

## Beschluss

der Jahreshauptversammlung  
am 21. April 2021

Schleswig-Holsteinischer Landtag  
Umdruck 20/5251



Auguste-Viktoria-Straße 16  
24103 Kiel

Tel.: 0431 / 55 20 65  
Fax: 0431 / 5 17 84

info@landesfrauenrat-s-h.de  
www.landesfrauenrat-s-h.de

### **Für ein umfassendes Konzept zur Sicherstellung des Versorgungsangebotes zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen**

Das Menschenrecht auf Familienplanung und reproduktive Selbstbestimmung ist Teil zahlreicher internationaler Menschenrechtskonventionen. Somit ist auch die Möglichkeit, eine Schwangerschaft sicher und legal zu beenden, als individuelles Recht der Schwangeren zu verstehen.

#### **Der LandesFrauenRat und seine Mitglieder fordern daher die Landesregierung auf:**

- Seiner Pflicht „ein ausreichendes und flächendeckendes Angebot sowohl ambulanter als auch stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicher[zustellen“ (vgl. Entscheidung des BVerfG von 1993) nachzukommen.
- Ein entsprechende Bedarfsanalyse unter Einbeziehung von Expert:innen zu erstellen.
- Die gesetzliche Maßgabe, dass eine Klinik oder Praxis zur Durchführung eines Abbruchs „von der Frau nicht die Abwesenheit über einen Tag hinaus verlangt“, entsprechend der Mobilitätsvoraussetzung in Schleswig-Holstein, insbesondere im ländlichen Raum im Sinne der Frauen anzupassen und regionale Angebote (sowohl klinisch als auch ambulant) vorzuhalten.
- Die Geburtshilfe und damit auch die Schwangerschaftsabbrüche in die Grundversorgung und somit in die Krankenhausplanung aufzunehmen.
- Die Übernahme der Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch durch die Krankenkassen.
- Die Entwicklung eines umfassenden Konzepts für Schleswig-Holstein und dessen regelmäßige Fortschreibung.

#### **Darüber hinaus fordern wir:**

- Den Zugang zu Informationen für Schwangere zu erleichtern und zu legalisieren (Abschaffung des §219a StGB).
- Die vollständige Streichung des §218 und damit verbundene Kriminalisierung der Frauen, die ihre Schwangerschaft nicht fortsetzen wollen.
- Die Sicherstellung der Aus- und Weiterbildung von Ärzt:innen und eine Förderung der Forschung zu diesen Themen. Den öffentlich finanzierten Kliniken kommt hierbei eine besondere Rolle zu. Das Lehren und Erlernen aktueller fachgerechter Methoden zum Abbruch einer Schwangerschaft muss Teil des Medizinstudiums sein, sowie eine Vertiefung in der gynäkologischen Facharzt:innenausbildung.

- Die Unterstützung bzw. das Recht auf effektiven Schutz von Ärzt:innen, die sich in die Liste der Bundesärztekammer und der BZgA eintragen lassen, sowie der Beratungsstellen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes, vor Diskriminierung, Hass und Gefährdung. Dies gilt ebenfalls für Frauen, die die Beratungsangebote wahrnehmen, z.B. durch eine Bannmeile (Gehsteigbelästigung) und Bedrohungen im Netz.
- Eine fachgerechte Ausstattung der Beratungsstellen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes.

## **Begründung**

### **Sicherstellungspflicht, Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 1993**

Nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes haben die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicher zu stellen.

Diese Verpflichtung ergibt sich auch aus der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichtes aus dem Urteil von 1993, dass die Länder - wenn nicht im Wege der Krankenhausplanung, dann auf anderem planerischen Wege ein *angemessenes und flächendeckendes Angebot an Einrichtungen* sicherstellen müssen, die ambulante und stationäre Abbrüche vornehmen.

Zuletzt wurde in Flensburg am Beispiel der dortigen Krankenhausplanung deutlich, wie prekär die Lage hinsichtlich der Versorgungsangebote bei Schwangerschaftsabbrüchen plötzlich in einer Region werden kann, wenn ein Pfeiler in der Versorgungskette herausgenommen wird und zuvor nicht klar kommuniziert wird, wie die künftige Lücke bei den Versorgungsangeboten aufgefangen werden soll.

Trotz der im Schwangerschaftskonfliktgesetz und im § 218 StGB geregelten Ausnahmen, unter denen in Deutschland ein straffreier Abbruch mit fachlicher Hilfe erlaubt ist, schwinden die Möglichkeiten für ungewollt Schwangere, dies innerhalb der kurzen Frist auch unter Wahrung aller Auflagen durchzuführen. Denn seit Jahren sinkt die Zahl der klinischen und ambulanten Versorgungsangebote zur Vornahmen von Abbrüchen.

Es besteht die dringende Notwendigkeit, der teils schon bestehenden, teils drohenden Versorgungslücken, jetzt entgegen zu wirken. Die Verpflichtung der Länder besteht durch das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes aus 1993, das dazu ausführte:

„Eine so verstandene Sicherstellung verlangt ein umfassendes Konzept jeweils für das ganze Land. Gefordert sein können flächenbezogene Erhebungen des voraussichtlichen Bedarfs und der bereits vorhandenen Einrichtungen sowie - ähnlich wie bei der Krankenhausplanung - eine landesweite infrastrukturelle Planung, in welche die Einrichtungen privater, frei gemeinnütziger, kommunaler oder staatlicher Träger aufzunehmen und aufeinander abzustimmen sind. Sollen Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch privaten oder kommunalen Krankenhausträgern zur Pflicht gemacht werden, so bedarf es hierzu gesetzlicher Regelungen, durch die in einer rechtsstaatlichen Anforderung genügenden Bestimmtheit Maßstäbe und Befugnisse für die erforderlichen behördlichen Anordnungen festgelegt werden“ (BVerfGE 88, 203, 328-330 – Schwangerschaftsabbruch II, 1993)

Am Beispiel der Stadt Flensburg und weiteren Regionen in Schleswig-Holstein wird deutlich, dass es für die Sicherstellung der Versorgungsangebote an einer fundierten und vorausschauenden Planung durch das Land fehlt. Für diese Planung sind die Bundesländer zuständig, die Statistiken und Medienbericht<sup>1</sup> zeigen, dass dies ein bundesweites Phänomen ist.

Den Rückgang der regionalen Versorgungsangebote in Deutschland wird von Frauenverbänden und Fachleuten seit Jahren sorgenvoll beobachtet.

### **Versorgungslücke bei ambulanten und klinischen Angeboten droht**

Der Bundesverband der Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen in Deutschland weist seit Jahren auf die rückläufigen Zahlen hin. So ist die Zahl der Praxen und Kliniken, die Schwangere bei Abbrüchen versorgen, bundesweit seit 2003 um rd. 40 % (von 2000 auf rd. 1150 Stellen) zurückgegangen. (Quelle: Statistisches Bundesamt. (Die Statistik des statistischen Bundesamtes erfasst die Anzahl von Kliniken und Arztpraxen, die darüber Meldung erstatten, dass sie grundsätzlich Abbrüche anbieten - nicht aber, wie viele Abbrüche durchführen. Im Jahr 2003 gab es 2.050 "Meldestellen" in Deutschland, im ersten Quartal 2020 waren es nur noch 1.128 - ein Rückgang um fast 45 Prozent.))

Zudem werden ab 2023/ 2024 viele Praxen aus Altersgründen abgegeben, wo bereits absehbar ist, dass die nachfolgenden Ärzt:innen bestimmte Schwangerschaftsabbrüche (insbesondere jene nach der 9. SSW) nicht mehr fortführen wollen, teils, weil sie die geforderten Auflagen nicht erfüllen können, teils auch, weil die rechtlichen und ethischen Rahmenbedingungen für die Ärzt:innen zu Anfeindungen führen.

### **Besondere Belange der Schwangeren bei Planung berücksichtigen**

Das Bundesverfassungsgericht konkretisierte seinerzeit: Die Länder haben für ein ausreichendes Angebot an Abbrucheinrichtungen auch in der Fläche des Landes im Sinne einer Auswahlmöglichkeit zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen zu sorgen.

Zur Begründung führte das Gericht einerseits den Lebensschutz an, denn bei kurzen Anreisewegen erfolge die ärztliche Beratung und Behandlung nicht unter Zeitnot. Andererseits könne ein kurzer Weg der Schwangeren „eine Hilfe in der Not sein, wenn sie für einen ersten Besuch der Ärzt:in die An- und Rückreise - auch mit öffentlichen Verkehrsmitteln - an einem Tag bewältigen kann. Es wird ihr leichter, die Betreuung eigener Kinder während ihrer Abwesenheit zu regeln; der Arbeit braucht sie nur für eine relativ kurze Zeit fernzubleiben.“ (BVerfGE 88, 203, 328-330 – Schwangerschaftsabbruch II, 1993)

Die Bedarfe an eine gute Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen können - je nach Schwangerschaftswoche und persönlicher Situation der Schwangeren - sehr unterschiedlich sein (medizinisch angezeigte Art des Abbruches, soziale und finanzielle Lage der Schwangeren, Entfernungen, körperliche, psychische oder geistige Einschränkungen). Entsprechend eng sollte aus unserer Sicht das Versorgungsnetz, das jeweils von den Ländern sicher zu stellen ist, geknüpft sein und bei der Planung des Versorgungsangebotes berücksichtigt werden. Gerade in ländlichen Gebieten stehen Frauen vor der Herausforderung die An- und Rückreise zu organisieren. „An einem Tag“ kann man fast überall in Schleswig-Holstein sein. Die Zumutbarkeit, in dieser Situation ggf. alleine mit dem (fehleranfälligen) ÖPNV unterwegs zu sein, ist nicht gegeben.

<sup>1</sup> <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/schwangerschaftsabbruch-frauenaerzte-haenel-klinik-praxis-100.html>

Auch die Wahlfreiheit der Frauen zur Methode selbst und, ob sie ambulant betreut werden wollen oder den Abbruch in einer Klinik vornehmen lassen wollen, muss dabei im Mittelpunkt stehen.

Seit Juli 2019 führt die Bundesärztekammer eine Liste der Ärzt:innen sowie der Krankenhäuser und Einrichtungen, die ihr mitgeteilt haben, dass sie Schwangerschaftsabbrüche unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 des Strafgesetzbuches durchführen. Die Aufnahme in die Liste ist freiwillig. In ihr werden bundesweit gerade einmal 282 Praxen geführt (Stand März 2021). Das Konzept hat sich nicht bewährt.

Eine mangelhafte Versorgung bedeutet weitere organisatorische Hürden und finanzielle Belastungen für Schwangere.

### **Versorgungsangebote zum Schwangerschaftsabbruch als „Grundversorgung“**

Eine Maßnahme zur verlässlichen Planung ist die Einbeziehung öffentlich finanzierter Krankenhäuser in die Versorgungsstruktur bei Schwangerschaftsabbrüchen. Wir plädieren dafür, Abbrüche generell in den Versorgungsauftrag öffentlich finanzierter Kliniken, egal in welcher Trägerschaft, einzubinden, auch, damit Belegärzt:innen nicht von der Klinik abgewiesen werden können, wenn sie dort im Rahmen ihres Belegarzt:innen-Vertrages Abbrüche durchführen wollen. Eine jeweils persönliche Entscheidung Einzelner zur Mitwirkung an einem Abbruch bliebe davon unberührt.

Schwangerschaftsabbrüche gehören für uns in die Grundversorgungsaufträge insbesondere von öffentlich finanzierten Krankenhäusern gleich welcher Trägerschaft und dürfen bei Trägerverhandlungen nicht zur Disposition stehen! Um das zu ermöglichen, plädieren wir für die Streichung der §§ 218 und 219a aus dem Strafgesetzbuch und der Regelung aller Fragen zum rechtlich erlaubten Abbruch im Schwangerschaftskonfliktgesetz.

Die Kosten nach der Beratungsregel (96,2% der Fälle<sup>2</sup>) für einen Abbruch können bei den Krankenkassen nach derzeitigen Recht (strafrechtliches Unrecht, §218) nicht geltend gemacht werden. Dies ist eine hohe finanzielle Belastung der ungewollt Schwangeren. Je nach Methode betragen die Kosten zwischen 350 und 500 €, oder noch mehr bei einem klinischen Eingriff.

### **Zugang zu Informationen und Beratung**

Die teilweise Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs hat auch Einfluss auf den Zugang zu Informationen und Beratung. Zwar dürfen Ärzt:innen nach der Reform des §219a darüber informieren, dass sie Abbrüche vornehmen, nicht aber über Methoden, etc. Die Information erfolgt durch ausgewählte Praxen und Kliniken, die von der Bundesärztekammer und der BZgA erstellt wird.

In dieser Regelung ist ein Misstrauen gegenüber Ärzt:innen enthalten mit dieser besonderen Situation professionell umzugehen und gegenüber den Frauen sich dort zu informieren, wo sie es für richtig halten.

---

<sup>2</sup> Vgl. Statistisches Bundesamt, Schwangerschaftsabbrüche, Fachserie 12, Reihe 3 (2018), Wiesbaden 2019, Tabelle 7

*Für ein umfassendes Konzept zur Sicherstellung Versorgungsangebotes zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen*

## **Schulung, Ausbildung und Forschung fördern**

Zur Sicherung des Versorgungsauftrages gehört auch die Förderung der Aus- und Weiterbildung der medizinischen Fachkräfte zu diesen Fragen, damit auch in Zukunft ausreichend Ärzt:innen den Abbruch im Rahmen der gesetzlichen Ausnahmen durchführen können. Bisher ist das Erlernen von Wissen und Methoden nicht verpflichtender Bestandteil des Medizinstudiums oder der Ausbildung zur gynäkologischen Fachärzt:in.

Nach § 12 der SchGK kann niemand verpflichtet werden, an einem Schwangerschaftsabbruch mitzuwirken. Der Entscheidung, an einem Schwangerschaftsabbruch im Rahmen der gesetzlichen Ausnahmen mitzuwirken, geht in der Regel ein persönlicher Auseinandersetzungsprozess voran, in dem alle Aspekte frei beleuchtet werden sollten. Gerade deshalb ist es wichtig, Ärzt:innen, aber auch medizinischen Fachkräften in der Ausbildung freien Zugang zum Wissen zu ermöglichen und breite Erfahrungen zu sammeln. Ferner ist die Lehre und Forschung zu fördern, um eine unvoreingenommene Auseinandersetzung ohne Strafandrohung zu ermöglichen. Nur so wird es gelingen, dass auch in Zukunft ausreichend Ärzt:innen den Abbruch im Rahmen der gesetzlichen zugelassenen Ausnahmen verantwortlich durchführen können und wollen.

Bei Gynäkologen geschieht die praktische Ausbildung zu 80 % im klinischen Kontext. Auch aus diesem Grund ist es wichtig, in öffentlich finanzierten Kliniken - gleich welcher Trägerschaft - die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen als Teil der Grundversorgung anzubieten.

Die derzeitige Regelung des Schwangerschaftsabbruchs führt zu einer Tabuisierung in der Ärzt:innenschaft und der medizinischen Ausbildung. Umso wichtiger ist es, die Ärzt:innen samt der unterstützenden Pflegekräfte zu schützen und zu stärken, die sich dafür entscheiden, Abbrüche im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten durchzuführen, und sich für deren Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten einzusetzen.

## **Ausstattung der Beratungsstellen im Schwangerschaftskonfliktgesetz**

Das Schwangerschaftskonfliktgesetz fordert von den Ländern nach §§3 und 8 eine Vollzeitberater:innen-Stelle pro 40.000 Einwohner:innen. Dieser Schlüssel für (SH ca. 70 Vollzeit-Stellen) wird für Schleswig-Holstein derzeit nicht erfüllt.

Ein Grund hierfür ist, dass die Kosten für diese gesetzliche Pflichtaufgabe nicht zu 100% durch das Land getragen werden, sondern lediglich zu 85% den freien Trägern pauschal erstattet werden. Die Finanzierungslücke muss z.B. über Spenden oder die Akquise von Drittmitteln oder den Einsatz von Eigenmitteln gedeckt werden. Es braucht dringend eine 100%ige Erstattung der Personal- und Sachkosten für die freien Träger, um die Existenz der Beratungsstellen nicht zu gefährden.

Der komplexen, fachlich wie inhaltlich anspruchsvollen Beratungstätigkeit wird die bisherige Eingruppierung in die Entgeltgruppe 9 nicht gerecht. Sie rechtfertigt eine Eingruppierung in mindestens Entgeltgruppe 10. Nur so kann mittelfristig die Besetzung der Stellen mit Fachkräften sichergestellt werden.