

Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF) – Vorschläge zur Weiterentwicklung und Optimierung des Frauengesundheitsberichts 2020

Thema Schwangerschaftsabbruch, Frauengesundheitsbericht 2020

Kommentar von Eva Waldschütz und Sylvia Groth zum Thema Schwangerschaftsabbruch

Stand: 14. Februar 2021

Der Arbeitskreis Frauengesundheit e.V. (AKF) hat in den letzten Jahren zahlreiche Stellungnahmen zur Problematik rund um den [Schwangerschaftsabbruch](#) erstellt. Darin weist er auf Missstände in der Versorgung von Frauen sowie in der Aus- und Weiterbildung von Ärzt*innen hin.

Im Kapitel „Schwangerschaftsabbruch“ des Frauengesundheitsberichts sind die gesetzlichen Regelungen sowie die Zahlen zum Schwangerschaftsabbruch nach den Angaben des Statistischen Bundesamts dargestellt. Zusätzliche Hintergrundinformationen, die verschiedene Zusammenhänge erläutern, würden die Analyse und damit den Frauengesundheitsbericht verbessern.

Zu Kapitel 7.3., Schwangerschaftsabbruch:

Zur Umsetzung der globalen Strategie der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für sexuelle und reproduktive Gesundheit zählt auch der Zugang von Frauen zur legalen, sicheren und umfassenden gesundheitlichen Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen. Jede Frau hat das Recht, die Anzahl ihrer Kinder und den Abstand der Geburten zu bestimmen ([WHO](#)). Um dies zu erreichen, muss es einen niederschweligen Zugang zu Abtreibungen geben. Entsprechende Forderungen stellt auch das Nachhaltigkeitsziel 5 der Vereinten Nationen (UN) zur Geschlechtergerechtigkeit. Deutschland verpflichtet sich damit, einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsleistungen und zur Wahrung sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte herzustellen. Dieser Zugang ist in Deutschland nicht gewährleistet.

Ärzt*innen ist es laut §219a des Strafgesetzbuchs untersagt, über das Vorgehen bei Schwangerschaftsabbrüchen zu informieren. Dies würde als Werbung für Abtreibungen ausgelegt. Seit der [Neufassung des §219a](#) im Februar 2019 ist den Ärzt*innen lediglich erlaubt, bekanntzugeben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Weitere Informationen, wie zur Methode (operativ und/oder medikamentös) und bis zu welcher Schwangerschaftswoche ein Abbruch durchgeführt wird, dürfen Ärzt*innen auf ihren Webseiten nicht anführen.

Dies widerspricht eindeutig dem [Patientenrechtegesetz](#). Es legt fest, dass Patient*innen umfassend über das informiert und aufgeklärt werden müssen, was für ihre Behandlung wichtig ist.

Der Schwangerschaftsabbruch zählt im Strafgesetzbuch zu den Straftaten gegen das Leben und wird nach Mord (§211) und Totschlag (§212) unter den Paragrafen [218](#) bis [219a](#) aufgeführt.

Das hat zwei Konsequenzen: Den Hilfesuchenden wird es erschwert, an verlässliche, evidenzbasierte medizinische Informationen zu gelangen. Und die Kriminalisierung des

Schwangerschaftsabbruchs mit der Androhung von Strafen verstärkt die gesellschaftliche Tabuisierung und löst Ängste aus. Dies sind Hürden. Sie verzögern, gerade bei Frauen mit niedrigem Bildungsstatus oder sprachlichen Barrieren, den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch. Wenn Frauen sich dadurch erst zu einem späteren Zeitpunkt in ihrer Schwangerschaft zu einem Abbruch entscheiden, erhöht dies die medizinischen Risiken eines Abbruchs.

Ebenfalls unnötig Zeit verzögernd wirken sich die gesetzlich geregelte Pflichtberatung und die dreitägige Wartezeit zwischen Pflichtberatung und Schwangerschaftsabbruch aus. Eine Pflichtberatung hat für den überwiegenden Teil der Frauen keinen Einfluss auf ihre Entscheidung ([Helfferich, Klindworth et al. 2012, S. 172](#)).

Die CEDAW-Arbeitsgruppe zur [UN-Frauenrechtskonvention](#), dem Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau, hat in ihrem [Zwischenbericht](#) (2019) der Bundesrepublik Deutschland empfohlen, den Zugang zu einem sicheren Schwangerschaftsabbruch sicherzustellen, ohne der Frau eine verpflichtende Beratung und eine dreitägige Wartezeit aufzuerlegen. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärt diese für medizinisch nicht erforderlich. Außerdem sei zu gewährleisten, dass die Krankenversicherung die Kosten solcher Eingriffe übernimmt. Die Bundesrepublik Deutschland hat zwar die UN-Frauenrechtskonvention unterzeichnet. Allerdings sind beide Empfehlungen bisher nicht umgesetzt.

Das [Schwangerschaftskonfliktgesetz](#), §13, legt fest, dass die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen sicherstellen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Es regelt jedoch nicht, was ein „ausreichendes Angebot“ ist.

Das führt zu großen Versorgungslücken und Versorgungsunterschieden im ambulanten wie im stationären Bereich und auch in bestimmten, vor allem ländlichen Regionen ([Süddeutsche Zeitung](#), 23.11.2020).

Die Anzahl der Ärzt*innen, die Abtreibungen durchführen, ist zudem nach einer Berechnung des Statistischen Bundesamtes seit 2003 um 40 % zurückgegangen – von 2000 auf 1200 ([Tagesschau](#), 5.3.2019).

Für den Schwangerschaftsabbruch fehlen in Deutschland medizinische Leitlinien. Bis jetzt wurde der Schwangerschaftsabbruch nicht in die Weiterbildungsordnung der Ärzt*innen aufgenommen. Der medizinische Nachwuchs ist auf Eigeninitiative angewiesen, wenn er die Durchführung von Abtreibungen erlernen möchte (siehe [Doctors for Choice](#)).

In den frühen Schwangerschaftswochen gibt es zwei unterschiedliche Methoden für den Schwangerschaftsabbruch: medikamentös oder operativ. Oft können Frauen nicht zwischen den Methoden wählen.

Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch werden im Abstand von zwei Tagen Medikamente gegeben, die eine Schwangerschaft beenden. Überwiegend werden die Medikamente in einer Arztpraxis verabreicht und die Frau dann dort betreut.

2019 wurden in der [Schweiz](#) 74 % aller Schwangerschaftsabbrüche medikamentös durchgeführt. In [Schweden](#) waren es im gleichen Jahr 96 %. In Deutschland waren es 2019, regional sehr unterschiedlich, nur durchschnittlich 25 % ([destatis](#) 2019).

Frauen können die Medikamente auch zu Hause (Home Use) in vertrauter Umgebung einnehmen, was in Deutschland allerdings wenig angeboten wird. Ein in Home Use durchgeführter Abbruch kann für Frauen eine gute Alternative sein ([Baier, 2020](#)). Ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch im Home Use ist bisher abrechnungstechnisch nicht geregelt.

Erfreulich finden wir, dass der Frauengesundheitsbericht zutreffend ausführt, dass der Schwangerschaftsabbruch ein nur geringes Risiko für Komplikationen hat und sich nicht negativ auf die psychische Gesundheit von Frauen auswirkt (S. 283).

Der Arbeitskreis Frauengesundheit schlägt vor, dass der Frauengesundheitsbericht um die aufgeführten wichtigen Informationen ergänzt wird.

Kontakt: Eva Waldschütz, eva.waldschuetz@t-online.de, und Sylvia Groth, groth@akf-info