

Die Bundesregierung und die Abtreibung – Der Koalitionsvertrag von CDU/CSU und SPD

I. Der Koalitionsvertrag

Am 9. April 2025 wurde der von CDU/CSU und SPD verhandelte Koalitionsvertrag „Verantwortung für Deutschland“ der Öffentlichkeit vorgestellt. In diesem Vertrag werden auch Änderungen bei den derzeitigen Regelungen für Abtreibungen angekündigt.

Die vorliegende Stellungnahme setzt sich sachlich mit den Vorhaben auseinander und empfiehlt Maßnahmen, um die Abtreibungszahlen zu verringern bzw. eine wirksame Prävention von Abtreibungen erreichen zu können, was das Lebensrecht des Kindes vor seiner Geburt schützt, Frauen zu wirklich selbstbestimmten Entscheidungen ermächtigt und sowohl der staatlichen Verpflichtung zum Lebensschutz entspricht als auch im staatlichen Interesse liegt. Es gehört zu den Kernaufgaben eines Staates, Leben zu schützen, ferner, die demographische Entwicklung bei politischen Entscheidungen zu berücksichtigen.

Im März 2025 gelangte aus den Sondierungsgesprächen ein Arbeitspapier der AG 1 „Inneres, Recht, Migration und Integration“ an die Öffentlichkeit, das eine Neuregelung von Schwangerschaftsabbrüchen außerhalb des Strafrechtes beinhaltete. Diese ursprüngliche SPD-Forderung, die sich zum Ende der letzten Legislaturperiode in einem eigenen Antrag niederschlug, ist in der Koalitionsvereinbarung nicht mehr enthalten. Der Vertrag enthält im 4. Kapitel folgenden Absatz [Hervorhebungen durch den Verfasser]:

„Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbrüchen

*Wir wollen Frauen, die ungewollt schwanger werden, in dieser sensiblen Lage **umfassend unterstützen**, um das **ungeborene Leben bestmöglich zu schützen**. Für Frauen in Konfliktsituationen wollen wir den **Zugang zu medizinisch sicherer und wohnortnaher Versorgung** ermöglichen. Wir **erweitern dabei die Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung** über die heutigen Regelungen hinaus. Zudem werden wir die **medizinische Weiterbildung stärken**.“¹*

Die Koalition bekundet die Absicht, Frauen in Konfliktsituationen so umfassend zu unterstützen, dass das Recht des Kindes auf Leben einen bestmöglichen Schutz erfährt. Das lässt einen politischen Ansatz vermuten, der sich auf die Schaffung von Rahmenbedingungen fokussiert, die Perspektiven für ein Leben mit dem Kind eröffnen und eine Entscheidung gegen die Abtreibung und für das Leben ermöglichen. Diese Vermutung hält nicht stand, denn die konkret geplanten Maßnahmen betreffen ausschließlich einen erleichterten Zugang zu Abtreibungen. Dabei ist festzustellen, dass die angekündigten Maßnahmen teilweise auf falschen Grundannahmen basieren und keine ausreichende Evidenz erkennen lassen.

Sollten diese Vorhaben umgesetzt werden, würden sie zu einer systematischen Aushöhlung der bestehenden Regelungen führen und diese mittelfristig obsolet machen. Damit verstößt die Regierung gegen den ihr obliegenden staatlichen Schutzauftrag für das Recht auf Leben von Kindern vor ihrer Geburt.

¹ Koalitionsvertrag „Verantwortung für Deutschland“, Kapitel 4 „Starker Zusammenhalt, standfeste Demokratie“, 4.1. „Familie, Frauen, Jugend, Senioren und Demokratie“, „Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbrüchen“, Zeile 3253 ff., S. 102.

II. Hintergründe

II. 1 Der Gruppenantrag von SPD, Grünen und Linken zur Versorgungslage in der 20. Legislaturperiode

Die beabsichtigte Regelung basiert im Wesentlichen auf Positionen der SPD, die auch von Grünen und Linken vertreten werden und sich im November 2024 in einem Gruppenantrag im Bundestag² niederschlugen, dem angesichts eines zeitgleich von derselben Gruppe eingebrachten Gesetzentwurfes „zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruches“ (Drs. 20/13775) wenig öffentliche Aufmerksamkeit zuteilwurde.

In dem Antrag wird eine regional unterschiedliche Versorgung und Erreichbarkeit von Einrichtungen zur Durchführung von Abtreibungen im Bundesgebiet angeführt. Die Versorgungslage sei in manchen Regionen „unzureichend“ und müsse dringend verbessert werden. Als Ursache für die „Unterversorgung“ wird u. a. ein nicht ausreichendes Informationsangebot sowie ein nicht ausreichendes Angebot an Praxen und Kliniken, in denen Abtreibungen durchgeführt werden, genannt. Ferner gehe die Zahl der Ärzte, die bereit seien, Abtreibungen durchzuführen, kontinuierlich zurück. Perspektivisch werde sich die Versorgung weiter verschlechtern, weil derzeit noch praktizierende Ärzte in der nächsten Zeit in den Ruhestand gingen und keine Nachfolgeregelungen getroffen werden könnten. Immer weniger Ärzte seien bereit, Abtreibungen durchzuführen. Daneben werden als weitere Barrieren die im Zusammenhang mit der Abtreibung entstehenden Kosten genannt.

Zum Abbau dieser Hürden werden u. a. folgende Maßnahmen empfohlen bzw. gefordert:

- „1. *Sicherstellung einer verlässlichen und kostendeckenden Finanzierung von Schwangerschaftsabbrüchen im Rahmen der Gesundheitsversorgung.*
- 2. *Ein verbesserter sicherer, niedrigschwelliger und kostengünstiger Zugang zu Verhütungsmitteln – insbesondere durch die Erleichterung der Finanzierung von Verhütungsmitteln gegenüber der jetzigen Situation...*
- 3. *Eine bessere Verankerung von Schwangerschaftsabbrüchen in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung. Diese kann dazu beitragen, dass Ärztinnen und Ärzte später eher bereit sind, selbst Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen.*
- ...
- 5. *Sicherstellung von ungehindertem Zugang zu einer ausreichenden Beratungsinfrastruktur. Durch die Schwangerschaftskonfliktberatung nach den §§ 5ff. des Schwangerschaftskonfliktgesetzes erhalten ungewollt schwangere Frauen Zugang zu verlässlichen Informationen und die Gelegenheit zur Reflektion unabhängig von äußerem Druck.*
- 6. *Sicherstellung eines niedrigschwelligen Zugangs zu ergebnisoffener und unabhängiger Beratung und zu staatlichen Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen und Familien – unabhängig davon, ob eine Schwangerschaft gewollt oder ungewollt ist. Denn eine ungewollte Schwangerschaft tritt häufiger bei einer angespannten finanziellen Situation oder einer krisenhaften Partnerschaft auf und betrifft besonders vulnerable Frauen wie solche mit Gewalterfahrung. Die Mehrzahl der Frauen, die eine Schwangerschaft abbrechen, hat bereits ein oder mehrere Kinder geboren.“*

Sodann sollte die Bundesregierung vom Bundestag aufgefordert werden, u. a.:

- „1. *Sicherzustellen, dass Schwangerschaftsabbrüche kostendeckend durch die Krankenkassen finanziert werden und Teil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenkassen werden;*
- 2. *möglichst gleichzeitig den Krankenkassen zu ermöglichen, Verhütungsmittel als Satzungsleistung zu erstatten und für eine Kostenübernahme bei Geringverdienenden zu sorgen;*

² Antrag „Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern“, Drs. 20/13776 vom 14.11.2024.

3. ebenfalls möglichst den gleichzeitigen Zugang zu nicht verschreibungspflichtigen Notfallkontrazeptiva wie der sogenannten Pille danach zu gewährleisten;

...

5. dafür zu sorgen, dass Schwangerschaftsabbrüche besser in die medizinische Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten integriert werden und über die Approbationsordnung zu einem verbindlichen Inhalt des Lernzielkatalogs werden;

6. die Abschaffung des Sondervertriebswegs zur Beschaffung von Medikamenten, die für den Schwangerschaftsabbruch benötigt werden, zu prüfen;

7. sicherzustellen, dass die Schwangeren ihr Recht auf Methodenwahl bei einem Schwangerschaftsabbruch ausüben können und insbesondere sicherzustellen, dass medikamentöse Abbrüche und eine telemedizinische Behandlung rechtssicher durchgeführt werden können;

...“

Dieser Gruppenantrag war Gegenstand der Anhörung im Rechtsausschuss des Deutschen Bundestages am 10. Februar 2025.

II.2 Die ELSA-Studie als wissenschaftliche Grundlage

Für den Beweis einer Unterversorgung werden vor allem die Ergebnisse der „ELSA-Studie“³ herangezogen. Hierbei handelt es sich um ein vom Bundesgesundheitsministerium gefördertes Studienprojekt, das die Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer sowie die Angebote der Beratung und Versorgung und mögliche Zugangsbarrieren untersucht. Die Studie soll „Erkenntnisse über die sozialen und gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen von Frauen gewinnen, die eine ungewollte Schwangerschaft austragen oder abbrechen. Darüber hinaus sollen ... sowohl die aktuelle medizinische als auch die psychosoziale Angebotsstruktur untersucht werden“.⁴

Im Zusammenhang mit der Aufhebung des in §219a StGB geregelten Werbeverbotes für Abtreibungen im Jahr 2019 hatte der damalige Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) eine Studie zu möglichen psychischen Auswirkungen von Abtreibungen angekündigt. Das Studiendesign ist später im Bundesgesundheitsministerium verändert worden; die Untersuchung will Erkenntnisse über die sozialen und gesundheitlichen Belastungen ungewollt schwangerer Frauen gewinnen, und zwar unabhängig davon, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder das Kind abgetrieben wird, sowie über deren gesundheitliche und psychosoziale Versorgung.

Im April 2024 wurden erste Ergebnisse vorgestellt. Der Abschlussbericht wurde am 31. Oktober 2024 Bundesgesundheitsminister Lauterbach (SPD) übergeben und sollte nach Auswertung veröffentlicht werden. Dies ist bis zum Zeitpunkt der Endredaktion dieser Stellungnahme (Ende Juli 2025) nicht geschehen. Es werden lediglich ausgewählte Ergebnisse in die Diskussion gegeben, so auch im Abschlussbericht der Regierungskommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin, der rund ein halbes Jahr zuvor, im März 2024, erschienen ist.⁵

Die Autoren der ELSA-Studie kommen u. a. zu dem Ergebnis, dass es regionale Versorgungsunterschiede gibt, vor allem in südlichen und westlichen Bundesländern seien

³ Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung – ELSA, Laufzeit: Oktober 2020 – Oktober 2024.

⁴ D. Hahn et al.: 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)“, Bundesgesundheitsblatt 2025 68: 28–27 (D. Hahn et al., Bundesgesundheitsblatt 2025 68: 28–27).

⁵ Bericht der Komm-rSF AG 1: Schwangerschaftsabbruch, Möglichkeiten der Regulierung des Schwangerschaftsabbruches außerhalb des Strafgesetzbuches, April 2024 (Bericht Komm-rSF AG1)

Angebote nicht in einer „angemessenen Zeit“, für die ca. 40 Autominuten festgelegt werden, zu erreichen. In Stadtstaaten wie Hamburg oder Berlin sei die Versorgung besser als in ländlichen Regionen.

Neben der geografischen Erreichbarkeit haben die im Rahmen der Studie durchgeführten Abfragen weitere „Zugangsbarrieren“ ergeben:

- Zugang zu sachlichen Informationen über Abtreibungen
- Gefahr möglicher Stigmatisierungen sowohl für Frauen als auch für medizinisches Personal
- finanzielle Belastungen durch die Kosten rund um die Abtreibung, insbesondere als Problem für Frauen in prekären Lebenslagen.

Diese Überlegungen liegen offenbar sowohl dem zitierten Gruppenantrag als auch dem Koalitionsvertrag zugrunde.

Kritik an der ELSA-Studie

Seit 2023 werden immer wieder Teilergebnisse der Studie von der Studienkordinatorin Daphne Hahn und anderen Beteiligten veröffentlicht und die Ergebnisse stützen offenbar die These einer Unterversorgung und von Zugangsbarrieren wie oben beschrieben. Diese Vorgehensweise ist aus Sicht der CDL inakzeptabel, da lediglich Teilergebnisse ohne Gesamtzusammenhang herausgezogen und nicht nur im Sinne der Studienverfasser interpretiert, sondern kritiklos als feststehend und bewiesen propagiert werden.

Die Studienersteller selbst weisen wiederholt darauf hin, dass die Stichprobe von 594 Frauen „mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland“, die im Rahmen einer Online-Befragung ermittelt wurden und in die Auswertung eingingen, „nicht das Kriterium der Repräsentativität im Sinne einer Zufallsauswahl“ erfüllt.⁶

Doch auch ungeachtet der nicht erfüllten Repräsentativität ergibt sich ein Bild, das die Behauptung einer unzureichenden Versorgungslage nicht bestätigt. Immerhin gaben 72,7 Prozent der Frauen an, lediglich **eine** Einrichtung kontaktiert zu haben, um einen Termin für die Abtreibung zu bekommen. Mit 80,1 Prozent hat eine deutliche Mehrheit der Teilnehmerinnen angegeben, keine bzw. keine größeren Schwierigkeiten gehabt zu haben, eine geeignete Einrichtung zu finden. Hinsichtlich der Entfernung, die zurückgelegt werden musste, haben 52,8 Prozent der Frauen innerhalb von weniger als 10 km eine Einrichtung aufgesucht und 32,3 Prozent haben eine Entfernung zwischen 10 und 50 km überbrückt. Die Mehrheit der Befragten, nämlich 64,8 Prozent, stufte die Erreichbarkeit als sehr gut ein und weitere 26,2 Prozent als gut.⁷

Allein diese Ergebnisse widerlegen die Aussage einer unzureichenden Versorgungslage eindeutig und lassen stattdessen sowohl eine ausreichende Versorgungslage als auch einen ungehinderten Zugang zu Abtreibungsangeboten erkennen. Es hat den Anschein, als versuchten die Autoren, das Ergebnis umzuinterpretieren. Beispielhaft seien hier zwei Textstellen zitiert: *„Allerdings sah sich auch eine nicht zu vernachlässigende Minderheit [Anmerkung CDL: 19,8 Prozent] mit Herausforderungen konfrontiert“*, um eine Einrichtung zu finden oder: *„Allerdings beurteilte ein nicht unerheblicher Anteil von 9,0 Prozent die Erreichbarkeit als eher oder sehr schlecht“*⁸.

⁶ D. Hahn et al.: Bundesgesundheitsblatt 2025 68: 28–27.

⁷ A. a. O.

⁸ A. a. O.

Die Behauptung einer Unterversorgung findet sich auch im genannten Bericht der Arbeitsgruppe 1 der Regierungskommission. Allerdings haben Mitglieder derselben Arbeitsgruppe eine abweichende Einschätzung im Bericht abgegeben, in der sie einige Schlussfolgerungen aufgrund der Systematik der Datenerhebung in Frage stellen.⁹

Die Verfasserinnen dieser abweichenden Einschätzung stellten fest, dass die zum Zeitpunkt des Berichts verfügbaren Daten zur Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen begrenzt und teilweise ungenau seien. Die Anzahl der Meldestellen sage wenig über die tatsächliche Versorgung aus, da sie nicht mit den Einrichtungen gleichzusetzen sei, in denen Abbrüche durchgeführt werden. Frauen würden berichten, dass sie die Einrichtungen gut hätten erreichen können, meist innerhalb von 50 km, was auf eine grundsätzlich gute Erreichbarkeit hinweise.

Die Autorinnen wehren sich gegen falsche Schlussfolgerungen, da die Daten nicht ausreichend seien, um pauschal zu beurteilen, ob es eine ausreichende Versorgung oder Barrieren gibt. Sie kommen zu dem Schluss: „Auch wenn die vorhandenen Daten auf Verbesserungsmöglichkeiten hinweisen, erlauben sie nach unserer Einschätzung nicht die weitgehende Schlussfolgerung, dass sie ‚deutlich die Notwendigkeit aufzeigen, Hindernisse und Zugangsbarrieren zu Schwangerschaftsabbrüchen abzubauen‘ und dass es ‚umfassende Maßnahmen sowohl auf nationaler als auch auf regionaler Ebene‘ erfordert.“¹⁰

Das in Wien ansässige Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik (IMABE) hat in seiner Kritik der vorläufigen Studienergebnisse im April 2024 folgende Mängel festgestellt:

Begrenzte Aussagekraft

Aufgrund des Studiendesigns, der einseitigen Fragestellungen und der verzerrten Stichprobe habe die Studie nur eine begrenzte Aussagekraft. Es handelt sich um eine retrospektive Fall-Kontrollstudie mit geringer Evidenzqualität. Frauen, bei denen die Abtreibung bis zu 30 Jahre zurücklag, wurden einbezogen.

Fokus nur auf Versorgung mit Abtreibungsmöglichkeiten

Es wurde nur die Versorgung mit Abtreibungen betrachtet. Nicht berücksichtigt wurden Hilfsangebote für Schwangere in Not oder Frauen, die ein Kind mit Behinderung erwarten. Mögliche Stigmatisierung dieser Gruppen wurde nicht behandelt.

Fragwürdige Fragestellungen

Es besteht der Verdacht, dass die Fragen bereits auf gewünschte Ergebnisse zugeschnitten waren. Damit sei die Studie einseitig und verzerrt.

Unzureichende Untersuchung der Versorgungssituation

Es wurde nur geprüft, ob Frauen innerhalb von 40 Minuten eine Einrichtung erreichen können. Nicht untersucht wurde, ob Frauen tatsächlich Zugang zu Beratungs- und Hilfsangeboten haben.

Keine Berücksichtigung psychischer Folgen

Die Studie behauptet, es gebe langfristig keinen Einfluss auf das psychische Wohlbefinden. Diese Aussage widerspricht anderen wissenschaftlichen Studien, die ein erhöhtes Risiko für psychische Probleme nach Abtreibungen zeigen.¹¹

⁹ A. a. O., S. 173–175.

¹⁰ A. a. O., S. 174.

¹¹ S. Kummer, J. Bonelli, W. Rella (Wien, 2023) „Schwangerschaftsabbruch und Psyche: eine qualitative Studienanalyse, ISBN 978-3-9519756-1-0.

Unzureichende Berücksichtigung sozialer Faktoren

Hinweise auf Partnerschafts- und Finanzprobleme bei Frauen, die abtreiben, wurden nur oberflächlich behandelt. Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen, die ein Kind zur Welt bringen möchten, sollten stärker berücksichtigt werden.

Die Stellungnahme des Institutes stellte abschließend fest, dass die Studie eine geringe wissenschaftliche Evidenz habe und daher für politische Schlussfolgerungen ungeeignet sei. Vielmehr bestehe die Gefahr, dass die Ergebnisse genutzt würden, um gesetzliche Änderungen zu rechtfertigen, die das bestehende Rechtssystem gefährden könnten.¹²

Sowohl die abweichende Einschätzung einiger Kommissionsmitglieder als auch die IMABE-Kritik zeigen, dass sich die ELSA-Studie nicht als wissenschaftliche Grundlage eignet, um eine Ausweitung der Angebote für Schwangerschaftsabbrüche umzusetzen. Vielmehr sind die Studienergebnisse vollumfänglich zu veröffentlichen und der wissenschaftlichen Auseinandersetzung zugänglich zu machen. Andernfalls liegt die Vermutung nahe, dass die Veröffentlichung unterblieb, weil die gewünschten Ergebnisse nicht erbracht wurden und die Studie für politische Zwecke instrumentalisiert werden soll, da in der Öffentlichkeit mit Teilergebnissen gearbeitet wird.

II.3 Wesentliche Erkenntnisse aus der Anhörung des Rechtsausschusses

In der Anhörung des Rechtsausschusses vom 10. Februar 2025 hat auf Einladung der CDU/CSU-Fraktion der Oberarzt der Gynäkologie an der Charité, Prof. Dr. med. Matthias David, sowohl zur Versorgungslage als auch zur medizinischen Weiterbildung, die ebenfalls Gegenstand des Koalitionsvertrages ist, Stellung genommen.

Prof. Dr. David stellte fest (Hervorhebungen CDL):

*1) Für 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**; die 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.*¹³
[...]

Dass die Union bei der Ausgestaltung des Koalitionsvertrages nur wenige Wochen nach dieser Anhörung der Expertise ihres eigenen Sachverständigen zuwider dem ideologisch geprägten Maßnahmenkatalog der SPD gefolgt ist, ist in keiner Weise nachvollziehbar.

¹² IMABE Wien, <https://www.imabe.org/bioethikaktuell/einzelansicht/elsa-studie-deutsche-umfrage-zur-abtreibung-weist-grobe-luecken-auf>, abgerufen am 16. Juni 2025.

¹³ M. David: Schriftliche Stellungnahme 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; Berlin, 5. Februar 2025, S. 1.

III. Die Fakten

III. 1 Abtreibung ist medizinisch sicher

Die meisten Abtreibungen erfolgen in Deutschland nach der in Nr. 1 genannten Beratungsregelung (§ 218a Absatz 1 StGB), die Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes weist für 2024 einen Anteil von 96 Prozent aller Abtreibungen aus. Der mit 46 Prozent knapp überwiegende Anteil wird mit der Absaugmethode (Vakuumaspiration) durchgeführt. 45 Prozent der Abtreibungen werden pharmakologisch vorgenommen, dabei kommt in den meisten Fällen (41 Prozent) das Mittel Mifegyne zur Anwendung. 85 Prozent der Eingriffe erfolgen ambulant in Arztpraxen/OP-Zentren und 13 Prozent ambulant im Krankenhaus.¹⁴

Die World Health Organisation (WHO) definiert Abtreibungen als sicher, wenn diese unter medizinisch geeigneten Bedingungen durchgeführt und dafür die von der WHO empfohlenen Methoden angewandt werden, zu denen sowohl „medikamentöse“ als auch operative Verfahren, die von qualifizierten Fachkräften durchgeführt werden, gehören. Die Sicherheit hängt darüber hinaus von der Verfügbarkeit steriler Instrumente, der richtigen Dosierung sowie der Einhaltung medizinischer Standards ab. Die Richtlinien und Empfehlungen hierzu hat die WHO zuletzt 2022 in der Abortion Care Guideline¹⁵ zusammengefasst. Ferner wurde durch die Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) 2023 die „S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon“ erstellt, die derzeit überarbeitet wird.¹⁶

Aufgrund der rechtlichen Regelung und einer gut ausgebauten Versorgung kann davon ausgegangen werden, dass Abtreibungen in Deutschland in der Regel unter sicheren medizinischen Bedingungen durchgeführt werden. Statistische Zahlen des zuständigen Bundesamtes liegen hierzu eben so wenig vor wie zu den tatsächlichen Abtreibungszahlen oder zu Motiven.

III.2 Die Versorgungslage

Dass keineswegs eine Unterversorgung mit Abtreibungsmöglichkeiten besteht, hat Prof. Dr. David in seiner Stellungnahme ausgeführt. Dabei führt er den Rückgang der Zahl der Meldestellen sowohl auf den Rückgang der statistisch erfassten Abtreibungen von 135.000 im Jahr 2000 auf rund 104.000 im Jahr 2022 (Rückgang um 23 Prozent) als auch auf die Zunahme der primär mit pharmakologischen Mitteln durchgeführten Abtreibungen von ca. 8.300 im Jahr 2000 auf ca. 32.000 im Jahr 2020 zurück. Der Rückgang der Meldestellen sei die logische Folge dessen. Prof. David weist darauf hin, dass die Zahl der Meldestellen erst seit dem 4. Quartal 2018 systematisch erfasst wird. Das Statistische Bundesamt weist darauf hin, dass die Zahl der Meldestellen von Quartal zu Quartal schwanke und keinen Schluss auf die tatsächliche Zahl der Einrichtungen zulasse, da Fehlmeldungen enthalten sein könnten und Meldungen für mehrere Arztpraxen von zentralen ambulanten OP-Praxen abgegeben würden. Demnach könne die Zahl der Einrichtungen höher sein.¹⁷

¹⁴ Statistisches Bundesamt, Pressemeldung Nr. 128 vom 3. April 2025, [Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2024 kaum verändert gegenüber Vorjahr - Statistisches Bundesamt](#).

¹⁵ <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>.

¹⁶ M. David: A. a. O., S. 4.

¹⁷ A. a. O., S. 5.

Zum Vergleich:

Laut Statistischem Bundesamt wurden 2023 insgesamt 106.218 Abtreibungen von 1.104 Meldestellen gemeldet. Demgegenüber standen bei den 692.989 Geburten desselben Jahres nur 606 Geburtsstationen zur Verfügung – halb so viel wie im Jahr 2000. Im Durchschnitt muss jede Geburtsstation 1.144 Geburten pro Jahr versorgen, während auf eine Abtreibungseinrichtung 96 Abtreibungen entfallen.

Die Zahl der Geburtsstationen nimmt seit Jahren kontinuierlich ab. Seit 1991 wurden nach Angaben des Deutschen Hebammen-Verbandes ca. 51 Prozent der Kreißsäle aufgegeben, in den Jahren von 2017 bis 2022 nahm allein die Zahl der Geburtshilfeeinrichtungen in Kliniken um ca. zehn Prozent ab. Jedes Jahr werden Kliniken geschlossen. Von den rund 1.887 Krankenhäusern, die es 2021 in Deutschland gab, boten 34 Prozent Geburtshilfe an. Die Geburtshilfe gehört nicht zur medizinischen Grundversorgung in Deutschland und lt. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ist eine Fahrtzeit von bis zu 45 Minuten zu einer Geburtsstation (gilt i. Ü. auch bei medizinischen Notfällen) zumutbar.

Für die Erreichbarkeit einer Abtreibungseinrichtung legen die Autorinnen der ELSA-Studie und die Arbeitsgruppe 1 der Regierungskommission einen Zeitrahmen bis zu 40 Minuten fest.¹⁸

Bei der Geburt eines Kindes und in medizinischen Notlagen kann es durchaus um Minuten gehen, die über Leben und Tod entscheiden. Eine Abtreibung ist in der Regel kein medizinischer Notfall und planbar.

Hinsichtlich der Erreichbarkeit von Abtreibungseinrichtungen sowie angeblich „unterversorgter Regionen“ erinnerte Prof. David daran, dass ein „allgemeingültiger Entfernungsschwellenwert“ nicht bekannt sei. Das hessische Ministerium für Soziales und Integration habe im Dezember 2021 festgelegt, dass „der Sicherstellungsauftrag nach § 13 Abs. 2 SchKG... gewährleistet (ist), wenn innerhalb eines Tages unter Nutzung des ÖPNV eine Praxis/Einrichtung erreicht und nach Hause zurückgekehrt werden kann...“.¹⁹ Damit befindet sich das Ministerium im Einklang mit dem Bundesverfassungsgericht, wonach die An- und Rückreise innerhalb eines Tages zumutbar ist, sogar eine „Hilfe in der Not“ sein kann.²⁰

Die Bundesländer stellen ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Abtreibungen sicher (§ 13 Abs. 2 SchKG). Dabei hat das Bundesverfassungsgericht es als gesetzeskonform beurteilt, dass die Einrichtung, in der die Abtreibung vorgenommen wird, nicht weiter als eine Tagesreise (An- und Abreise) entfernt ist.²¹ Eine flächendeckende Vorhaltung von Abtreibungseinrichtungen ist damit nicht verlangt. Die Länder haben nach Ansicht des BVerfG darüber hinaus „zusätzliche Maßnahmen zu unterlassen, wenn sich diese als aktive Förderung des Schwangerschaftsabbruchs auswirken“.²²

Das BVerfG hat betont, das Grundgesetz garantiere „auch dem ungeborenen Leben ein Recht auf Leben gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG“.²³ Daraus folgt eine Schutzpflicht des

¹⁸ Bericht Kom-rSF AG 1, S. 117.

¹⁹ M. David: A. a. O., S. 5.

²⁰ BVerfGE 88, 203, RN 358.

²¹ BVerfGE 88, 203, VI. Nr. 2 aa, Urteil vom 28. Mai 1993.

²² BVerfGE 88, 203, VI. Nr. 5, Urteil vom 28. Mai 1993.

²³ BVerfGE 88, Rn. 140 vom 28. Mai 1993.

Staates, die nicht nur formal-rechtlich, sondern auch praktisch und organisatorisch wirksam umgesetzt werden muss.

Der aktive Einsatz des Bundes zum Ausbau von Einrichtungen, in denen Abtreibungen vorgenommen werden, würde aus lebensschutzorientierter Sicht **einen politischen oder strukturellen Anreiz zum Abbruch setzen**. Auch hierzu hat das BVerfG Stellung bezogen: „Die staatliche Ordnung darf [...] kein rechtliches oder tatsächliches Umfeld schaffen, das geeignet ist, Schwangerschaftsabbrüche zu begünstigen.“²⁴ Eine bundesweit forciert ausgeweitete Infrastruktur für Abbrüche könnte faktisch zu einer **Normalisierung** dieser Option führen – was dem verfassungsrechtlich gebotenen Schutzauftrag widerspricht.

Aus dem Urteil des BVerfG ergibt sich im Übrigen keine Verpflichtung, eine quantitativ großzügige Infrastruktur für Abtreibungen sicherzustellen, denn: „Ein Anspruch auf einen Abbruch oder auf Schaffung möglichst vieler Durchführungsangebote lässt sich aus dem Grundgesetz nicht herleiten.“²⁵

Dies steht im Widerspruch zu den Bestrebungen der SPD sowie Bündnis90/Die Grünen und DIE LINKE, ein „Recht auf Abtreibung“, das nichts anderes als ein Recht auf die Tötung eines Menschen wäre, zu konstruieren.

Auch wenn die Konfliktberatung ergebnisoffen zu führen ist, muss die staatliche Gesamtordnung einschließlich ihrer Gesundheitsinfrastruktur dem staatlichen Lebensschutzkonzept verpflichtet bleiben. Deshalb sollte aus Sicht der CDL die Bundesregierung ihr Augenmerk nicht auf den Ausbau von Abtreibungseinrichtungen lenken, sondern auf eine flächendeckende, qualitativ hochwertige Beratung, psychosoziale Hilfen sowie den Ausbau von Unterstützungsangeboten für Schwangere und Familien, um die Entscheidung für das Kind zu fördern. Und es bleibt festzuhalten: ergebnisoffen ist nicht gleichbedeutend mit zieloffen.

Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil ausdrücklich erklärt, dass die An- und Rückreise innerhalb eines Tages für die Frau zumutbar ist. „In diesen Abmaßen kann es der Bundesgesetzgeber zum Inhalt der öffentlichen Fürsorge im Sinn des Art. 74 Nr. 7 GG machen, daß – über das Land verteilt – Einrichtungen zum Schwangerschaftsabbruch geschaffen werden. Eine weitergehende Sicherstellung kann er jedoch nicht vorschreiben, ohne die Kompetenzgrenzen des Art. 74 Nr. 7 GG zu überschreiten.“²⁶

Fazit: Die Versorgungslage in Deutschland mit Einrichtungen für Abtreibungen ist nicht unzureichend. Es ergeben sich auch aus der ELSA-Studie, die trotz erheblicher Mängel als wissenschaftliche Grundlage für eine „Verbesserung der Versorgungslage“ herangezogen wird, keine Hinweise darauf. Vielmehr zeigt sich, dass eine sehr gute Erreichbarkeit und Versorgung bestehen.

²⁴ A. a. O., Rn. 178.

²⁵ BVerfGE 88, 203, Leitsatz 2 und Rn. 141.

²⁶ A. a. O., Rn. 359.

III. 3 Kostenübernahme durch die GKV

Die heutige Regelung ist laut <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/schwangerschaftsabbruch/schwangerschaftsabbruch-abtreibung--81020> folgende:

„Die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs aufgrund einer medizinischen oder kriminologischen Indikation werden bei gesetzlich krankenversicherten Betroffenen von der Krankenkasse getragen. Private Krankenversicherungen übernehmen meist nur die Kosten für die medizinische Indikation. Im Fall einer kriminologischen Indikation hängt die Kostenerstattung vom privaten Versicherungsträger ab.

Bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung werden die Kosten in der Regel nicht von der Krankenkasse übernommen. Die ärztliche Betreuung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch sowie die Behandlung eventueller Komplikationen werden von der Krankenkasse getragen.

Ein Anspruch auf Kostenübernahme für den Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung besteht nur dann, wenn die Schwangere sozial bedürftig ist. Der Antrag auf Kostenübernahme bei Bedürftigkeit muss bei der Krankenkasse gestellt werden. Weitere Informationen bietet die Website des Bundesinstituts für Öffentliche Gesundheit. Nähere Auskünfte können zudem die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen erteilen. Außerdem ist jede gesetzliche Krankenversicherung dazu verpflichtet, zu dieser Frage zu beraten.“

§ 24b SGB V sagt dazu:

„§ 24b Schwangerschaftsabbruch und Sterilisation

(1) Versicherte haben Anspruch auf Leistungen bei einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation und bei einem nicht rechtswidrigen Abbruch der Schwangerschaft durch einen Arzt. Der Anspruch auf Leistungen bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch besteht nur, wenn dieser in einer Einrichtung im Sinne des § 13 Abs. 1 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes vorgenommen wird.

(2) Es werden ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, ärztliche Untersuchung und Begutachtung zur Feststellung der Voraussetzungen für eine durch Krankheit erforderliche Sterilisation oder für einen nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln sowie Krankenhauspflege gewährt. Anspruch auf Krankengeld besteht, wenn Versicherte wegen einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation oder wegen eines nicht rechtswidrigen Abbruchs der Schwangerschaft durch einen Arzt arbeitsunfähig werden, es sei denn, es besteht ein Anspruch nach § 44 Abs. 1.

(3) Im Fall eines unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1 des Strafgesetzbuches [das ist die Beratungsregelung] vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben Versicherte Anspruch auf die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, die ärztliche Behandlung mit Ausnahme der Vornahme des Abbruchs und der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf, die Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln sowie auf Krankenhausbehandlung, falls und soweit die Maßnahmen dazu dienen,

1. die Gesundheit des Ungeborenen zu schützen, falls es nicht zum Abbruch kommt,

2. die Gesundheit der Kinder aus weiteren Schwangerschaften zu schützen oder
3. die Gesundheit der Mutter zu schützen, insbesondere zu erwartenden Komplikationen aus dem Abbruch der Schwangerschaft vorzubeugen oder eingetretene Komplikationen zu beseitigen.

(4) Die nach Absatz 3 vom Anspruch auf Leistungen ausgenommene ärztliche Vornahme des Abbruchs umfaßt

1. die Anästhesie,
2. den operativen Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation,
3. die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,
4. die Injektion von Medikamenten,
5. die Gabe eines wehenauslösenden Medikamentes,
6. die Assistenz durch einen anderen Arzt,
7. die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluß an die Operation.

Mit diesen ärztlichen Leistungen im Zusammenhang stehende Sachkosten, insbesondere für Narkosemittel, Verbandmittel, Abdecktücher, Desinfektionsmittel fallen ebenfalls nicht in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Bei vollstationärer Vornahme des Abbruchs übernimmt die Krankenkasse nicht die mittleren Kosten der Leistungen nach den Sätzen 1 und 2 für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wird. Das DRG-Institut ermittelt die Kosten nach Satz 3 gesondert und veröffentlicht das Ergebnis jährlich in Zusammenhang mit dem Entgeltsystem nach § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes.“

III.3.1 Verfassungsrechtlicher Hintergrund der derzeitigen Regelungen

Die derzeitigen Regelungen entsprechen dem Urteil des BVerfG vom 28. Mai 1993 („Schwangerschaftsabbruch II“), das entschieden hat, das Grundgesetz lasse es nicht zu, „für die Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs, dessen Rechtmäßigkeit nicht festgestellt wird, einen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren. Die Gewährung von Sozialhilfe für nicht mit Strafe bedrohte Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung in Fällen wirtschaftlicher Bedürftigkeit ist demgegenüber ebensowenig verfassungsrechtlich zu beanstanden wie die Fortzahlung des Arbeitsentgelts.“²⁷

Die verfassungsrechtliche Schutzpflicht für das Leben verwehre eine Auslegung des § 24b SGB V dahin, dass Leistungen der Sozialversicherung in gleicher Weise wie bei nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbrüchen dann gewährt werden können, wenn die Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs nicht festgestellt werden kann.

Das Bundesverfassungsgericht verkennt also nicht, dass Abtreibungen nach der Beratungsregelung wegen des Vorliegens eines Rechtsfertigungsgrundes rechtmäßig sein können. Sie sind nicht alle rechtswidrig – deshalb die Formulierung: „bei denen die Rechtmäßigkeit nicht festgestellt werden kann“. Der Rechtsstaat darf jedoch, so das Bundesverfassungsgericht, eine Tötungshandlung nur zum Gegenstand seiner Finanzierung machen, wenn sie rechtmäßig ist und der Staat sich der Rechtmäßigkeit mit rechtsstaatlicher Verlässlichkeit vergewissert hat.

²⁷ BVerfG, Urteil vom 28. Mai 1993 – 2 BvF 2/90 –, BVerfGE 88, 203-366.

Das Bundesverfassungsgericht stellt zu Recht fest, dass ohne den von der Frau verlangten Eingriff, „*der das Leben des Ungeborenen zerstört und nur deshalb die Gesundheit der Frau gefährdet*“, für die Gewährung von Ansprüchen gegen die soziale Krankenversicherung kein Anlass bestünde. Mache der Staat einen solchen medizinischen Vorgang zum Gegenstand eines gegen die gesetzliche Krankenversicherung gerichteten Leistungsanspruchs, so diene dies nicht ausschließlich – wie alle anderen Leistungen der sozialen Krankenversicherung – dem Schutz von Leben und Gesundheit. Die Übernahme der Arztkosten und die sozialversicherungsrechtlich vorgesehene Organisation und Gewährleistung der ärztlichen Leistungen für die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen seien zwar nicht unmittelbar ursächlich für die Tötung des ungeborenen Lebens; sie stellten sich aber als eine Beteiligung des Staates an diesem Vorgang dar. Eine solche Beteiligung sei dem Staat nur gestattet, wenn der Tatbestand einer rechtfertigenden Ausnahme vom prinzipiellen Verbot des Schwangerschaftsabbruchs erfüllt und dies mit rechtsstaatlicher Verlässlichkeit festgestellt worden ist. Der Staat darf sich nach Aussage des Bundesverfassungsgerichts an der Tötung ungeborenen Lebens nicht beteiligen, solange er von der Rechtmäßigkeit dieses Vorgangs nicht überzeugt sein kann – und die Schutzkonzeption der Beratungsregelung lasse keinen Raum, dem Staat eine solche Überzeugung zu vermitteln.

Auch die Wirksamkeitsbedingungen des Schutzkonzepts forderten keine Ausnahme. Das Beratungskonzept schließe ein, dass ein Abbruch der Schwangerschaft unter medizinisch unbedenklichen Bedingungen und unter Umständen erfolgen kann, die das Persönlichkeitsrecht der Frau wahren. Diesen Anforderungen sei nur genügt, wenn keine Frau aus finanziellen Gründen an der Inanspruchnahme eines Arztes gehindert ist. Fehlt es an den dafür erforderlichen Mitteln nicht, entspreche es gesicherter Lebenserfahrung, dass Frauen einen Arzt in Anspruch nehmen, um die bei einem nicht fachgerecht durchgeführten Abbruch drohenden Gefährdungen ihrer eigenen Gesundheit zu vermeiden. Nicht von Ärzten durchgeführte illegale Schwangerschaftsabbrüche seien schon vor Inkrafttreten der §§ 218 ff. StGB a.F. nicht sehr häufig gewesen (unter Verweis auf den Ersten Bericht des Sonderausschusses für die Strafrechtsreform, BTDrucks. 7/1981 <neu>, S. 5 f.). Soweit die Frauen allerdings nicht über hinreichendes eigenes Einkommen oder Vermögen verfügten, könne der Staat nach den Grundsätzen des Sozialhilferechts auch hier ihren Bedarf decken.

Auch das Sozialstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 1 GG) gestatte es dem Staat nicht, die im Rahmen der Beratungsregelung nicht mit Strafe bedrohten Abbrüche mit Rücksicht darauf, dass eine Bewertung ihrer Rechtmäßigkeit im Einzelfall nicht stattfindet, so zu behandeln, als seien sie alle erlaubt. Der Sozialstaat könne auf dem Boden des Grundgesetzes nur mit den Mitteln des Rechtsstaats verwirklicht werden und der Grundsatz der Rechtsstaatlichkeit wäre, so das BVerfG, auch nicht etwa nur am Rande berührt, sondern vielmehr im Kern verletzt, übernehme der Staat allgemein – also ohne eine dem Gedanken des Sozialstaats Rechnung tragende Differenzierung – mittelbar oder unmittelbar (Mit-)Verantwortung für Vorgänge, von deren Rechtmäßigkeit er nicht überzeugt sein kann.

Die Gewährung sozialversicherungsrechtlicher Leistungen für Schwangerschaftsabbrüche, die zwar nicht mit Strafe bedroht werden, deren Rechtmäßigkeit aber nicht feststeht, sei auch deshalb mit der staatlichen Schutzpflicht für das ungeborene menschliche Leben nicht vereinbar, weil dadurch das allgemeine Bewusstsein in der Bevölkerung, dass das Ungeborene auch gegenüber der Mutter ein Recht auf Leben hat und daher der Abbruch der Schwangerschaft grundsätzlich Unrecht ist, erheblich beschädigt werde.

Die Nichtgewährung von Sozialleistungen sei zwar nur begrenzt geeignet, ein rechtliches Unwerturteil über einen Sachverhalt zu verdeutlichen, zumal wenn sie sich auf Leistungen – wie Schwangerschaftsabbrüche – bezieht, die außerhalb des eigentlichen Aufgabenbereichs der Versicherungen liegen. Jedoch müsse umgekehrt, wie auch der Sachverständige Prof. Dr. Schulin ausführte, die Gewährung solcher Leistungen für Sachverhalte, die nicht dem normalen Versicherungsrisiko zuzuordnen sind, in der Bevölkerung den Eindruck erwecken, als handele es sich dabei um einen dem üblichen Risiko gleichkommenden und in diesem Sinne alltäglichen, also der Normalität entsprechenden Vorgang.

Hierbei könne auch nicht unberücksichtigt bleiben, dass die Leistungstatbestände der Sozialversicherung für etwa 90 vom Hundert der Bevölkerung Bedeutung erlangen. Wegen ihrer Auswirkungen auf den persönlichen Lebensbereich würden sie von der Solidargemeinschaft der Versicherten mit besonderem Interesse wahrgenommen und seien damit durchaus geeignet, mit Wertungen, die in ihnen zum Ausdruck kommen, die Vorstellungen der Bevölkerung zu prägen.

Das Konzept der Beratungsregelung kann, so das BVerfG, die Mindestanforderungen an die staatliche Schutzpflicht nur dann erfüllen, wenn es auf die Erhaltung und Stärkung des Rechtsbewusstseins besonderen Bedacht nimmt. Nur wenn das Bewusstsein von dem Recht des Ungeborenen auf Leben wach gehalten werde, könne die unter den Bedingungen der Beratungsregelung von der Frau zu tragende Verantwortung an diesem Recht ausgerichtet und prinzipiell geeignet sein, das Leben des ungeborenen Kindes zu schützen. Diesem Schutz laufe es zuwider, wenn der Staat durch die allgemeine Gewährung von sozialversicherungsrechtlichen Leistungsansprüchen den Abbruch unterstütze und damit unvermeidlich den Eindruck erwecke, der Schwangerschaftsabbruch würde von der Rechtsordnung am Ende doch gutgeheißen. Auch die der schwangeren Frau nahestehenden, für sie und das Ungeborene mitverantwortlichen Personen könnten sich entlastet fühlen, weil sie als normal und rechtmäßig empfinden werden, wofür Leistungen der Sozialversicherung gewährt werden.

Die Verfassung schließe nach alledem die Gewährung sozialversicherungsrechtlicher Leistungen für die ärztliche Vornahme des nicht rechtmäßigen Schwangerschaftsabbruchs und die medizinische Nachsorge bei komplikationslosem Verlauf aus. Insoweit ließen es die dargelegten Grundsätze auch nicht zu, der infolge des Schwangerschaftsabbruchs arbeitsunfähig gewordenen Frau einen Anspruch auf Gewährung von Krankengeld nach § 24b Abs. 2 Satz 2 SGB V einzuräumen.

Fazit: Sollte also die künftige Koalition beabsichtigen, die gesetzlichen Regelungen dahingehend zu ändern, dass künftig auch Schwangerschaftsabbrüche, „*deren Rechtmäßigkeit nicht festgestellt wird*“ durch die Krankenkassen finanziert werden, wäre das nach dem vom BVerfG im zweiten Abtreibungsurteil gesetzten Maßstab verfassungswidrig.

Das zeigt, dass ein Koalitionsvertrag für solche Vorhaben ungeeignet ist. Vielmehr handelt es sich um eine Frage des Gewissens – mit den üblichen Konsequenzen für Gesetzentwürfe, die Gewissensfragen betreffen, und den Umgang damit im Parlament.

III.4 „Stärkung“ der medizinischen Weiterbildung

Auch die Behauptung, die medizinische Aus- und Weiterbildung würde nicht genügend Kenntnisse und Fertigkeiten über Abtreibungen vermitteln, wird immer wieder vorgetragen und eine Vertiefung des Themas bis hin zu praktischen Operationskenntnissen gefordert. Tatsächlich gibt es keine medizinische Fachrichtung, in der die Durchführung von Operationen Bestandteil des Studiums ist.

Im Dezember 2022 wurde die S2K-Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) veröffentlicht. Mit dieser Leitlinie liegen für alle Ärztinnen und Ärzte, insbesondere im Fachbereich der Gynäkologie und Geburtshilfe, umfangreiche Handlungs- und Entscheidungsparameter vor, die dem geltenden medizinischen Kenntnisstand entsprechen.²⁸

Prof. Dr. Matthias David, der maßgeblich an der Erstellung dieser Leitlinie beteiligt war, stellte in seiner Stellungnahme gegenüber dem Rechtsausschuss fest: „Das Thema Schwangerschaftsabbruch ist im Medizinstudium und in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung in Deutschland seit vielen Jahren fest verankert.“

Die Regierung Merkel hatte 2019 Maßnahmen zur Fortentwicklung der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten beschlossen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Ein entsprechendes Konzept wurde 2020 gemeinsam vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und der Bundesärztekammer (BÄK) vorgelegt. Im Rahmen der Erstellung wurden durch das BMG „die Hochschulen um Auskunft gebeten, welche Kompetenzen zum operativen und medikamentösen Schwangerschaftsabbruch mittels welcher Lehrformate aktuell vermittelt werden“. Die Auswertung der Rückmeldungen ergab, „dass alle medizinischen Fakultäten das Thema Schwangerschaftsabbruch im Rahmen des Fachs ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘ im Pflichtcurriculum behandeln.“²⁹

Derzeit wird die Approbationsordnung (ÄApprO) sowie der damit verbundene Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog (NKLM) überarbeitet. Die Approbationsordnung wird voraussichtlich erst 2027 verabschiedet werden, der NKLM wird ab dann verpflichtend sein. Mit der reformierten ÄApprO sollen medizinische, rechtliche und ethische Aspekte der Abtreibung Bestandteil in allen drei Abschnitten des Staatsexamens sein. Der operative Eingriff wird weiterhin nicht dazugehören. Ziel ist nicht die operative Ausbildung, sondern ein tiefes Verständnis für medizinische, rechtliche und ethische Aspekte – verbunden mit realitätsnaher Prüfung und curricularer Verbindlichkeit.

Abtreibungen sind weder medizinisch-routinemäßig notwendig noch flächendeckend Teil der ärztlichen Versorgung. Eine verpflichtende praktische Schulung in Abbruchtechniken ist deshalb weder notwendig noch mit den ethischen Anforderungen an eine pluralistische Ausbildung vereinbar.

Abtreibungen berühren tiefgreifende ethische Überzeugungen. Die Gewissensfreiheit von Ärztinnen und Ärzten ist ein geschütztes Recht. Eine verpflichtende Ausbildung – insbesondere mit praktischen Übungen – wäre eine moralische Zumutung und würde die Abtreibung aktiv „normalisieren“ – und das letztlich auf Kosten der inneren Überzeugung

²⁸ M. David: A. a. O., S. 3.

²⁹ BGM/BÄK „Konzept zur Fortentwicklung der Qualifizierung von Ärztinnen und Ärzten, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen“, Berlin 2020, S. 2.

zukünftiger Mediziner. Die Gewissensfreiheit (Art. 4 GG) ist ein Grundrecht. Sie muss deshalb bedingungslos gewährt werden.

Eines der zentralen Argumente für die angestrebte Änderung der medizinischen Ausbildung ist die Annahme, dass sich mit dem praktischen „Erlernen“ von Abtreibungen die angeblich vorherrschende Angst bei vielen angehenden Ärzten vor dem Eingriff legen würde und mehr Ärzte bereit wären, Abtreibungen durchzuführen.

Diese Überlegung ist aus mehreren Gründen problematisch. Zum einen wird davon ausgegangen, dass sich durch wiederholte praktische Übungen die Hemmungen vieler angehender Ärzte legen würden und der Eingriff damit zu einer selbstverständlichen ärztlichen Tätigkeit werden könnte. Fraglich bleibt dabei, wie die praktische Ausbildung konkret aussehen sollte – ob an Modellen, die lediglich Gewebe simulieren, oder in entsprechenden Einrichtungen mit realen Patientinnen.

Hinzu kommt, dass jeder Gynäkologe ohnehin über die notwendigen Fähigkeiten verfügt, da Ausschabungen beispielsweise nach Fehlgeburten zum Alltag dieses Fachgebietes gehören. Technisch gesehen sind Gynäkologen somit in der Lage, Abtreibungen durchzuführen. Die Forderung, den Eingriff auch auf andere medizinische Fachrichtungen zu übertragen, die mit der Gebärmutter oder Schwangerschaft nichts zu tun haben, wirft jedoch Fragen der medizinischen Sicherheit auf. So wird beispielsweise von einem Nephrologen auch nicht verlangt, Herzoperationen vorzunehmen.

Es ist nicht Aufgabe staatlicher Curricula, gesellschaftlich umstrittene Themen aktiv zu normalisieren. Eine flächendeckende Ausbildung in operativen Abtreibungen liefere vielmehr Gefahr, eine bestimmte ethisch-politische Position zu verfestigen. Die medizinische Ausbildung sollte hingegen neutral bleiben und individuellen Gewissensentscheidungen Raum lassen. In § 12 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) ist ausdrücklich geregelt, dass niemand gegen sein Gewissen zur Mitwirkung an einer Abtreibung gezwungen werden darf. Auf dieser Grundlage beruht auch das Recht konfessioneller Krankenhausbetreiber, die Durchführung von Abtreibungen grundsätzlich abzulehnen.

IV. Schlussfolgerungen

1. Abtreibungen in Deutschland sind medizinisch-technisch sicher.
2. Die Versorgungslage ist ausreichend. Hier sind gegebenenfalls weitere, wissenschaftlich unabhängige Untersuchungen zu veranlassen.

Die ELSA-Studie weist offenbar erhebliche Mängel auf und ist daher als wissenschaftliche Grundlage für politische Entscheidungen nicht geeignet. Selbst die bislang veröffentlichten Teilergebnisse weisen darauf hin, dass es keine „Unterversorgung“ bei Abtreibungen gibt. Eine vollständige Veröffentlichung aller Ergebnisse zur soliden wissenschaftlichen Auswertung ist für die weitere sachliche Beurteilung wichtig.

3. Eine Übernahme der Kosten durch die GKV für alle Abtreibungen über die bisherigen Regelungen hinaus kann aufgrund der Rechtswidrigkeit der Abtreibungen nach der Beratungsregel nicht erfolgen.
4. Methodische, ethische und juristische Grundlagen über Abtreibungen werden von allen medizinischen Fakultäten vermittelt. Die Reform der Approbationsordnung sowie der damit verbundene künftig verpflichtende NKLM stellen die Beibehaltung der Ausbildungsinhalte sicher. Aus Gründen der medizinischen Sicherheit gehört dieser Bereich ausschließlich in die

Gynäkologie und braucht dort nicht separat gelehrt oder gefördert werden. Vielmehr muss die Gewährung der Gewissensfreiheit für medizinisches und Pflegepersonal gewährt bleiben.

Die im Koalitionsvertrag angekündigten Vorhaben dienen nicht der Unterstützung von Frauen, die durch eine ungewollte Schwangerschaft in einen Konflikt geraten. Sie sind nicht geneigt, die Konfliktursachen angemessen zu adressieren bzw. zu beheben. Damit werden auch Ziel und Auftrag des Schutzes von Menschen vor der Geburt verfehlt. Sollten die beabsichtigten Maßnahmen umgesetzt werden, würde dies zu einer systematischen Aushöhlung der bestehenden Regelungen führen.

Nachdem die CDU/CSU-Fraktion den erwähnten Gruppenantrag, für dessen Inhalt die SPD mitverantwortlich zeichnet und der offenbar die Grundlage für die entsprechende Passage des Koalitionsvertrages bildet, abgelehnt und in der Anhörung des Rechtsausschusses gegenteilige Gutachten und Stellungnahmen beigebracht hat, ist es unverständlich, dass diese offensichtlich fehlerhaften und nicht ausreichend belegten SPD-Positionen in die Koalitionsvereinbarung Eingang gefunden haben.

V. Empfehlungen

Erleichterung und Förderung von Abtreibungen sind weder eine angemessene Hilfe für Frauen in Schwangerschaftskonflikten noch dienen sie dem Schutz von Kindern vor ihrer Geburt. Eine verantwortungsvolle Politik muss sich die Prävention von Abtreibungen zum Ziel setzen – im Interesse aller Betroffenen.

Die im Koalitionsvertrag vorgesehenen familienpolitischen Maßnahmen können einen wichtigen Beitrag leisten, da sie die Rahmenbedingungen für Familien verbessern. Für eine Politik, die ihrem Auftrag entsprechend den Schutz des Lebens garantiert, sind außerdem folgende Maßnahmen zu empfehlen:

1. Schutz von Kindern vor der Geburt

Der strafrechtliche Schutz von Kindern vor der Geburt darf nicht aufgeweicht oder ausgehöhlt werden. Eine weitere Abstufung des Lebensrechtes von Kindern im Mutterleib muss ausgeschlossen sein.

2. Ursachen von Schwangerschaftskonflikten untersuchen und Beratung und Hilfe für Schwangere in Konfliktlagen verbessern

Um Beratung und Hilfe besser auf die Bedürfnisse von Schwangeren in Notlagen abstimmen zu können, bedarf es der Untersuchung der Ursachen von Schwangerschaftskonflikten in einer breit angelegten Studie, die auch die staatlich anerkannten Beratungseinrichtungen einbezieht. Nur auf der Grundlage einer möglichst breiten Datenlage können Erkenntnisse über die tatsächlichen Ursachen von Konfliktsituationen gewonnen werden. Bisher gibt es nur eine wissenschaftliche Studie in Deutschland zur Motivforschung, die sehr viele wichtige Ergebnisse zur Verbesserung der Lage von Frauen im Schwangerschaftskonflikt liefert.³⁰

Eine gute Beratung und adäquate Hilfen sind für eine Prävention von Abtreibungen essenziell. Doch genügen die Beratungsangebote den gesetzlichen Anforderungen? Sind sie nur ergebnisoffen oder sind sie auch lebensbejahend, wie es § 219 StGB verlangt? Die nach wie vor zu hohe Zahl an Abtreibungen lässt daran zweifeln. Wir halten deshalb eine Evaluation der Beratungseinrichtungen und der dort durchgeführten Beratung für dringend erforderlich.

³⁰ Florian Michael Dienerowitz: Die Gründe für den Schwangerschaftskonflikt im Kontext des Diskurses um den Schwangerschaftsabbruch – Eine medizinethische und medizinrechtliche Zwischenbilanz nach über 25 Jahren der Anwendung des 1995 reformierten § 218 StGB, Mannheim 2021.

Finanzielle Hilfen für Schwangere in Konfliktlagen und Familien, wie sie etwa durch die Bundesstiftungen „Mutter und Kind – Schutz des ungeborenen Lebens“ und „Frühe Hilfen“ geleistet werden, sind wirksam zu verbessern. Keine Frau darf sich gezwungen sehen, aufgrund von finanziellen, sozialen oder ähnlichen Gründen über eine Abtreibung nachzudenken.

Besonderes Augenmerk sollte auf erzwungene Abtreibungen durch Nötigung, vor allem seitens der Kindsväter und weiterer Angehöriger, gelegt werden. Frauen brauchen hier mehr Aufklärung über ihre auch rechtlichen Möglichkeiten, um wirklich selbstbestimmt entscheiden zu können und nicht dem Druck von außen ausgeliefert zu sein.

Über Hilfen sowie Beratungsmöglichkeiten muss besser informiert werden. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Urteil von 1993 deutlich gemacht, dass auch der öffentlich-rechtliche Rundfunk bei der Ausübung der Rundfunkfreiheit (Art. 5 Abs. 1 GG) und alle staatlichen Stellen und Behörden der Würde und dem Lebensrecht des Menschen verpflichtet sind und daher Teil an der Schutzaufgabe gegenüber Kindern vor der Geburt haben.

3. Abtreibungsstatistik verbessern

Die Abtreibungsstatistik ist hinsichtlich der tatsächlichen Zahl der Abtreibungen nicht realistisch. Es muss eine umfassende Meldepflicht statt einer Auskunftspflicht geben. Außerdem sollte in jedem Bundesland das Verhältnis zwischen ausgestellten Beratungsscheinen und durchgeführten Abtreibungen erfasst werden, um Hinweise auf die Qualität und Wirksamkeit der Schwangerschaftskonfliktberatung zu erhalten.

4. Bewusstsein für das Leben schaffen

Das allgemeine Bewusstsein in der Bevölkerung, dass Kinder auch vor ihrer Geburt ein Recht auf Leben haben und deshalb die Abtreibung grundsätzlich Unrecht ist, ist in den letzten Jahren auch durch die Berichterstattung in den Medien untergraben und nachhaltig beschädigt worden. Dies steht im Widerspruch zur Rechtsprechung.

Nur durch umfassende Information über die biologischen Zusammenhänge bei der Entstehung menschlichen Lebens kann ein Bewusstsein für den Wert und die Unverfügbarkeit des menschlichen Lebens erwachsen. Die Embryologie, die die Entwicklung des Menschen im Mutterleib erforscht, aber auch grundlegende biologische Kenntnisse etwa über den Zyklus der Frau sowie die Wirkung und Versagerquoten von künstlichen Verhütungsmitteln und ein verantwortungsvoller Umgang mit Sexualität müssen verpflichtend in den Schulunterricht integriert werden. Dies kann helfen, viele überraschende Schwangerschaften zu vermeiden.

Eine wirkungsvolle Politik, die den Schutzauftrag für das Leben angemessen erfüllt und auch die Frauen in Konfliktsituationen in ihren Handlungsmöglichkeiten stärkt, ist möglich.

Das Recht auf Leben, unabhängig von Umständen oder Kriterien, ist das grundlegende Menschenrecht. Die Wahrung dieses Rechts muss oberste Priorität haben.