitz nicht dort haben, bekannt. Die jährlich publizierten, staatlichen Berichten der niederländischen Behörden zeigen, dass dort seit 2014 zwischen 1000 und 1300 Schwangerschaftsabbrüchen pro Jahr bei Frauen mit Wohnsitz in Deutschland durchgeführt wurden, was zehn bis zwölf Promille der jährlichen Abbrüche in der Bundesrepublik entspräche.

Offenbar gibt es bisher keine einheitliche Dokumentation von Statistiken zum Schwangerschaftsabbruch auf europäischer Ebene. Ein einheitlicheres Dokumentations- und Meldesystem in der EU dazu wäre wünschenswert, um die Schwangerschaftsabbruchrate als Public Health-Indikator differenzierter darstellen zu können. Dies würde auch dabei helfen, mögliche Versorgungsdefizite in den einzelnen europäischen Ländern auszuschließen oder zu erkennen.

Genauere Angaben als Ergebnis aktueller systematischer Befragungen dazu, warum Frauen mit Wohnsitz in Deutschland den Schwangerschaftsabbruch in einem der o.g. Nachbarländer durchführen lassen, liegen nicht vor.

### **Fragliche Barrieren in den Versorgungsstrukturen - Daten der ELSA-Studie**

International vorgeschlagen wird, den Zugang zu einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung über die Parameter Verfügbarkeit, Zugänglichkeit, Annehmbarkeit und Qualität zu definieren (AWMF-Leitlinie 2023). Vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wurde in den letzten Jahren zwei Versorgungsforschungsprojekte gefördert, die sich mit Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs befassen, die beide im Herbst 2024 abgeschlossen wurden und erste Ergebnisse der (Fach-) Öffentlichkeit vorlegten bzw. diese publizierten: „*ELSA, Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer, Angebote der Beratung und Versorgung*“ (Hahn et al. 2025) und „*CarePreg. Betroffenenzentrierung von Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Frauen mit ungewollter Schwangerschaft*“ (Zill u. Lindig 2025). Ergebnisse der o.g. ELSA-Studie werden in der Drucksache 20/13776 mehrfach als Begründung für eine postulierte „schlechte Versorgungslage“ und sich daraus ergebende Maßnahmen herangezogen. Die bisher in zwei Fachzeitschriften publizierten Daten sind aber nicht dafür geeignet, ein „Versorgungsdefizit“ zu beweisen: (1.) Scheider et al. (2023) haben Datenanalysen der ELSA-Studie zur „Informiertheit von ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch in Deutschland“ publiziert. Diese beruhen auf einer nicht repräsentativen, retrospektiv angelegten Online-Befragung von 594 Frauen, die in der Vergangenheit einen Schwangerschaftsabbruch in Deutschland durchführen ließen und 2021/2022 dazu befragt wurden. Zwei wichtige Ergebnisse sind, dass sich 80,3 % der Befragten sehr gut oder eher gut rund um den Schwangerschaftsabbruch informiert fühlten. Schon in Bezug auf den ersten Arztbesuch, der zur Schwangerschaftsfeststellung bzw. -bestätigung diente, gaben außerdem 76,6 % der befragten Frauen an, „*bei diesem Arztbesuch alle benötigten Informationen erhalten zu haben...*“ (Schneider et al. 2023). (2.) Ebenfalls auf die erwähnte Stichprobe von 594 Frauen greift die Publikation von Hahn et al. (2025) zurück. Die Autorinnen und Autoren schreiben in diesem vor Kurzem in einem Themenheft des „Bundesgesundheitsblatt“ publizierten Artikel: „*Die Stichprobe dieser 594 Frauen erfüllt nicht das Kriterium der*

*Repräsentativität im Sinne einer Zufallsauswahl...*“ (Hahn et al. 2025). Die Autorengruppe berichtet bezüglich des Parameters Verfügbarkeit, dass 80,1 % der einbezogenen Frauen es als sehr leicht oder eher leicht einschätzten, eine geeignete Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch zu finden. 39,3 % der befragten Frauen hatten keinerlei Hürden in der Organisation des Schwangerschaftsabbruchs angegeben. Die Autorinnen und Autoren um Hahn (2025) berichten, welche „organisatorische Herausforderungen“ im Kontext eines Schwangerschaftsabbruches von den 60,7 % der befragten Frauen in diesem nicht repräsentativen Kollektiv entsprechend den vorgegebenen Antworten bestätigt wurden. Die Ergebnisse suggerieren, dass folgende Punkte, die allerdings mit jedem ambulant durchgeführten Eingriff (und jedem Krankenhausaufenthalt) verbunden sind, als „Herausforderungen“ einzustufen sind: Eine Begleitperson für den Eingriff organisieren, An- und Abreise zur Einrichtung organisieren, Organisation von Haushalt und Kinderbetreuung (Hahn et al. 2025).

In der o.g. Publikation (Hahn et al. 2025) gaben 52,8% der Befragten an, eine weniger als 10 km entfernte Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch aufgesucht zu haben. Weitere 32,3 % gab eine Distanz zwischen 10 und 50 km an. Zur Einordnung dieser Entfernung Angaben zur größten (Ost-West-)Ausdehnung einiger deutscher Großstädte: Berlin 45 km, München 26,9 km, Hamburg 41,3 km, Leipzig 21,3 km und Dresden 27,1 km. Indessen stuften 90,5% der Befragten des o.g. Kollektivs der ELSA-Studie die Erreichbarkeit der für den Schwangerschaftsabbruch aufgesuchten Einrichtung als sehr gut oder gut ein.

Die bisher in zwei Fachzeitschriften veröffentlichten Ergebnisse der ELSA-Studie zur „Versorgungslage mit Schwangerschaftsabbrüchen“ in Deutschland sind demnach nicht dazu geeignet, ein „Versorgungsproblem“ zu beweisen, sondern diese Resultate unterstreichen eine gute bis sehr gute Erreichbarkeit und Versorgung. Aus ihnen lassen sich keine Hinweise auf wesentlichen Informations- und Zugangsbarrieren ableiten.

### **Bedeutung der Schwangerschaftskonfliktberatung**

Nach § 218a, Absatz 2 kann in Deutschland im Rahmen einer weitgefassten medizinischen Indikation während der gesamten Schwangerschaft einen Schwangerschaftsabbruch vorgenommen werden, bei einer sog. kriminologischer Indikation bis zur 12. Schwangerschaftswoche post conceptionem (p.c – nach der Befruchtung) (§ 218a Absatz 3). Nach der sog. Beratungsregelung ist ein Schwangerschaftsabbruch nach Beratung in einer staatlich anerkannten Beratungsstelle und nach einer Bedenkzeit von 3 Tagen innerhalb der ersten 12 Schwangerschaftswochen p.c. zwar rechtswidrig, aber straffrei (§ 218a Absatz 1) - ca. 97% der seit 1996 dokumentieren Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland wurden entsprechend dieser Beratungsregelung durchgeführt (Destatis 2022).

Motive für Schwangerschaftsabbrüche werden vom Statistischen Bundesamt nicht erfasst. Die zertifizierten Beratungsstellen sind allerdings nach §10 SchKG dazu verpflichtet, über ihre Beratungstätigkeit den jeweils zuständigen Länderbehörden bzw. Ministerien Bericht zu erstatten. In einer eigenen Auswertung wurden die bei den deutschen Bundesländern vorliegenden Daten zum Schwangerschaftskonflikt und zu den möglichen Gründen für einen Schwangerschaftsabbruch angefragt, erfasst und im Hinblick auf die von den beratenen

schwangeren Frauen angegebenen Gründe für den Schwangerschaftskonflikt analysiert. Daten von neun Bundesländern, es handelt sich um mehrere Zehntausend, konnten ausgewertet werden (Dienerowitz u. David 2024). *„Bei der Betrachtung der führenden Schwangerschaftskonfliktgründe in den einzelnen Bundesländern (gemittelt über den jeweiligen Erfassungszeitraum), zeigt sich, dass sich folgende übergeordnete Kategorien als die am häufigsten genannten Konfliktlagen präsentierten: Partnerschafts- und familiäre Probleme, psychische und physische Überforderung, biografische Gründe („falscher Zeitpunkt“) und materielle Sorgen...“* (Dienerowitz u. David 2024). Festzustellen war, dass nur sehr wenige schwangeren Frauen während der Beratung keine Angaben zu ihrer Konfliktlage gemacht haben. Obwohl dem etablierten Beratungssystem unterstellt wird, dass hier viele Frauen sich nur notgedrungen einer ergebnisoffenen Pflichtberatung unterziehen würden, zeigen diese Daten, dass Schwangere das Gesprächsangebot in den Beratungsstellen verschiedener Träger annehmen. Deren Wichtigkeit wird auch durch das Ergebnis einer Gegenüberstellung von Beratungs- und Abbruchzahlen verdeutlicht: Es zeigt sich hier eine überraschend große Differenz von durchschnittlich 28,5 %, die sich so interpretieren lässt, dass sich, zumindest in den einbezogenen neun Bundesländern, zwischen 2017 und 2021 mehr als ein Viertel aller beratenen schwangeren Frauen letztlich gegen einen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben (Dienerowitz u. David 2024), womit die besondere Bedeutung der Schwangerschaftskonfliktberatung nochmals unterstrichen wird.

### Literaturverzeichnis

1. Augustin J, David M. Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland – eine aktuelle Analyse der regionalen Versorgungssituation. *Geburtsh Frauenheilk* 2023; 83: 796–799
2. AWMF. Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“, S2k-Leitlinie der DGGG (AWMF-Registernummer 015/094) <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/015-094.html> (aufgerufen am 17.6.2024)
3. Bundesärztekammer. Liste der Bundesärztekammer nach § 13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz (aufgerufen am 05.06.2022)
4. Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern) (Muster-) Weiterbildungsordnung 2018 in der Fassung vom 29.06.2023. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user-upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20230629\\_MWBO-2018.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user-upload/BAEK/Themen/Aus-Fort-Weiterbildung/Weiterbildung/20230629_MWBO-2018.pdf) (aufgerufen am 17.6.2024)
5. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Bundesärztekammer (BÄK). Konzept zur Fortentwicklung der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, 2020. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/ministerium/meldungen/2020/konzept-zur-fortentwicklung-der-qualifizierung-von-aerztinnenund-aerzten-die-schwangerschaftsabbrueche-vornehmen.html>, 2022-05-19)
6. Bundesministerium für Justiz. Schwangerschaftskonfliktgesetz vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 11. Juli 2022 (BGBl. I S. 1082) geändert worden ist. Abschnitt 3, § 12. <https://www.gesetze-im-internet.de/beratungsg/BjNR113980992.html> (aufgerufen am 17.6.2024)

7. David M, Ebert AD. Zur Geschichte des § 218 in beiden deutschen Staaten von 1949 bis zur Wiedervereinigung vor 30 Jahren. *Geburtsh Frauenheilk* 2020; 80: 891-895
8. David M, Wernecke KD. Ausgewählte Versorgungsdaten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland für die Jahre 2011 bis 2020. *Frauenarzt* 2022; 10: 656-660
9. David M, Wallwiener S. Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“. Hintergrund, Ziele, Inhalte der ersten deutschen Leitlinie zu diesem Thema. *Frauenarzt* 2023; 6: 367-371
10. David M, Wernecke KD. Schwangerschaftsabbrüche in den Pandemie Jahren 2020–2022 im Vergleich der Jahre 2011–2019 [Terminations of pregnancy in the pandemic years 2020–2022 compared to 2011–2019] *Dtsch Arztebl Int* 2024; 121: 274-5; DOI: 10.3238/arztebl.m2023.0275
11. David M. Klinisch-praktische Aspekte der Vorbereitung, Durchführung und Nachbetreuung beim Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon. *Bundesgesundheitsbl* 2025; 68: 38-44
12. Destatis Fachserie 12 Reihe 3 (1996-2021) und Destatis Schwangerschaftsabbrüche 2022 (EVAS-Nummer 23311).
13. Dienerowitz FM, David M. Schwangerschaftsabbrüche: Analyse der Konfliktursachen. *Dtsch Arztebl* 2024; 12. April 2024; online first <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=238588> (aufgerufen am 5.2.2025)
14. Findeklee S. Der Schwangerschaftsabbruch – eine Kontroverse im Fach Frauenheilkunde und Geburtshilfe. *gyn* 2022; 27: 151-160
15. Green G, Hartley C, Hoskin A, Duff E, Shriver A, Wilkinson D, et al. Behavioural discrimination of noxious stimuli in infants is dependent on brain maturation. *Pain* 2019; 160: 493–500. doi: 10.1097/j.pain.0000000000001425
16. Hahn D, Torenz R, Thonke I, Eckardt S, Schneider M, Wyrobisch-Krüger A, Busch U, Helfferich C, Knittel T, Böhm M, Brzank P, Knaevelsrud C, Krumm S, Schumacher S. 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* 2025 68: 28-37
17. Janz A. Antwort Minister für Soziales und Integration auf eine Kleine Anfrage von Wiebke Knell (Freie Demokraten), Yanki Pürsün (Freie Demokraten) vom 22.11.2021. Schwangerschaftsabbrüche in Hessen: Bewertung der Versorgungslage für Mädchen und Frauen. Hessischer Landtag, 20. Wahlperiode. Drucksache 20/6761. 2021–12–20. Zugriff am 20. November 2022 unter: <https://starweb.hessen.de/cache/DRS/20/1/06761.pdf>
18. Kreß H, Medizinische Ethik. Gesundheitsschutz – Selbstbestimmungsrechte - Rechtspolitik. 3., erw. u. überarb. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2024, S. 215-218
19. Lewers D, Geraedts M. Erreichbarkeit von Organkrebszentren: Existiert bereits ein flächendeckendes Angebot in Deutschland? *Gesundheitswesen* 2015; 77: 24-30
20. Mohamed SHM, Reissland N, Anand KJS. An Evidence-Based Discussion of Fetal Pain and Stress. *Neonatology* 2024; DOI: 10.1159/000538848

21. Qaderi K, Khodavirdilou R, Kalhor M et al. Abortion services during the COVID-19 pandemic: a systematic review. *Reprod Health* 2023; 20; 61. <https://doi.org/10.1186/s12978-023-01582-3>
22. Scharl A, Wallwiener S. Leitlinienprojekt Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon. *Bundesgesundheitsbl* 2025; 68: 62-68
23. Schneider M, Eckardt, Torenz R, Thonke I, Vollmer H, Wyrobisch-Krüger A, Hahn D. Informiertheit von ungewollt schwangeren Frauen mit Abbruch in Deutschland. *Z Sex Forsch* 2023; 36: 213-222
24. Statistisches Bundesamt. Meldestellen in der Schwangerschaftsabbruchstatistik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/aktuell-meldestellen.html> (aufgerufen am 9.4.2022)
25. Strizek B, Kentenich H, Maul H, Scharf A, Schlembach D, Schild R, Rosenberg R. Stellungnahme zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. „Die Würde aller Beteiligten achten.“ *Frauenarzt* 2024; 5: 358-361
26. Thill B. The fetal pain paradox. *Front Pain Res (Lausanne)*. 2023; 4:1128530. doi: 10.3389/fpain.2023.1128530
27. World Health Organization. Abortion care guideline. World Health Organization (WHO) 2022. Chapter 1. Introduction. 1.1 Background and context. S. 1 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316> (aufgerufen am 23.7.2023)
28. Zill J, Lindig A. Dimensionen von Personenzentrierung in der Versorgung bei Schwangerschaftsabbruch – ausgewählte Ergebnisse der CarePreg Studie. *Bundesgesundheitsbl* 2025; 68: 19-27