



**DGPF e.V.**

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V.

DGPF e.V. | Tzschimmerstr. 30 | 01309 Dresden

## **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPF) für eine Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs – an die Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin**

Reproduktive Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin sind Themenschwerpunkte der DGPF, mit über 700 Mitgliedern eine der größten psychosomatischen Fachärzt\*innen-gesellschaft weltweit. Die in diesem Feld dominierenden Fragestellungen von Psychologie und Ethik gehören zusätzlich zu den medizinischen Fragen seit Jahrzehnten zu den frauenärztlich/therapeutischen Kernkompetenzen unserer Wissenschaftsgesellschaft.

Ein Schwangerschaftsabbruch (SAB) ist ein endgültiger Eingriff, der von vielen Betroffenen als psychisch belastend empfunden wird. Er sollte intensiv bedacht werden. Auch an die durchführenden Ärzt\*innen und das medizinische Fachpersonal stellt dieser Eingriff besondere Ansprüche. Die hohe Belastung betrifft insbesondere späte Abbrüche, die im 2. oder 3. Trimenon erfolgen.

Die DGPF als wissenschaftliche Fachgesellschaft setzt sich besonders ein für eine evidenzbasierte psychosomatisch-orientierte Beratung und Betreuung der Betroffenen, eine umfassende medizinische und psychosoziale Ausbildung des medizinischen Fachpersonals und für klar geregelte verlässliche Strukturen und Vorgaben, die Sicherheit für alle Beteiligten gewährleisten.

Die DGPF wendet sich gegen die Kriminalisierung des Schwangerschaftsabbruch mit den Folgen der Stigmatisierung und Diskriminierung aller Beteiligten, sowohl der Betroffenen wie des medizinischen Fachpersonals.

Grundlage dieser Stellungnahme sind sowohl die Empfehlungen der WHO (1) als auch die Erfahrung und Expertise von Ärzt\*innen, die Betroffene betreuen und selbst Abbrüche durchführen.

### **PRÄSIDENT**

Dr. med. Wolf Lütje  
Brunsdorfer Weg 4 | 22359 Hamburg  
**E-Mail** [wluetje@googlemail.com](mailto:wluetje@googlemail.com)

### **GESCHÄFTSSTELLE**

Tzschimmerstr. 30 | 01309 Dresden  
**Telefon** +49 (0) 351 8975933  
**Telefax** +49 (0) 351 8975939  
**E-Mail** [info@dgpf.de](mailto:info@dgpf.de)  
**Internet** [www.dgpf.de](http://www.dgpf.de)

### **BANKVERBINDUNG**

Deutsche Apotheker- u. Ärztebank  
**IBAN** DE31 3006 0601 0006 4963 69  
**BIC** DAAEDED3  
**USt.-Id-Nr.** DE218279328

1. **Entscheidungsfreiheit der Erst- und Zweittrimesterabbrüche statt Kriminalisierung:**  
Votum der DGPFPG für eine Herausnahme des selbstbestimmten SAB als Straftatbestand aus dem Strafgesetzbuch.

Begründungen: Eine Kriminalisierung des SAB dient nicht oder nur sehr bedingt dem propagierten Schutz des ungeborenen Lebens. In der aktuellen LL der WHO (1) ist belegt, dass weltweit Abbrüche auch bei Verbot weiter durchgeführt werden, aber vielerorts unter unsichereren Bedingungen.

Die bisherige bundesdeutsche Regelung im StGB hat andere Konsequenzen. Ein SAB bis zur 12. Woche nach Empfängnis ist nach der sogenannten Beratungsregelung zwar unter bestimmten Bedingungen (Pflichtberatung und anschließende 3tägige Wartezeit) für alle Beteiligten straffrei, aber nie rechtmäßig. Dies betrifft 96% aller Schwangerschaftsabbrüche. Im 2. Trimenon (bis 22. SSW) kann ein SAB auch ohne medizinische Indikation unter bestimmten Bedingungen für die Schwangere straffrei bleiben (§ 218a Absatz 4), die durchführenden Ärzt\*innen machen sich strafbar.

Diese Verortung des SAB im StGB führt zu einer **Verunsicherung und Stigmatisierung** mit negativen Folgen für die Betroffenen (2-7) und auch für Ärzt\*innen.

Schwangere scheuen sich, über ihren Wunsch nach einem Abbruch bzw. über den Abbruch selbst mit anderen zu sprechen, sie verheimlichen ihre Situation. Die Studienlage zeigt, dass ein SAB per se mit keinem erhöhten psychischen Risiko einhergeht (3,4), dass aber psychische Belastungen steigen im Kontext von mit der Stigmatisierung zusammenhängenden Faktoren wie fehlende soziale Unterstützung und Zwang zur Geheimhaltung.

Auch wenn vorliegende Daten belegen, dass die rechtliche Situation per se keine Erhöhung der körperlichen Gefährdung der Betroffenen zur Folge hat, wertet die DGPFPG als psychosomatische Fachgesellschaft die psychische Gefährdung als so besorgniserregend, dass eine Herausnahme des SAB aus dem StGB zwingend erforderlich scheint.

Ärzt\*innen und med. Fachpersonal erleben die Diskriminierung in Form von Gehsteigbelästigung, Abwertung als „Abtreibungsärzt\*innen“ und online-Beschimpfungen. Als Folge der gesellschaftlichen Stigmatisierung und der Rechtsunsicherheit entscheiden sich Ärzt\*innen dagegen, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten, wodurch die flächendeckende Versorgung insbesondere in ländlichen Regionen teilweise nicht gegeben ist (9).

2. **Gesicherter Zugang zu professioneller Beratung und Information statt Pflichtberatung**  
Der SAB ist ein medizinischer Eingriff, für den wie für alle Eingriffe im Vorfeld eine ausführliche ärztliche Beratung incl. des Aufzeigens von Alternativen vorgeschrieben sind. Für den Nutzen einer weiteren Pflichtberatung, wie bislang gesetzlich vorgeschrieben beim SAB nach der sogenannten Beratungsregelung (§218a Absatz 1), liegen keine evidenzbasierten Belege vor, im Gegenteil: Von vielen Betroffenen wird das als eine zusätzliche Hürde und Bevormundung wahrgenommen (8). Diese Pflichtberatung sollte gestrichen werden.  
Eine Beratung auf Wunsch der Betroffenen kann dagegen sehr hilfreich und sinnvoll sein. Bei einem Abbruch nach medizinischer Indikation (§218a Absatz 2), die überwiegend in höheren Schwangerschaftswochen gestellt wird aufgrund eines auffälligen pränataldiagnostischen Befundes, ist eine ausführliche Information und Beratung der Betroffenen durch medizinische Fachkräfte bislang vorgesehen. Die Pflicht zur Inanspruchnahme einer zusätzlichen psychosozialen Beratung besteht für sie nicht.

Nach Auffassung der DGPFPG sollten Betroffene, insbesondere wenn sie einen Schwangerschaftsabbruch nach dem ersten Trimester wünschen, zeit- und wohnortnah gesicherten Zugang zu geschulten Berater\*innen haben, ohne zu dieser Beratung verpflichtet zu werden.

Beratung sollte nicht nur für den SAB, sondern für alle Themen der reproduktiven Gesundheit angeboten werden, wie Familienplanung, Sexualität, unerfüllter Kinderwunsch, Schwangerschaft, Pränataldiagnostik. Dazu bedarf es des weiteren Aus- bzw. Aufbaus eines bundesweiten Netzwerkes von Beratungsstellen. Nur so kann die bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet werden.

### 3. **Kostenübernahme**

Der selbstbestimmte SAB incl. der Vor- und Nachbetreuung muss als normaler medizinischer Eingriff in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen werden.

### 4. **Keine vorgeschriebene mehrtägige Wartezeit zwischen Beratung und Eingriff**

Es finden sich keine wissenschaftlichen Belege dafür, dass bei Wunsch nach SAB eine vorgeschriebene mehrtägige Wartezeit etwas ändert an der Entscheidung oder an der Verarbeitung des Eingriffs. Eine empathische ärztliche Beratung mit Zeit zum Nachfragen und Nachdenken sollte selbstverständlicher Standard sein. Eine **verpflichtende Wartezeit** beim selbstbestimmtem SAB lehnt die DGPFPG ab.

Eine ausreichend lange mehrtägige „Bedenkzeit“ vor allem bei späten Abbrüchen/ medizinischer Indikation, scheint aus der Erfahrung von Pränataldiagnostiker\*innen und den diese Abbrüche durchführenden Fachärzt\*innen sinnvoll und für die Betroffenen hilfreich, um alle Möglichkeiten abzuwägen und eine belastbare Entscheidung zu fällen (10). Das Ausmaß dieser Zeit sollte im Konsens von allen Beteiligten getroffen werden ohne Festlegung von Fristen.

### 5. **Fristen für die Zulässigkeit eines Abbruchs**

Die Frage der zeitlichen Frist, in der ein SAB selbstbestimmt und ohne weitere Beschränkungen / Indikation möglich ist, wird in der DGPFPG kontrovers diskutiert.

Eine höhere Frist als derzeit gültig (= bis zur 12. Woche nach Empfängnis), konkret bis zur 22. Woche / zur Erreichung des Lebensfähigkeit, sollte bei einer Neuregelung des SAB diskutiert werden.

Erfahrungen aus anderen Ländern (Kanada) zeigen, dass es nach Freigabe des SAB nicht zu einer Zunahme von Spätabbrüchen kommt (11).

Wenn für Abbrüche in hohen Schwangerschaftswochen / bei Lebensfähigkeit des Feten eigene Regelungen erforderlich scheinen, sollten sie keine Verschlechterung der aktuellen Regelung zur Konsequenz haben. Sie sollten nicht im Strafgesetzbuch, sondern an anderer Stelle klar geregelt werden.

### 6. **Weigerungsrecht:**

Ärzt\*innen und anderes med. Fachpersonal haben das Recht die Teilnahme an / Durchführung eines SAB aus persönlichen Gründen zu verweigern. Hierbei muss gesichert sein, dass Betroffene an andere Stellen verwiesen werden. Das Verweigerungsrecht darf nicht für Institutionen gelten und die gesicherte Versorgung nicht gefährden.


## 7. **Aus- und Weiterbildung.**

Die Grundlagen des SAB müssen im Medizinstudium umfassend vermittelt werden (Beratung incl. ethisch-moralischer Aspekte, medizinische Durchführung incl. verschiedener Methoden, sozialrechtliche Bedingungen). Die praktische Ausbildung für einen SAB muss in der gyn. Weiterbildung gewährleistet sein.

## 8. **Bedarfsgerechte Versorgung**

Erfahrung und Daten sprechen dafür, dass eine wohnortnahe Versorgung incl. freier Wahl der Methoden derzeit nicht flächendeckend in allen Regionen Deutschlands gewährleistet ist.

Die Herausnahme des SAB als Straftatbestand aus dem Strafgesetzbuch und die damit verbundene Entstigmatisierung für betroffene Frauen und Ärzt\*innen wird eine flächendeckende Versorgung erleichtern. Es muss allerdings nach weiteren geeigneten Möglichkeiten gesucht werden, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten, insbesondere bei Abbrüchen im 2. und 3. Trimenon.



Dr. med. Wolf Lütje  
Präsident

## Quellen:

1. Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization (WHO); 2022.
2. 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.
3. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC: American Psychological Association (APA); 2008.
4. Induced Abortion and Mental Health. London: Academy of Medical Royal Colleges & National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH); 2011.
5. 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.
6. Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D, Harper CC. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Soc Sci Med.* 2016;150:67-75.
7. Altshuler AL, Ojanen-Goldsmith A, Blumenthal PD, Freedman LR. A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Soc Sci Med.* 2017;191:109-16.
8. Helfferich C. et al: frauen leben 3 - Familienplanung im Lebenslauf von Frauen - Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften; BZgA 2016; 160 - 171
9. Meldestellen zur Schwangerschaftsabbruchsstatistik in Deutschland. Statistisches Bundesamt. 2022. Abgerufen am 09.10.2023 auf <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/meldestellen->
10. Strizek B., Rosenberg R. et al: Diskussionspapier: Reproduktive Selbstbestimmung / Schwangerschaftsabbruch. *FRAUENARZT* 10/2023; 642-645
11. Induced Abortions Reported in Canada in 2021: Update. Canadian Institute for Health Information. 2023. Abgerufen am 09.10.2023 auf <https://www.cihi.ca/en/induced-abortion-in-canada.2022.html>.