



Wortprotokoll der 39. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 15. April 2026, 16:00 Uhr
als Kombination aus Präsenzsitzung
(Paul-Löbe-Haus, Saal E 300) und
Zoom-Meeting.

Vorsitz: Dr. Tanja Machalet, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Seite 5

Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Ulla Schauws, Dr. Janosch Dahmen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie des Abgeordneten Stefan Seidler

Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen sichern

BT-Drucksache 21/3909

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Ausschuss für Recht und Verbraucherschutz

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Berichterstatter/in:

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonther [BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN]

**Mitglieder des Ausschusses**

Fraktionen	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Beek, Sascha van Borchardt, Simone Hiller, Dr. Matthias Janssen, Anne Müller, Axel Pauls, Dr. Thomas Pilsinger, Dr. Stephan Schmidt, Sebastian Seitz, Nora Streeck, Dr. Hendrik Theiss, Dr. Hans Weiss, Dr. Maria-Lena Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Aumer, Peter Demuth, Ellen Ehm, Lars Grasse, Adrian Knoerig, Axel Ludwig, Dr. Saskia Müller, Sepp Reddig, Pascal Rupprecht, Albert Staffler, Katrin Stegemann, Albert Timmermann-Fechter, Astrid
AfD	Baum, Dr. Christina Bloch, Joachim Dietz, Thomas Ebenberger, Tobias Hess, Nicole Schießl, Carina Sichert, Martin Weiss, Claudia Ziegler, Kay-Uwe	Bessin, Birgit Birghan, Dr. Christoph Bollmann, Gereon Fetsch, Thomas Giersch, Alexis L. Kempf, Martina Möller, Stefan Przygodda, Kerstin Schmidt, Dr. Paul
SPD	Machalet, Dr. Tanja Mieves, Matthias David Moll, Claudia Pantazis, Dr. Christos Schwartz, Stefan Seitzl, Dr. Lina Yüksel, Serdar	Ahmetovic, Adis Dittmar, Sabine Glöckner, Angelika Kersten, Dr. Franziska Peick, Jens Schmidt (Wetzlar), Dagmar Stadler, Svenja
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Dahmen, Dr. Janosch Fischer, Simone Heitmann, Linda Kappert-Gonthier, Dr. Kirsten Wagner, Johannes	Grau, Dr. Armin Nick, Dr. Ophelia Piechotta, Dr. Paula Rietenberg, Sylvia
Die Linke	Gürpınar, Ates Merendino, Stella Schötz, Evelyn Stange, Julia-Christina	Arndt, Dr. Michael Brückner, Maik Fey, Katrin Gebel, Kathrin



Liste der Auskunftspersonen

Öffentliche Anhörung „Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen sichern“
am 15. April 2026, 16 Uhr, Paul-Löbe-Haus E 300

- Deutscher Juristinnenbund¹
- Deutscher Caritasverband²
- Kristijan Aufiero (1000plus-Profemina)³
- Prof. Dr. Daphne Hahn (Hochschule Fulda)⁴ (online)
- Prof. Dr. Mandy Mangler (Vivantes Klinikum)⁵
- Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV))²
- Prof. Dr. Dana-Sophia Valentiner (Helmut-Schmidt-Universität)⁵
- Prof. Dr. Joachim Volz (Klinikum Lippstadt)¹
- Prof. Dr. Stephanie Wallwiener (Universitätsklinikum Halle)² (online)

¹ Auf Vorschlag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

² Auf Vorschlag der Fraktion der CDU/CSU zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

³ Auf Vorschlag der Fraktion der AfD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁴ Auf Vorschlag der Fraktion Die Linke zur öffentlichen Anhörung eingeladen.

⁵ Auf Vorschlag der Fraktion der SPD zur öffentlichen Anhörung eingeladen.



Die Anwesenheitslisten liegen dem Originalprotokoll bei.



Beginn der Sitzung: 16 Uhr

Einzigiger Tagesordnungspunkt

Antrag der Abgeordneten Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Ulle Schauws, Dr. Janosch Dahmen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN sowie des Abgeordneten Stefan Seidler

Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen sichern

BT-Drucksache 21/3909

Die **Vorsitzende**, Abg. **Dr. Tanja Machalet** (SPD): Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, sehr geehrte Sachverständige, sehr geehrte Vertreterinnen und Vertreter der Bundesregierung, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich begrüße Sie heute zu unserer öffentlichen Anhörung des Gesundheitsausschusses, die wie immer eine Mischung aus Online- und Präsenzmeeting ist. Vorab möchte ich die Sachverständigen und alle anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die per Zoom zugeschaltet sind, bitten, sich mit ihrem Namen anzumelden, damit ihre Teilnahme für uns auch wirklich erkennbar ist. Außerdem bitte ich Sie, zunächst Ihre Mikrofone aususchalten.

Meine Damen und Herren, in der heutigen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN und des fraktionslosen Abgeordneten Stefan Seidler, den ich auch recht herzlich hier im Ausschuss begrüße, Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen sichern, Drucksache 21/3909. In dem Antrag stellen die Initianten unter anderem fest, dass der überwiegende Teil der Schwangerschaftsabbrüche von nur wenigen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt wird. Aufgrund der Demografie werde sich die Zahl noch verringern. Für jede fünfte Frau sei es problematisch gewesen, eine entsprechende Einrichtung zu finden. Viele hätten weiter als 100 km fahren müssen. Daraus schließt die Fraktion, dass die Länder ihrer Verpflichtung gemäß des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) nicht nachkämen. Sie stellten kein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche bereit. Dieser Zustand soll mit dem Antrag geändert werden. Die Länder sollen verpflichtet werden, ihrem Versorgungsauftrag nachzukommen. Es soll zudem verhindert werden, dass sich die Versorgungslage durch

Krankenhausfusionen noch weiter verschlechtert. Schließlich sollen Schwangerschaftsabbrüche in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung verankert werden. Über diese und weitere Forderungen wollen wir heute mit Ihnen, sehr geehrte Sachverständige, sprechen.

Bevor wir aber beginnen, will ich noch einige Anmerkungen zum Ablauf der Anhörung machen. Uns stehen 60 Minuten zur Verfügung für Fragen und Antworten. In dieser Zeit werden die Fraktionen abwechselnd Fragen an die Sachverständigen stellen. Es beginnt die Fraktion, die die Vorlage formuliert hat. Das ist heute die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Die weitere Reihenfolge orientiert sich an der Stärke der Fraktionen und beruht auf einer ausschussinternen Vereinbarung. Es wird immer eine Frage an eine Sachverständige oder einen Sachverständigen gestellt. Die Frage- und Antwortzeiten sind auf insgesamt drei Minuten begrenzt. Ich darf daher darum bitten, die einzelnen Wortbeiträge möglichst kurz zu halten, damit viele Fragen gestellt werden können und viele Sachverständige zu Wort kommen. Die Anhörung wird live im Parlamentsfernsehen übertragen und das Wortprotokoll der Anhörung auf der Internetseite des Ausschusses veröffentlicht. Die aufgerufenen Sachverständigen, die online teilnehmen, weise ich noch darauf hin, dass sie, sobald sie ihren Redebeitrag beginnen, für uns hier im Sitzungssaal auf einem Videowürfel zu sehen und zu hören sind. Ihr Bild wird dann auch im Parlamentsfernsehen bzw. im Videostream übertragen. Bitte beachten Sie, dass Ihr Bild auch nach Ihrem Redebeitrag möglicherweise noch hier gesehen und im Internet bzw. im Parlamentsfernsehen übertragen werden kann. Ich bitte die Sachverständigen entsprechend der Regelungen in § 70 Absatz 6 Satz 3 der Geschäftsordnung des Deutschen Bundestages beim ersten Aufruf, aber wirklich auch nur beim ersten Aufruf, etwaige finanzielle Interessenverknüpfungen in Bezug auf den Beratungsgegenstand offenzulegen. Das soll unsere öffentlichen Anhörungen sowohl für die Abgeordneten als auch für die Zuschauerinnen und Zuschauer noch transparenter machen. Ich danke auch den Sachverständigen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben. Die werden dann auf der Ausschussseite veröffentlicht. Dann noch ein Hinweis an die Gäste auf der Galerie: Beifallsbekundungen und Zwischenrufe sowie die Aufzeichnung der Anhörung mit dem Smartphone oder anderen Geräten sind nicht gestattet. Das



waren jetzt die umfangreichen Hinweise. Wir beginnen jetzt mit der ersten Frage. Kollegin Dr. Kirsten Kappert-Gonthier, Bitteschön.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine erste Frage richtet sich an Herrn Prof. Dr. Volz. Können Sie uns einmal aus Ihrer Perspektive als Arzt bitte darstellen, welche Konsequenzen für die Versorgungssicherheit für Patientinnen und Patienten die aktuelle Rechtslage hat?

Prof. Dr. Joachim Volz (Klinikum Lippstadt): Ich hatte jetzt ein Jahr lang die Chance, die Gerichte prüfen zu lassen, was das Recht zurzeit sagt. Man kann zusammenfassend feststellen, dass es klar ist, dass es einen Versorgungsauftrag der Krankenhäuser gibt. Aber diese Versorgung ist mehr oder weniger zufällig. Es ist so, dass es verständlich ist, dass im ambulanten Bereich bei den niedergelassenen Ärzten keine Verpflichtung, einen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen, erreicht werden kann. Das Gleiche gilt aber auch für die Krankenhäuser. Allein der Bezug auf die Gewerbeordnung reicht, um einem Träger zu erlauben, keinen Schwangerschaftsabbruch durchzuführen. In Konsequenz ist es so, dass Patienten mehr oder weniger gut versorgt werden. Im Augenblick geht das Pendel in Richtung weniger. Ich kann das aus meiner eigenen Erfahrung sagen. Wir hatten eine Fusion im Bereich Lippstadt in meinem Krankenhaus. Ein evangelisches Krankenhaus wurde übernommen von einem katholischen. Es war so, dass meine Klinik, wo ich Chefarzt bin, die ganze Versorgung der Region geleitet hat. Wir führten in Paderborn, im katholischen Haus, keine Schwangerschaftsabbrüche durch, jedoch in Bielefeld, im evangelischen Haus. So war das. Nun haben die Patientinnen keine Versorgung mehr. Sie müssen weit weggeschickt werden. Ich rede hier von der medizinischen Indikation, die pars pro toto zu sehen ist. Das heißt, eine Frau, der ich die Diagnose stelle, dass das Kind eine schwere Schädigung hat, einen Anenzephalus, also das ungeborene Kind keine Schädeldecke hat, müssen wir wegschicken. Unbekannterweise wohin - es gibt keine sichere Struktur. Es ist niemand da, wo ich sagen kann, der macht das jetzt. Ich habe vielleicht eine Kollegin in Bielefeld, die aber gerade im Urlaub ist, die macht das nicht, sodass man einfach sagen kann, es ist

nicht sicher. Wir müssen dazu übergehen, einfach sichere, feste Strukturen zu schaffen, um diese Patienten gut versorgen zu können. Das ist in meinen Augen kein Problem, denn wir haben die rechtlichen Möglichkeiten bei uns. Wir haben den Wunsch, das zu tun in unserem Land. Wir haben eine große Mehrheit der Bevölkerung hinter uns. Dieser Versorgungsmangel hat nicht nur Auswirkungen auf die Patienten, sondern es hat auch Auswirkungen auf unsere Bevölkerung. Als diese Übernahme der Katholiken bei uns in Lippstadt kam, ist wirklich halb Lippstadt auf die Barrikaden gegangen. Es gab Demonstration. Über 350 000 Menschen haben Petitionen unterschrieben, dass diese dogmatische Übernahme einfach nicht sein kann. Es ist also nicht nur ein Problem für unsere Patienten, sondern es ist auch ein Problem für unseren Rechtsstaat, der hier seine Interessen, seine Gesetze, seine Ideen, die er hat, die er fixiert hat, die es gibt, einfach nicht durchsetzt. Das ist es, was ich zu diesem Thema Versorgungssicherheit sagen muss. Sie ist zufällig, sie ist nicht organisiert. Das müssen wir ändern.

Die **Vorsitzende:** Kollege Seidler fragt weiter.

Abg. Stefan Seidler (SSW, fraktionslos): Meine Frage geht an den Deutschen Juristinnenbund. Gerade in ländlich geprägten Regionen wie in Schleswig-Holstein zeigt sich sehr konkret, wie brüchig die Versorgungslage beim Schwangerschaftsabbruch inzwischen ist. Bei uns in Flensburg lässt sich das sehr deutlich darstellen. Seit dem 1. März des Jahres sind dort keine operativen Schwangerschaftsabbrüche mehr möglich. Patientinnen müssen für entsprechende Eingriffe weite Wege auf sich nehmen und gleichzeitig berichten Beratungsstellen von steigender Nachfrage, besonders bei den vulnerablen Gruppen. Hinzu kommen strukturelle Hürden wie arbeitsvertragliche Einschränkungen bei den konfessionellen Trägern, wirtschaftliche Unattraktivität aufgrund unzureichender Vergütung sowie hohe Anforderungen an die Zulassung ambulanter operativer Angebote. Vor Ort werden daher unter anderem Modelle wie ein eigenständiges ambulantes Versorgungszentrum oder interdisziplinäres Gesundheitszentrum angeregt. Vor diesem Hintergrund möchte ich Sie fragen: Wie bewerten Sie die rechtlichen und die strukturellen Rahmenbedingungen für den Aufbau solcher unabhängigen



Versorgungsmodelle, insbesondere mit Hinblick auf die Trennung von konfessionellen Krankenhausstrukturen, Vergütungsfragen und Zulassungsrechten? Welche konkreten gesetzlichen und untergesetzlichen Anpassungen halten Sie für notwendig, um die Versorgung verlässlich sicherzustellen?

Prof. Dr. Liane Wörner (Deutscher Juristinnenbund): Richtig ist, dass der Bund die Länder mit § 13 SchKG schon verpflichtet hat. Der Antrag zielt jetzt darauf ab, ob die Länder diese gesetzlich aufgegebene Pflicht erfüllen. Das ist eigentlich schon eine Frage nach der Reichweite von Bundeszwang. Die Pflicht aus § 13 SchKG ist für die Länder bindend. Sie müssen das gewissenhaft erfüllen. Das ist nach der aktuellen Versorgungslage, die wir haben, seit 31 Jahren nicht der Fall. Eine Bedarfsplanung seitens der Länder liegt nicht vor. Zudem machen, darauf haben Sie jetzt gerade aufmerksam gemacht, die Krankenhäuser von dem kollektiven Weigerungsrecht zunehmend Gebrauch. Wenn der Bund also erkennt, dass die Länder ihre Pflicht nicht erfüllen, was derzeit nachweislich nach der ELSA-Studie (Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“ der Fall ist, und Deutschland darüber hinaus zur Einhaltung menschenrechtlicher Vorgaben angehalten ist, so muss der Bund gesetzlich klarstellend nachsteuern, was die Pflicht bedeutet - also § 13 SchKG gegebenenfalls ergänzen. § 12 Absatz 2 SchKG reicht dann nicht. Auch diese Vorschrift ist zu ergänzen. Darüber hinaus erscheint die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Erarbeitung gemeinsamer Strategien ratsam, um die umfassende und landesweite Bedarfsplanung insgesamt, so wie es das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) 1993 aufgegeben hat, sicherzustellen. Es bedarf bundesweiter Kriterien für ein ausreichendes Angebot an Einrichtungen und schließlich auch der Klärung und Festlegung der Verpflichtung von Ärzten und Ärztinnen, die selbst keine Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, was sie im Notfall zu tun haben.

Die **Vorsitzende**: Frau Zeulner, bitte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Prof. Dr. Wallwiener. Wie beurteilen Sie die Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbrüchen

insgesamt? Sehen Sie eine Unter- und oder Fehlversorgung?

Prof. Dr. Stephanie Wallwiener (Universitätsklinikum Halle): Ich habe keine finanziellen Interessenkonflikte zum Thema Schwangerschaftsabbruch generell. Aus meiner gynäkologisch-ärztlichen Sicht verfügt Deutschland über ein flächendeckendes Netz an ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen, in denen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Die ELSA-Studie und insgesamt andere Publikationen zeigen natürlich, dass es regional unterschiedliche Dichten gibt, aber es gibt keine generelle strukturelle Unterversorgung. Die Versorgung ist grundsätzlich gewährleistet. Die regionale Verteilung und Organisation können aber verbessert werden. Zur Organisation wurde gerade schon genannt, dass ambulante OP-Zentren wichtig sind. Schwangerschaftsabbrüche finden vorwiegend nicht in einer Klinik statt. Das sind, wie Kollege Volz schon angesprochen hat, die medizinischen Indikationen, Abbrüche ab 14 plus 0. Frühere Abbrüche finden zum Hauptteil in den ambulanten Praxen und OP-Zentren statt. Gerade die haben hohe Auflagen in Bezug auf Hygiene, die hohen Vorhaltekosten des OPs und versus ein relativ geringes Entgelt, das natürlich die Finanzierung oft schwierig macht. Ein wichtiger Punkt ergänzend zur ELSA-Studie: Die Studie wird häufig leider verkürzt dargestellt. Tatsächlich berichteten hier 80 bis 85 Prozent der Frauen über eine gute bis sehr gute Zufriedenheit mit der Versorgung. Es zeigte sich ebenso, dass die Mehrheit keine Schwierigkeiten hatte, eine Ärztin oder einen Arzt zu finden. Das bedeutet im Endeffekt, dass die Versorgungsrealität von den betroffenen Frauen selbst überwiegend als positiv bewertet wurde. Man muss das Ganze natürlich differenziert einordnen. Es gibt regionale Unterschiede, insbesondere im ländlichen Raum. Wenn Sie als Beispiel Sachsen-Anhalt nehmen, sind wir als Universitätsklinikum Halle für einen großen Versorgungsraum der Anbieter für frühe Schwangerschaftsabbrüche. Bei den Spätabbrüchen und Fetoziden sind wir das für ganz Sachsen-Anhalt. Tatsächlich reicht das im Vergleich zur Bevölkerungsstruktur mit einigen wenigen ergänzenden ambulanten Einrichtungen vollkommen aus von den Patientenzahlen. Man muss zwar Unterschiede sehen, aber die stehen nicht für eine generelle Unterversorgung und sind der Ausdruck, wie das in



vielen medizinischen Bereichen ist, für eine heterogene Versorgungslandschaft.

Die **Vorsitzende**: Frau Kempf, bitte.

Abg. **Martina Kempf** (AfD): Meine Frage geht an Herrn Aufiero. Sie leiten das größte nicht kirchliche Beratungsangebot Deutschlands für Frauen im Schwangerschaftskonflikt, das nicht staatlich gefördert wird, nämlich die Organisation Profemina. Brauchen Frauen im Schwangerschaftskonflikt ihrer Erfahrung nach mehr Ärzte und Kliniken, die Abtreibung durchführen oder was brauchen sie?

Kristijan Aufiero (1000plus-Profemina): Der einseitige Ausbau einer Infrastruktur, die sich einzig auf das Angebot von Abtreibungen fokussiert, entspricht nicht den artikulierten Bedürfnissen und Wünschen von Frauen im Schwangerschaftskonflikt. Den sehr verehrten Mitgliedern dieses Ausschusses kann ich daher nur raten, aus der Perspektive der realen Beratung von Abertausenden von Frauen im Schwangerschaftskonflikt den vorliegenden Antrag abzulehnen. Wenn die Sorge der Antragsteller tatsächlich den betroffenen Frauen im Schwangerschaftskonflikt gilt, gibt es einen sehr viel wirksameren und effektiveren Weg, um einer angeblich zu hohen Nachfrage nach Abtreibung oder einem angeblich zu geringem Angebot an Ärzten und Kliniken, die Abtreibungen durchführen, zu begegnen. Und zwar durch mehr objektive Information, durch mehr und vor allen Dingen bessere Beratung von Frauen im Schwangerschaftskonflikt und vor allem durch ganz konkrete Hilfe, die Alternativen zur Abtreibung schafft und anbietet. Die Erfahrung aus Abertausenden Beratungen in den vergangenen Jahren und Jahrzehnten hat uns einfach zwei Dinge im Wesentlichen gelehrt. Erstens, die überwältigende Mehrheit der Frauen im Schwangerschaftskonflikt wünscht sich keine Abtreibung, sondern bevorzugt nach Möglichkeit die Lösung der Probleme und Ursachen ihres Entscheidungs dilemmas. Werden in einem Beratungsprozess tatsächlich solche Lösungen und Alternativen gemeinsam mit und für die Frau erarbeitet, entscheidet sich empirisch nachweisbar zwei Drittel für das Leben ihres ungeborenen Kindes. Kompetente Information, professionelle Beratung und tatkräftige Hilfe sind somit das mit Abstand wirksamste Mittel zur Lösung von Schwangerschaftskonflikten.

Etwaige angebliche Engpässe im Sinne der Antragsteller entstünden erst gar nicht, wenn Schwangere in Not in dem Maße exzellente Hilfe statt Abtreibung erhalten würden, wie es sich die Frauen de facto wünschen. In der Förderung und Bereitstellung lebensbejahender Beratung und Hilfe liegt der eigentliche Auftrag des Gesetzgebers, der hier adressiert wird, und für unsere Gesellschaft und für jeden einzelnen Bürger unseres Landes, dem das Wohlergehen von schwangeren Frauen und ihren ungeborenen Kindern und Familien wirklich am Herzen liegt.

Die **Vorsitzende**: Kollege Pantazis, bitte.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Professorin Mandy Mangler. Wenn wir die aktuelle Versorgungslage sachlich bewerten: Wo sehen Sie derzeit die größten praktischen Engpässe beim Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen? An welchen Stellen besteht aus Ihrer Sicht der dringendste Handlungsbedarf?

Prof. Dr. Mandy Mangler (Vivantes Klinikum): In der Theorie haben wir in Deutschland Menschen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, und Schwangerschaftsabbrüche sind erreichbar, aber in unterschiedlichen Regionen unterschiedlich optimal. Für Berlin, wo wir die höchste Rate haben an Ärzten und Ärztinnen, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten, bedeutet das aber nichtsdestotrotz, dass zwei Drittel der Gynäkologinnen dies nicht tun und nicht registriert sind und vor allem ein großer Teil der Kliniken das nicht tut. Da sind die konfessionellen Häuser dabei, da sind aber auch Häuser dabei, wo zum Beispiel die Leitung sich dagegen entscheidet. Krankenhäuser sind eine heterogene Masse an Menschen. Das heißt, da wird es immer Menschen geben, die eigentlich bereit sind, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Und so haben wir da eine Versorgungslücke. Man sieht als Patientin gar nicht durch, wo kann ich hingehen und wo wird mir geholfen oder wo werde ich stigmatisiert und weggeschickt und muss dann irgendeine andere Struktur finden. Die Strukturen sind dort undurchsichtig. Und in anderen Regionen, außerhalb Berlins zum Beispiel, ist es so, dass man dann in ganzen Landstrichen niemanden findet. Wir brauchen eine starke Struktur der Information



an die Patientin, dass sie weiß, wo sie hinget und wer sie versorgt, und dass sie dort erreichbar kommt. Über 100 000 Menschen pro Jahr sind es dennoch wert, dass man eine Struktur schafft, die außerhalb von Krankheit zum Beispiel oder im Krankenhaus dann diesen Menschen gerecht wird. Informationen sind dabei ein wichtiger Schlüssel, um diesen Menschen eine Versorgungsstruktur darzulegen. Wir haben diese Versorgungslücken, die haben wir vielfältig bewiesen in Statistiken in der ELSA-Studie, aber auch außerhalb der ELSA-Studie. Diese sind vielleicht in der Theorie wegdiskutierbar, aber in der Praxis sind sie das nicht. In der Praxis erlebe ich das jeden Tag. Zu mir kommen Patientinnen, die mir drüber berichten und die eine lange Leidensgeschichte haben. Ich finde, dass man diesen nicht gerecht wird. Man kann diese Situation nicht lösen, indem man eine verbesserte, vielleicht biografische Struktur schafft. In der Realität haben sie das oft nicht. Das heißt, wir sollten zum Beispiel, wie der Deutsche Ärztetag letztes Jahr empfohlen und entschieden hat, Schwangerschaftsabbrüche in die Versorgungsstruktur, in die Weiterbildungsordnung der Ärzte und Ärztinnen bringen, nicht nur in der Gynäkologie, sondern insgesamt, sodass dort die Versorgung verbessert werden kann, denn sie ist nicht optimal im Moment.

Die **Vorsitzende**: Frau Schauws, bitte.

Abg. **Ulle Schauws** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Wörner. In unserem Antrag schlagen wir vor, dass die Länder durch den Bundesgesetzgeber verpflichtet werden, die Versorgung sicherzustellen. Wie bewerten Sie dies rechtlich mit Blick auf die Umsetzbarkeit und Verbesserung der Versorgungslage? Können Sie dabei insbesondere die Gesetzgebungskompetenz des Bundes und das Verweigerungsrecht von Krankenhausleitungen bzw. Trägern eingehen?

Prof. Dr. Liane Wörner (Deutscher Juristinnenbund): Ihre Frage zielt auf die Einordnung des Versorgungsauftrags und des gesetzlich bestehenden Weigerungsrechts. Maßnahmen der Bundesregierung, damit die Länder ihrem Versorgungsauftrag nachkommen, sind rechtlich zwingend. Die Versorgung ist aktuell nicht sichergestellt. Menschenrechtliche Vorgaben werden nicht eingehalten. Das

BVerfG fordert seit 1993 die Sicherstellung – ich zitiere: „ein umfassendes Konzept als landesweite infrastrukturelle Planung, in welcher die Einrichtungen privater, freigemeinnütziger, kommunaler und staatlicher Träger aufzunehmen und aufeinander abzustimmen sind.“ Das ist nach aktueller Rechtslage erforderlich, weil das das Strafgesetz mit §§ 218 und § 218a Strafgesetzbuch (StGB) die Schwangere mit Beratung gewinnen, statt mit Strafe abschrecken will. Ohne flächendeckend erreichbares gesetzlich sichergestelltes Versorgungsangebot ist es nicht möglich. Mit den Worten des BVerfG erfordert das Bedarfserfassung, Planung und deren Sicherstellung. Wenn Einrichtungen der Schwangerschaftsabbruch zur Pflicht gemacht werden, bedarf es gesetzlich bestimmter Maßstäbe und Befugnisse für die erforderlichen behördlichen Anforderungen, so auch das BVerfG. § 13 Abs. 2 SchKG war offensichtlich allein nicht ausreichend. Das liegt nicht daran, dass Ärztinnen und Ärzte sich nicht an Schwangerschaftsabbrüchen beteiligen wollen, sondern daran, dass wegen der Rechtswidrigkeit des Schwangerschaftsabbruchs die Zulassungshürden, die Verwaltungserfordernisse bei der Verfahrensteilnahme, die Vorfinanzierungskosten zu hoch, die Medikamentenbeschaffung zu aufwendig sind. Dem kann abgeholfen werden. Zudem ist menschenrechtlich problematisch, dass der Schwangerschaftsabbruch nicht als Gesundheitsleistung anerkannt ist. Deutschland wird deshalb vom Frauenrechtsausschuss der Vereinten Nationen gerügt. Der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte betont, dass der Zugang von Art. 8 Europäische Menschenrechtskonvention auch das Privatleben umfasst. Die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation zur Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen, die Internationale Hebammenvereinigung und die Internationale Förderung für Gynäkologie und Geburtshilfe sprechen von einem Kernelement der allgemeinen Gesundheitsversorgung. Der Gesetzgeber muss daher tätig werden, weil das Beratungskonzept damit steht und fällt. Zur zweiten Teilfrage: § 12 Abs. 2 SchKG enthält kein kollektives Weigerungsrecht. Das BVerfG hat 1993 nur betont, dass Ärztinnen nicht gegen ihr Gewissen zur Mitwirkung an Schwangerschaftsabbrüchen verpflichtet werden dürfen, sie sollen frei mitwirken. Die Gewissensfreiheit ist ein individuelles Recht. Das Recht, andere zur Befolgung eigener Gewissensüberzeugung zu zwingen, enthält das gerade nicht. Eine ökumenische Glaubenslehre etwa



beim Zusammenschluss von Krankenhäusern, die Schwangerschaftsabbrüche grundsätzlich untersagt, gibt es nicht. Könnten sich Krankenhäuser selbstständig in unternehmerischer Freiheit aus der Versorgung entlassen und frei entscheiden, dann wäre Bedarfsplanung schlechthin unmöglich.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Meine Frage geht an Prof. Dr. Daphne Hahn. Welchen Zugangsbarrieren begegnen Frauen in Deutschland, die einen Schwangerschaftsabbruch in Anspruch nehmen möchten und welche psychischen und medizinischen Folgen hat es, dass ungewollt Schwangere teils keinen orts- und zeitnahen Zugang zu einem Abbruch haben? Wie sind orts- und zeitnah definiert?

Die **Vorsitzende**: Frau Prof. Dr. Hahn, bitte.

Prof. Dr. Daphne Hahn (Hochschule Fulda): Wir kamen zu dem Ergebnis, dass beim Zugang zur medizinischen Versorgung beim Schwangerschaftsabbruch erhebliche Barrieren bestehen. Zu den Barrieren gehören längere Wege zur Einrichtung, die Schwierigkeit, eine Einrichtung zu finden, Zeitdruck durch längere Wartezeiten, Informationsbarrieren, und die Kosten für den Abbruch und die Kosten über den Abbruch hinaus. Vier von fünf Frauen und damit die Mehrheit der Befragten stoßen auf mindestens eine Barriere, jede dritte Frau sogar auf mehrere Barrieren. Das heißt, die ELSA-Daten zeigen, dass bei Frauen, die Zugangsbarrieren angaben, mehr Zeit zwischen der Feststellung einer Schwangerschaft und einem Abbruch vergeht. Regional unterschiedliche Zugänge zur Versorgung spiegeln sich in den Erfahrungen der Frauen wider. Je höher der Versorgungsgrad, wir haben das in drei Regionen unterteilt, desto besser der Zugang zur Versorgung. In Regionen mit geringem Versorgungsgrad wie Bayern, Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz stoßen 45 Prozent der Frauen auf drei und mehr Zugangsbarrieren und nur 12 Prozent auf gar keine Barriere. Also hier sieht man, dass es regional sehr, sehr unterschiedlich ist und das ist das, was wir ermitteln wollten. Diese Frauen müssen häufiger mehrere Einrichtungen für einen Schwangerschaftsabbruch anfragen, weitere Strecken zurücklegen, haben höhere Kosten für den Abbruch und höhere Zusatzkosten. In

Baden-Württemberg zum Beispiel mussten 32 Prozent der befragten Frauen Entfernungen über 50 Kilometer zur Einrichtung zurücklegen. In der wissenschaftlichen Literatur werden Zugangsbarrieren mit negativen Konsequenzen für die Gesundheit von Frauen in Verbindung gebracht. Dazu gehört schlechteres Wohlbefinden, Verzögerung bei der Nutzung von Versorgungsangeboten, zeitlich verzögerte Schwangerschaftsabbruch, physische und psychische Belastung und größere medizinische Risiken. Die Auswirkungen hängen allerdings immer von den Ressourcen der Frauen ab, besonders negativ betroffen sind in Armut lebende Frauen, Jugendliche, Frauen mit Sprachbarrieren und Frauen im ländlichen Raum sowie Frauen mit Gewalterfahrungen. Ein barrierearmer Zugang zur medizinischen Versorgung ist bei Schwangerschaftsabbrüchen daher besonders wichtig, da sich Frauen mit ungewollten Schwangerschaften signifikant häufiger in schwierigen Lebenslagen befinden und über weniger Ressourcen verfügen.

Die **Vorsitzende**: Frau Janssen, bitte.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Frau Prof. Dr. Wallwiener. Wie bewerten Sie die im Rahmen der Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten vermittelnden Kenntnisse zur Thematik der Schwangerschaftsabbrüche? Was empfehlen Sie hier gegebenenfalls dem Bundesgesetzgeber?

Prof. Dr. Stephanie Wallwiener (Universitätsklinikum Halle): Die Thematik des Schwangerschaftsabbruchs ist in der Musterweiterbildungsordnung ausdrücklich als Inhalt der Weiterbildung zum Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe benannt. Inhaltlich werden Handlungskompetenzen zur Beratung bei Schwangerschaftskonflikten sowie zur Indikationsstellung zum Schwangerschaftsabbruch unter Berücksichtigung gesundheitlicher und psychischer Risiken sowie operative Eingriffe gefordert. Das heißt, dass die Theorie zum Schwangerschaftsabbruch und das dazu vermittelte Wissen Teil der ärztlichen Weiterbildungsordnung ist. Aber natürlich kann kein Arzt oder keine Ärztin dazu verpflichtet werden, diese Abbrüche durchzuführen. Das ist, wie schon erwähnt, natürlich Eigenbestimmung oder das eigene Recht sich dafür oder



dagegen zu entscheiden. Grundsätzlich besteht die Verankerung des Schwangerschaftsabbruchs und eine fachliche Kompetenzbasis. Natürlich gibt es aber, wie in vielen spezialisierten Bereichen, Unterschiede in der praktischen Exposition. Die Ausbildung von Assistenzärzten findet überwiegend in der Klinik statt. Abbrüche werden aber hauptsächlich im ambulanten Setting und der Praxis durchgeführt. Zudem bieten weitgehend kommunale und nicht kirchliche Häuser Abbrüche an. Das heißt, dieses Defizit, dass wenig Exposition da ist, kann man natürlich nur durch konsequente Verankerung in Fortbildungsangeboten ausgleichen und durch standardisierte Curricula an den Universitäten. Es geht hier also nicht um ein Defizit an Wissen, sondern um eine kontinuierliche Weiterentwicklung der praktischen Versorgung. Dass allein die Verankerung des Moduls über den Schwangerschaftsabbruch einen positiven Effekt an den Universitäten hat, das konnten wir Anfang des Jahres auch mit unserer Publikation vom Universitätsklinikum Heidelberg zeigen. Da hat sich gezeigt, dass allein die Integration in die Lehre schon eine deutliche positive Haltungsverbesserung - es waren mehr Ärztinnen und Ärzte oder dann Assistenzärzte willig an einem Abbruch mitzuwirken.

Die **Vorsitzende**: Frau Kempf, bitte.

Abg. **Martina Kempf** (AfD): An Herrn Aufiero. Gibt es aus Ihrer Sicht einen Engpass beim Angebot an Ärzten und Kliniken, die vorgeburtliche Kindestörungen durchführen? Beklagen sich die Schwangeren, die Sie beraten, über zu wenig Abtreibungsangebote?

Kristijan Aufiero (1000plus-Profemina): Wir haben jetzt mehrmals gehört, dass es sehr schwierig ist, für sehr viele Frauen Abtreibungen in Anspruch zu nehmen, weil das Angebot zu gering ist. Ich frage mich einfach, wie sich das aus eigentlich zur Realität verhält, zur Realität der Fakten und Zahlen. In den vergangenen Jahren ist die Zahl der Abtreibungen in Deutschland deutlich gestiegen. Auf insgesamt 106 455 Abtreibungen. Bereits seit 2022 steigt diese Zahl deutlich und ist durchgehend über 100 000. Wir wissen, wenn man die Zahl der Lebendgeborenen und die Zahl der Abtreibungen addiert, hat man die Zahl der Schwangerschaften

insgesamt. Auch da ist der Anteil der Abtreibungen an allen Schwangerschaften relativ von 11,1 auf 13,6 Prozent gestiegen. Es gibt immer mehr Abtreibungen. Die offizielle Bundesstatistik, in der die Anzahl der Abtreibungen je 10 000 Frauen im gebärfähigen Alter erhoben wird, unterstreicht diesen Trend. Der Indikator stieg von 56 je 10 000 auf 63 je 10 000. Eine Steigerung um 15 Prozent in den vergangenen Jahren. Parallel dazu sind die Geburtenzahlen so niedrig wie schon sehr lange nicht mehr, nämlich von 792 000 auf 677 000 gefallen. Damit nehmen Abtreibungen sowohl in absoluten wie auch in relativen Zahlen deutlich zu. Ich frage mich, wo da ein Defizit ist. Wo soll da ein Mangel sein? Die Zahlen geben das nicht her. Der gesunde Menschenverstand gibt das nicht her. Die Zahlen zeigen, dass sich ein Engpass an Abtreibungsmöglichkeiten in Deutschland nicht belegen lässt - Studie hin oder her - und die Länder den Bestimmungen des SchKG offensichtlich nachkommen. Dieser Befund deckt sich im Übrigen mit dem, was wir in der Erfahrung der täglichen Beratung haben. Wir beraten jedes Jahr viele tausend Frauen im Schwangerschaftskonflikt aus ganz Deutschland. Auch in Regionen, die angeblich unterversorgt sind in ihrem Sinne oder ihrer Definition. Ich kann Ihnen das einfach in den dokumentierten Beratungsverläufen belegen, dass sich in all den Jahren nicht eine einzige Frau darüber beschwert hat, dass es ein ernsthafter Hinderungsgrund wäre am Schwangerschaftsabbruch, weil eine Klinik zu weit wäre. Was Frauen tatsächlich als Probleme benennen, sind nicht Anfahrtswege, sondern die Umstände, die sie überhaupt in den Schwangerschaftskonflikt gebracht und geführt haben. Äußerer Druck, fehlende Unterstützung durch den Partner, finanzielle Sorgen, Überlastung.

Die **Vorsitzende**: Die SPD ist an der Reihe.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Professorin Valentiner. Das Weigerungsrecht für medizinisches Personal, nicht an einem Schwangerschaftsabbruch mitwirken zu müssen, ist aus unserer Sicht richtig. Gleichzeitig ist das Angebot besonders in ländlichen Gebieten oder dort, wo viele konfessionelle Krankenhäuser tätig sind, eingeschränkt. Was halten Sie davon, öffentliche Krankenhäuser und konfessionelle Krankenhäuser, die öffentlich finanziert werden, zu



verpflichten, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen?

Prof. Dr. Dana-Sophia Valentiner (Helmut-Schmidt-Universität): Die Ergänzung von § 12 Absatz 2 SchKG, wie sie hier im Antrag vorgeschlagen wird, ist eine deklaratorische Ergänzung. Sie stellt aus meiner Sicht eine sinnvolle Maßnahme dar, um den öffentlichen und konfessionellen Krankenhäusern zu verdeutlichen, dass ihnen ein kollektives Weigerungsrecht nicht zusteht, weil das Gesetz ein solches nicht normieren und nicht erfassen kann. Sofern Kliniken ein solches vermeintliches Recht derzeit bereits für sich in Anspruch nehmen, führt dies zu Beeinträchtigungen der Versorgungslage und ist mit dem Verfassungsrecht und dem aus diesem abgeleiteten Schutzkonzept nicht vereinbar. Weder § 12 Absatz 1 SchKG noch der ärztlichen Berufsordnung und schon gar nicht dem Grundgesetz kann ein pauschales kollektives Weigerungsrecht für Krankenhausträger entnommen werden. Richtig ist, dass Ärztinnen und Ärzten ein individuelles Weigerungsrecht aus der Gewissensfreiheit als individuellem Grundrecht für sich beanspruchen können. Ihnen darf also die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht gegen ihren Willen abverlangt werden. Im Urteil des BVerfG aus dem Jahr 1993 wird das Weigerungsrecht ausschließlich in diesem Sinne, also in Bezug auf den einzelnen Arzt, angesprochen. Aus der Gewissensfreiheit kann aber kein Recht abgeleitet werden, Dritte zur Befolgung der eigenen Gewissensentscheidung zu zwingen. Ein solches Verständnis scheidet schon deshalb aus, weil es sich um eine höchst persönliche, nicht institutsbezogene Entscheidung handelt. Ein kollektives Weigerungsrecht, das sich auf die Religionsfreiheit stützt, setzt eine religiöse Glaubenslehre voraus, die auf der Pflicht gründet, keine Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Nähme man ein solches religiöses kollektives Weigerungsrecht für katholische Träger an, dann wäre die Konsequenz, dass diese nicht in die verfassungsrechtlich geforderte Bedarfsplanung einzubeziehen sind. Für gemischt konfessionelle Krankenhäuser kommt ein konfessionelles Weigerungsrecht als kollektives Weigerungsrecht, gestützt auf die Religionsfreiheit, jedenfalls nicht in Betracht. Denn hier fehlen gemeinsame Glaubenssätze, insofern die katholische und die evangelische Glaubenslehre unterschiedliche Auffassungen zum Schwangerschaftsabbruch beinhalten. Eine

Klinik in gemischt konfessioneller Trägerschaft darf ihren Angestellten Ärzten eine Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen daher weder innerhalb des Krankenhauses noch in privaten Arztpraxen untersagen.

Abg. Dr. Kirsten Kappert-Gonthier (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Meine nächste Frage richtet sich nochmal an Herrn Prof. Volz. Wir haben schon von verschiedenen Expertinnen und Experten hergeleitet bekommen, dass de facto der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch nicht überall gesichert ist. Ich möchte Sie gerne fragen, inwiefern Sie in den in unserem Antrag genannten Forderungen eine Möglichkeit sehen, diese Situation für die Frauen zu verbessern und was ganz konkret aus Ihrer Sicht gesetzgeberisch notwendig ist, um die Versorgungslage und damit die Sicherheit von Frauen in diesem Land zu verbessern?

Prof. Dr. Joachim Volz (Klinikum Lippstadt): Ich sehe in dem Antrag eine sehr gute Möglichkeit, das zu verbessern. Vielleicht nur kurz zu den Aussagen, die bisher getroffen worden sind. Es ist unsinnig von der Anzahl der Abbrüche darauf zu schließen, dass die Versorgung gesichert ist. Es gab Zeiten, ich bin schon lange im Geschäft, da sind die Patienten massenweise nach Jugoslawien und nach Holland gefahren, um Abtreibungen zu bekommen. Das sagt gar nichts - diese theoretische Forderung, die Frau Wallwiener da erzählt, dass die Studien das nicht hergeben. Ich lebe in einem Bereich, wo wir sehen, wo die Patienten über 100 Kilometer herkommen, wo sie drei-, viermal zu Fuß, bei schlechtem Wetter, mit schlechten Verkehrsbedingungen, im schlimmsten Fall mit der Deutschen Bahn, kommen müssen - jetzt hat es jeder verstanden. Das ist die Realität. Das erlebe ich jeden Tag. Wir machen sehr viele Abbrüche, vor allem medizinisch initiierte Abbrüche. Die Lösung dafür finde ich relativ einfach. Wir haben das Problem da, die Gesetze da und wir haben genügend Frauenkliniken, die entsprechend versorgen könnten und Abbrüche durchführen müssten. Das Problem, was wir zurzeit haben, ist, dass viele Krankenhäuser so eine Art Rosinenpickerei machen, dass sie möglichst gucken, was sie lukrativ, finanziell gut abrechnen können. Damit kommt das ganze Fallpauschalensystem, unser ganzes Abrechnungssystem, ins Straucheln. Das gleiche System, wie man das



generell unterbinden kann, können wir auch bei Schwangerschaftsabbrüchen anwenden. Wir machen Budgetverhandlungen jedes Jahr mit den Krankenkassen. Wir legen fest - wir haben komplette Anbieter, die auch Schwangerschaftsabbrüche abbilden: die bekommen ein volles Budget, und die anderen werden im Budget gekürzt. Das ist eine gängige Praxis, die wir machen, die wir auch machen könnten in anderen Bereichen. Als Beispiel, das jedem einleuchtet: Wir haben kaum noch Augenärzte, die Kinder versorgen, weil es einfach nicht lukrativ ist, weil es zu teuer ist. Ein Katarakt ist billiger, geht schneller. Damit kommt die ganze Versorgung ins Schwanken. Da ist die Möglichkeit anzusetzen, im Rahmen der Budgetverhandlungen Krankenhäusern zu sagen: Okay, du machst ein ganzes Angebot. Und wenn dein Gewissen dir das ganze Angebot verbietet, dann lass es sein. Dann wird die Versorgung jemand anderem zugeteilt. So hätten wir ohne Gesetzänderung, ohne auf das Gewissen achten zu müssen, eine Regelung, die in unserem Staat existiert, die funktioniert, die haben wir jedes Jahr bei den Budgetverhandlungen. Damit haben wir das Problem eigentlich gelöst. Und wir sollten es lösen! Es macht unseren Staat unglaublich und wirklich demokratiegefährdend. Wenn wir einfach zusehen, wie unsere Gesetze, wie das, was wir wollen, einfach missachtet wird.

Die **Vorsitzende**: Frau Dr. Weiss, bitte.

Abg. **Dr. Maria-Lena Weiss** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Herrn Radbruch. Wäre es sachgerecht, dass die Länder konkret festlegen, welche Kliniken Schwangerschaftsabbrüche anbieten müssen? Welche Alternativen sehen Sie, um gegebenenfalls bestehende regionale Versorgungsprobleme zu lösen?

Christoph Radbruch (Deutscher Evangelischer Krankenhausverband (DEKV)): Keine Interessensverknüpfung. Die Trägerprofile und die Trägervielfalt sind ein zentraler Bestandteil unserer Krankenhauslandschaft. Die Vielfalt zu erhalten ist aus meiner Sicht wichtig für das System und für das Funktionieren des Systems. Kleine Randbemerkung: Es gibt kein gemischt-konfessionelles Krankenhaus in Deutschland, kein einziges. Krankenhäuser sind immer eindeutig einer Rechtssphäre zugeordnet,

entweder der katholischen oder der evangelischen. Ökumenische Krankenhäuser gibt es nicht, weil das rechtlich nicht vorgesehen ist. Deswegen bzgl. der Frage, gibt es dann unterschiedliche Rechtskreise, an die sich die beiden Trägergruppen halten müssen. Ich finde die pauschale Verpflichtung, Krankenhäuser gegenüber Schwangerschaftsabbrüchen anzubieten, greift zu kurz, weil sie am falschen Punkt ansetzt. Denn die Daten zeigen eindeutig, dass es eine ambulante Frage ist. Es gibt 3 000 Fälle im Jahr, die stationär versorgt werden müssen. Es gibt zwar am Krankenhaus mehr Fälle, das sind aber ambulant am Krankenhaus versorgte Fälle. 3 000 stationäre Fälle insgesamt, das sind hochkomplexe Fälle vor allen Dingen. Deswegen gehören sie aus meiner Sicht in die Kliniken, die für hochkomplexe Fälle vorgesehen sind. Das sind Universitätskliniken, Maximalversorger, Schwerpunktversorger. Die entscheidende Frage ist deswegen nicht bei der Krankenhausplanung, sondern bei der ambulanten Planung anzusetzen. Und nicht zu fragen, ob jedes Krankenhaus, das anbieten muss, sondern ob das System zuverlässig funktioniert. Da gibt es verschiedene Modelle. Aus dem evangelischen Bereich kann ich sagen, es gibt bei uns Krankenhäuser, die stellen das Krankenhaus und die Logistik des Krankenhauses zur Verfügung, aber externe Ärzte kommen ins Haus und vollziehen die Abbrüche. Es gibt dieses Modell, dass an bestimmten Tagen, das vorgesehen wird, weil dann über den Dienstplan sichergestellt wird, dass Ärzte vorhanden sind, die sich bereit erklären, das zu tun. Da gibt es verschiedene Modelle und deswegen denke ich mir, das ist regional gut zu lösen. Die grundsätzliche Frage, die dahintersteht, ist, dass wir generell keine gesicherten Kriterien für Bedarfsplanung haben. Und wenn wir dringend, das gilt nicht für Abbrüche, sondern für die gesamte Somatik, beauftragen müssen, Kriterien für eine kleinteilige Bedarfsplanung zu erheben, dann könnte man diese Frage mit klären.

Abg. **Julia-Christina Stange** (Die Linke): Meine Frage geht wieder an Prof. Dr. Daphne Hahn. Es passt jetzt sehr schön in die Reihe: Welche Maßnahmen wären aus Ihrer Sicht die drängendsten, um den Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen in Deutschland zu verbessern und wie würden Sie diese nach ihrer Wirksamkeit und Dringlichkeit priorisieren?



Prof. Dr. Daphne Hahn (Hochschule Fulda): Ich starte mal mit den Maßnahmen. Wobei ich erstmal den Fokus legen würde auf die Förderung der medizinischen Versorgung in unterversorgten Regionen. Hier muss man Möglichkeiten finden, den Zugang zu medizinischen Einrichtungen zu entwickeln, die wohnortnah sein müssen, damit die Frauen, die vom gemeinsamen Bundesausschuss als mobilitätseingeschränkte Gruppe eingeordnet sind, raschen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Das wäre der erste Punkt. Ein weiterer und auch ein sehr wichtiger Punkt ist, dass Gruppen mit geringen Ressourcen, also vulnerable Gruppen, wie man sie auch nennen mag, bei der Überlegung in die Versorgung einbezogen werden - besonders in den Blick müssen also Jugendliche, von Armut betroffene Frauen und die anderen, die ich vorhin genannt hatte in meiner ersten Antwort. Dann ist ein weiterer wichtiger Punkt Barrieren, die den medizinischen Fachkräften im Wege stehen, zu beseitigen. Wir haben in unserer Studie herausgefunden, dass äußere Barrieren wie keine räumlichen Möglichkeiten Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen zum Beispiel eine ganz große Rolle spielen und ein großer Teil der Befragten Schwangerschaftsabbrüche durchführen würde, wenn diese Barriere nicht mehr bestehen würde. Da könnte man zum Beispiel ansetzen. Das wären verschiedene Möglichkeiten. Dann ein wichtiger Punkt: Die Möglichkeiten, den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch zu erleichtern, wären erleichterte Zugänge zu entsprechenden Medikamenten und gleichzeitig Fortbildung anzubieten. Ein Ergebnis war, dass relativ wenige von den befragten Ärztinnen und Ärzten den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch anbieten und wenige den gelernt haben, also auch da, wo die Medikamente eigentlich schon zugelassen waren. Wenn sie Fortbildung besucht haben, dann waren sie selbst organisiert, also weniger von Landesärztekammern oder anderen Einrichtungen der Ärztenverbände, sondern überwiegend selbst organisiert. Also hier wäre ein Zusatz - das wäre auch ein wichtiger Punkt. Dann die Integration in die fachärztliche Weiterbildung. Es hat ein großer Teil den Wunsch, dass der Schwangerschaftsabbruch verpflichtend in die fachärztliche Weiterbildung integriert wird. 88 Prozent haben dem zugestimmt und finden das sinnvoll. Ein Ergebnis war, dass diejenigen, die den Schwangerschaftsabbruch praktisch, nicht theoretisch, in der fachärztlichen Weiterbildung gelernt haben, ihn sehr viel häufiger

durchführen. Das betrifft auch, wenn sie mehrere Methoden gelernt haben. Also operativ und medikamentös. Das ist also ein wichtiger Punkt. Und der letzte Punkt ist, mit dem ich dann schließe, die Kostenübernahme, das heißt die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche sollten übernommen werden um finanzielle und organisatorische Hürden von ungewollt Schwangeren, die die Schwangerschaft abbrechen, abzumildern.

Die **Vorsitzende**: Frau Kempf, bitte.

Abg. **Martina Kempf** (AfD): Meine nächste Frage richtet sich an den Caritasverband. Wie beurteilen Sie hier die konkret vorgeschlagenen Maßnahmen, wie Zwang zu ungeborenen Tötungen auch in kirchlichen Krankenhäusern?

Marcel Bieniek (Deutscher Caritasverband): Bei mir besteht keine Interessenverknüpfung. Sehr gut unterscheiden muss man diese ganze Thematik mit Hinblick auf die Frage, ob es hier um eine Bewertung der Ethik oder um eine rechtliche Einordnung geht. Ich beschränke mich hier auf die rechtliche Bewertung dessen, was nach der Rechtsordnung aus unserer Sicht an dieser Stelle anzumerken ist, gerade was den Punkt angeht, dass Krankenhäuser, Krankenhausleitungen sich künftig nach der Gesetzesänderung, nach dem Vorschlag im Antrag, nicht mehr auf das Weigerungsrecht berufen dürfen. Das ist aus unserer Sicht sehr problematisch, weil es im Widerspruch steht zu dem, was die Rechtsordnung hergibt, auch zu den Gerichtsentscheidungen, die wir jetzt im Fall Lippstadt hatten, wo das Direktions- und Weigerungsrecht den Arbeitgebern zugesprochen wurde, den Ärzten untersagen zu dürfen Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen und das sowohl für konfessionelle als auch nicht konfessionelle Träger gilt. Weiter steht das Ganze im Widerspruch zur Rechtslage, wonach Schwangerschaftsabbrüche nach den Normen des StGB grundsätzlich rechtswidrig sind und dann passt es einfach nicht dazu, wenn man Krankenhausleitungen künftig verweigert, dass sie sich darauf berufen, selbst keine Schwangerschaftsabbrüche in ihrem Haus haben zu wollen. Final sehen wir die rechtlichen Bedenken im Hinblick auf das grundgesetzlich gesicherte Selbstbestimmungsrecht der Kirchen. Das Recht eines katholischen Krankenhauses, sich zu



weigern, folgt aus den Normen, dem Ethos, den Glaubenssätzen der Kirche. Diesbezüglich ist das zu sehen. Nach unserem Verständnis gibt es bei jedem menschlichen Leben generell Menschenwürde. Eine Abstufung ist nicht angezeigt. Übrigens diese verfassungsrechtliche Bewertung, die von unserem höchsten Gericht, dem BVerfG getragen wird, ist deckungsgleich mit dem, was die Kirche sagt. Also in dieser Hinsicht sehen wir starke rechtssystematische als auch verfassungsrechtliche Probleme im Hinblick auf eine solche Änderung, wie sie hier beantragt wird. Final, und damit komme ich dann noch dazu, was Frau Prof. Valentiner gesagt hat: Kirchliche Häuser deshalb aus der Versorgung auszuschließen, weil sie sich weigern, das anzubieten, sieht der Deutsche Caritasverband sehr schwierig, weil es sich bei den Schwangerschaftsabbrüchen nicht um Heilbehandlungen handelt.

Die **Vorsitzende**: Frau Zeulner, bitte.

Abg. **Emmi Zeulner** (CDU/CSU): Meine Frage geht an Frau Prof. Wallwiener. Ich würde Sie gerne nach der grundsätzlichen und allgemeinen gynäkologischen Versorgung von Frauen und Mädchen fragen, weil es natürlich im Zusammenhang steht, wenn ich lange Zeit warten muss auf einen Termin beim Gynäkologen und ich beispielsweise Verhütung anwenden möchte, dann genau kommt man vielleicht in schwierige oder kritische Situationen und deswegen eine Einschätzung von Ihnen, wie Sie da die Versorgung insgesamt bewerten, ganz grundsätzlich bei den Frauen in unserem Land.

Prof. Dr. Stephanie Wallwiener (Universitätsklinikum Halle): Deutschland hat aktuell eine sehr gute Facharztdichte in der Gynäkologie. Die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen ist integraler Bestandteil der allgemeinen gynäkologischen Versorgung und die ist in Deutschland recht gut aufgestellt. Man kann die Zahlen des Statistischen Bundesamtes von 2023 heranziehen und da gab es 12 800 niedergelassene Gynäkologen. Wenn man das umrechnet auf die Bevölkerung auf pro 100 000 Einwohner war das je nach Bundesland mit regionalen Unterschieden zwischen 12 und in 16 Gynäkologen pro 100 000 Einwohner und das sind sehr gute Facharztstrukturen. Die niedergelassenen

Strukturen, die sind essenziell und sehr wichtig, denn die sichern den Erstkontakt, die Beratung und die Nachsorge. Ich hatte schon gesagt, dass die meisten Abbrüche, ob medikamentös oder operativ, erfolgen überwiegend im ambulanten Setting und sind dort in die Versorgungsstrukturen integriert. Wo könnte Verbesserungsbedarf bestehen? Das ist die regionale Verteilung, das heißt, wir haben es jetzt schon mehrfach angesprochen. Es gibt räumliche Gegenden, da ist die Fahrtstrecke über 50 km. Wobei man natürlich erachten muss, es besteht in Deutschland eine Tendenz zur Zentrumsbildung, das bedeutet die Bündelung medizinischer Eingriffe und die Spezialisierung darauf, die in allen anderen Richtungen, medizinischen Behandlungen befürwortet wird und natürlich gibt es die auch beim Schwangerschaftsabbruch. Also das heißt, regionale Verteilung ganz auszugleichen ist natürlich schwierig. Der Informationszugang kann verbessert werden und vor allen Dingen die Koordination zwischen Beratung und Durchführung, das heißt die Person oder der Gynäkologe, die Gynäkologin, die berät, darf nicht die durchführende Person sein und hier wäre die Weiterentwicklung des Systems, da findet man gute Ansatzpunkte. Die Altersstruktur wollte ich noch kurz ansprechen. Es gibt noch eine Möglichkeit, also wenn man sich die Altersverteilung der Gynäkologen anschaut, dann wird natürlich in den nächsten zehn, 15 Jahren ein erheblicher Anteil in Rente gehen und hier ist es wichtig, die Praxistätigkeit mit mehr Attraktivität wieder auszustatten und die Attraktivität der ärztlichen Tätigkeit zu fördern.

Die **Vorsitzende**: Die SPD ist an der Reihe.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Valentiner. Die Ergebnisse der ELSA-Studie zeigen klar, dass die Versorgungslage für Betroffene besonders im Süden und Westen Deutschlands nicht zufriedenstellend ist. Was sind aus Ihrer Sicht die wichtigsten Ansatzpunkte, um die Versorgungslage bei Schwangerschaftsabbrüchen zu verbessern und für wie wichtig halten Sie die Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen?

Prof. Dr. Dana-Sophia Valentiner (Helmut-Schmidt-Universität): Die Barrieren, von denen wir



schon gehört haben, in der Versorgungslage, die in der ELSA-Studie aufgezeigt werden, sind letztendlich die Quittung für das deutsche strafrechtliche Regelungsmodell im Umgang mit dem Schwangerschaftsabbruch. Denn strafrechtliche Verbote führen zu einer schlechten medizinischen Versorgungslage, indem sie die Tabuisierung des Abbruchs in Gesellschaft und Medizin aufrechterhalten. Wir haben es vom Caritasverband gehört. Rechtswidrigkeit gleich Weigerungsrecht, was darauf gestützt wird. Das führt wiederum zu einem erschwerten Zugang zu Beratung und medizinischer Versorgung für ungewollt schwangere Personen. Der damit verbundene Grundrechtseingriff, die Grundrechtseinschränkung zu Lasten von schwangeren Personen sind aus Sicht des Grundrechts auf reproduktive Selbstbestimmung nicht hinnehmbar und sie widersprechen Vorgaben des internationalen Menschenrechtsschutzes. Aus den Grundrechten ergibt sich nämlich eine staatliche Schutzpflicht zugunsten von schwangeren Personen, wobei der Handlungsdruck vor dem Hintergrund der sich zuspitzenden Versorgungslage, die durch die Krankenhausfusionen sich noch weiter zuspitzt, immens ist. Deswegen kann nur eine umfassende Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des StGB eine wirkliche Entstigmatisierung versprechen, den nötigen Zugang sichern, die bestehenden Barrieren abbauen und umfassende Maßnahmen ermöglichen, um ungewollte Schwangerschaften zu vermeiden, wie zum Beispiel kostenfreie Verhütung, sexuelle Aufklärung und die Förderung einer kinderfreundlichen Gesellschaft. Anderweitige Ansätze können daher nur die zweitbeste Lösung sein. Ein Tätigwerden ist jedenfalls rechtlich zwingend angezeigt. Der vorliegende Antrag zielt vor dem Hintergrund auf dringend erforderliche Sicherstellung des Versorgungsauftrags zum Schwangerschaftsabbruch und würde zumindest einen Baustein für Fortschritt zur Gewährleistung der reproduktiven Selbstbestimmung darstellen. Aus § 13 Abs. 2 SchKG ergibt sich ein rechtlich zwingender Versorgungsauftrag. Dieser dient der Umsetzung der verfassungsrechtlichen Anforderungen, die das BVerfG in der Entscheidung 1993 aufgestellt hat. Danach braucht es, Zitat des Gerichts, „ein umfassendes Konzept zum Schutz des ungeborenen Lebens für das ganze Land“, das laut Gericht flächendeckende und flächenbezogene Bedarfserhebung und eine landesweite infrastrukturelle Planung unter Einbezug

aller Krankenhausträger notwendig macht. Der sichere Zugang und die Versorgung mit ambulanten und stationären Möglichkeiten zum Schwangerschaftsabbruch sind integraler Bestandteil dieses vom BVerfG geforderten Schutzkonzepts. Sofern der Bundestag sich also weiter auf die bisherige Rechtsprechung des BVerfG zum Schwangerschaftsabbruch stützen will, muss er diese Rechtsprechung vollständig umsetzen, und zwar einschließlich der Pflicht zur Versorgungsplanung.

Die **Vorsitzende**: Frau Kempf, bitte.

Abg. **Martina Kempf** (AfD): Wir haben schon von Prof. Thüsing in der letzten Anhörung gehört, dass dem nicht so ist, dass es kein Recht auf wohnortnahe Abtreibung gibt, verfassungsrechtlich. Jetzt muss man doch auch das Grundrecht auf Leben noch beachten. Von daher kommt eine Streichung des § 218 StGB gar nicht in Betracht. Vielmehr muss das Leben noch mehr geschützt werden. Deswegen frage ich Frau Prof. Hahn. Es geht um die Schwangerenberatung. Die Organisationen für Schwangerenberatung müssen auch vermitteln, dass nur in Ausnahmesituationen ein Schwangerschaftsabbruch in Betracht kommen kann, nämlich in schweren und außergewöhnlichen Fällen – so steht es eindeutig in § 219 StGB. Wird das denn überhaupt beachtet in der Beratung?

Prof. Dr. Daphne Hahn (Hochschule Fulda): Die Frauen, die ungewollte Schwangerschaften abbrechen, ich hatte das vorhin schon mal aufgenommen, befinden sich in überdurchschnittlich schlechten Lebenslagen. Das heißt, sie sind in der Ausbildung, haben wenig Geld, also haben sowieso finanzielle Probleme, haben häufig Wohnprobleme. Das gilt nicht für alle, aber für die überwiegende Mehrheit. Und für die ist es dringend erforderlich, dass sie eine Entscheidung fällen können, die im Sinne ihrer Lebensplanung ist und natürlich im Sinne, und das darf man gar nicht genug deutlich machen in diesem Zusammenhang, dass sie immer auch denken für die künftigen Kinder. Sie überlegen: Welche Perspektiven kann ich einem Kind geben, dass ich gebäre? Wenn die Situation schlecht ist, dann sind die Bedingungen insgesamt schlechter. Die Beratung, die in Deutschland angeboten wird, zumindest die von anerkannten



Beratungsstellen, ist sehr hoch qualifiziert. Das ist keine Frage. Wir haben eine Reihe von Beratungsinstitutionen, die Beratung anbieten, unabhängige und multiple Möglichkeiten, heterogene Beratung anbieten. Also die Frauen können sich das aussuchen, das hat das Gesetz extra so vorgesehen und können sich dann entsprechend beraten lassen, wobei man sagen muss, dass die Beratung in der Regel keine Rolle spielt. Die meisten Frauen sind entschieden, ob sie eine Schwangerschaft austragen wollen oder nicht, beziehungsweise wenn sie sich entschieden haben, die Schwangerschaft abzubrechen, dann ist die Entscheidung relativ klar, sodass man merkt, dass mit der Beratung selbst, was Sie gerade beschrieben haben, dass die Schwangerschaft fortgesetzt wird, eher selten oder sehr selten passiert. Nur bei Frauen, die wirklich unsicher sind, ob sie diese Schwangerschaft austragen wollen oder nicht, aber die meisten sind sicher, dass sie die Schwangerschaft nicht austragen wollen.

Die **Vorsitzende**: Frau Janssen, bitte.

Abg. **Anne Janssen** (CDU/CSU): Meine Frage geht an den Deutschen Caritasverband. Was empfehlen Sie dem Gesetzgeber, um schwangere Frauen und Familien zu unterstützen?

Marcel Bieniek (Deutscher Caritasverband): Zweifelsohne befinden sich ungewollt schwangere Frauen in einer sehr schwierigen Situation, in der sie auf Unterstützung durch Staat und Gesellschaft und damit auch durch die Kirchen angewiesen sind. Beispielhaft zu nennen sind die Bereitstellung bezahlbaren Wohnraums, eine verlässliche Kinderbetreuung, die Unterstützung, wenn Familien ein Kind mit Behinderung erwarten, dann die Stärkung der psychosozialen Beratung, insbesondere der von Gewalt betroffenen und traumatisierten schwangeren Frauen. Was es aus Sicht des Deutschen Caritasverbandes auf jeden Fall noch zu bedenken gibt an dieser Stelle: Es braucht eine bessere Finanzierung der Schwangerschaftsberatungsstellen. Der Eigenanteil von bis zu 20 Prozent ist für die Träger kaum noch zu stemmen. Inzwischen mussten bereits Beratungsstellen unterschiedlicher Träger schließen, was die psychosoziale Versorgungslage perspektivisch gefährdet. Ein großes Anliegen ist es, eine verlässliche Rechts- und

Finanzierungsgrundlage für Babylotsen in Geburtskliniken zu haben. Babylotsen, das ist ein niedrigschwelliges Angebot, das unterstützt insbesondere Familien in prekären Lebenslagen durch psychosoziale Beratung, frühzeitig den Weg in Gesundheitshilfen zu finden und so ein gesundes Aufwachsen von Anfang an zu ermöglichen. Das sind Herzensanliegen der Caritas und ich danke um Berücksichtigung.

Die **Vorsitzende**: Frau Schauws, bitte.

Abg. **Ulle Schauws** (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Ich hätte gerne nochmal eine Frage von Frau Prof. Liane Wörner beantwortet. Sind die Reformvorschläge unter geltendem Recht ausreichend, um eine grundsätzliche und umfassende Verbesserung der Versorgung mit Angeboten zum Schwangerschaftsabbruch sicherzustellen. Wenn nein: Welche rechtlichen Reformen müssen darüber hinaus angegangen werden?

Prof. Dr. Liane Wörner (Deutscher Juristinnenbund): Die Prävention von Schwangerschaftsabbrüchen gelingt nicht über strafrechtliche Mittel, das haben wir schon mehrfach gehört. Am ehesten würde sie über die Legalisierung gelingen. Die Einordnung als Gesundheitsleistung wäre ein erster und wesentlicher Schritt. Wird an der Kriminalisierung festgehalten, stellt der Antrag immerhin einen Fortschritt dar, um mit einem Schwangerschaftsabbruch einhergehendes Stigma abzubauen und jedenfalls anzuerkennen, dass nicht von jeder Person gleichermaßen die Übernahme der Verantwortung, die mit Schwangerschaft, Geburt und Elternzeit einhergehen verlangt werden kann. Ein wirksames Präventionskonzept müsste, neben allem, was hier schon genannt ist, kostenfreie Verhütung, umfassende Sexualaufklärung auch bundesweite Kriterien für ein ausreichendes Angebot an Einrichtungen zur Sicherstellung von Beratung und Versorgung, auch die Klärung von Verpflichtungen von Ärztinnen, die selbst keine Schwangerschaftsabbrüche anbieten, beinhalten, also für Fälle im Not- oder Konfliktfall. Vorsehen sollte man eine Verpflichtung der Länder, eine Liste mit Beratungsstellen zu führen, bei der Finanzierung von Beratungsstellen dabei auf einen angemessenen Proporz zu achten, zwischen Beratungsstellen, die Scheine



ausstellen und die nicht Scheine ausstellen und vielleicht sogar nicht-Scheine-ausstellende Stellen gesondert auszuweisen. Außerdem bedarf es des Schutzes von Personen und insbesondere solchen Personen in vulnerablen Gruppen, in Gewaltverhältnissen, in Krankheit, die von ungewollter Schwangerschaft betroffen sind. Es fehlen in Deutschland hier Zugangsoptionen, insbesondere zur telemedizinischen Beratung, Betreuung und Behandlung. Personen, die etwa von gewaltbereiten Partnern getrackt werden, nur um ein Beispiel zu nennen, kann man mit telemedizinischen Optionen entscheidend helfen. Das findet derzeit nur unzureichend statt. Die Bundesregierung kann darüber hinaus den Antrag, der hier gestellt ist, zum Anlass nehmen und die strafbare Verbreitung von Mitteln und Gegenständen zum Schwangerschaftsabbruch in § 219b StGB zu streichen. Die Vorschrift ist kriminologisch nicht relevant. Sondervertriebswege bei Arzneimitteln etwa könnten mit der Streichung der Vorschrift entfallen, was die Versorgung direkt entscheidend verbessere. Ärzte würde die Verfahrensteilnahme darüber hinaus erheblich erleichtert, wenn die strafbewehrten Nebenpflichten in § 217 c StGB und § 218 b StGB abgeschafft werden. Berufrechtliche Regelungen bestehen bereits jetzt und sind hinreichend. Es sind ohnehin nur kriminalisierte Ordnungswidrigkeiten. Damit könnte man dann zugleich die Vorschrift des § 219 StGB, Beratung im StGB, in das SchKG überführen. Eine Strafnorm stellt sie ohnehin nicht dar.

Die **Vorsitzende**: Abschließend nochmal die SPD.

Abg. **Dr. Christos Pantazis** (SPD): Meine Frage richtet sich an Frau Prof. Mangler. Welche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung sollten aus Ihrer Sicht prioritär auf Bundesebene angestoßen werden? An welchen Stellen erfüllen die Bundesländer nicht ihren Versorgungsauftrag?

Prof. Dr. Mandy Mangler (Vivantes Klinikum): Wir sollten, das haben wir heute nicht als Hauptthema, die Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen voranbringen. Ein entscheidender Schritt wäre für mich, wenn die 100 000 Menschen, die Schwangerschaftsabbrüche brauchen, und die dazugehörigen Ärzte und Ärztinnen nicht mehr kriminalisiert würden. Und dann ist es in der

Versorgung letztendlich so, dass wir die Ärzte und Ärztinnen ermächtigen sollten in den Weiterbildungsordnungen, nicht nur für die Gynäkologie, sondern auch für die anderen Fachrichtungen, Schwangerschaftsabbrüche mit betreuen. Wir haben ein Riesendefizit in der Weiterbildung und in den Curricula der Universitäten, was Schwangerschaftsabbrüche betrifft. Das heißt, man kann ein Medizinstudium abschließen, ohne jemals damit etwas zu tun gehabt zu haben oder nur ganz peripher. Und besonders auch die konservativen Schwangerschaftsabbrüche, die medikamentösen, die sind nicht gut verbreitet. Da könnten wir im Sinne der Patientinnen sehr viel tun, weil das viel weniger belastend ist - körperlich, medizinisch - wenn man einen medikamentösen Abbruch hat. Also Weiterbildungsinhalte, Curricula der Universitäten, aber auch die Frage, wer führt Schwangerschaftsabbrüche durch und welche Kliniken dürfen in ihre Arbeitsverträge bei den Einstellungen der Ärzte und Ärztinnen reinschreiben, dass sie nicht mal zu Schwangerschaftsabbrüchen beraten dürfen. Ich habe solche Arbeitsverträge vorliegen. Ich finde das nicht richtig. So können wir uns fragen, wer führt diese Schwangerschaftsabbrüche durch und gibt es genügend Ärzte und Ärztinnen, die das tun und die sollten wir ermächtigen und ihnen die Möglichkeit geben, auch im Sinne der Patientinnen zu wirken.

Die **Vorsitzende**: Vielen Dank. Damit sind wir am Ende der Anhörung. Ich darf Ihnen allen sehr herzlich danken dafür, dass Sie heute hier zu uns gekommen sind und auch Ihnen im Netz, dass Sie Ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben. Wir werden jetzt die Ergebnisse auswerten und in die weiteren Beratungen gehen. Ich darf die Sitzung schließen und Ihnen einen guten Nachhauseweg und noch eine angenehme Restwoche wünschen.

Schluss der Sitzung: 17:04 Uhr

gez.

Dr. Tanja Machalet, MdB
Vorsitzende