



ELSA | Erfahrungen und Lebenslagen
ungewollt Schwangerer -
Angebote der Beratung und Versorgung

www.elsa-studie.de elsa-studie@hs-fulda.de

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Stellungnahme zur öffentlichen Anhörung des Rechtsausschusses des Deutschen Bundestages zum "Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs" und zum Antrag "Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern"

Zusammenfassung

Die Ergebnisse der ELSA-Studie stützen in weiten Teilen sowohl die vorgeschlagene Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs außerhalb des Strafrechts als auch die Notwendigkeit einer Verbesserung der medizinischen Versorgung durch die vorgeschlagenen Maßnahmen:

- Die Rechtmäßigkeit des Schwangerschaftsabbruchs trägt dazu bei, Stigmatisierungserfahrungen für ungewollt Schwangere und Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zu reduzieren.
- Eine Integration von Schwangerschaftsabbrüchen in den Leistungskatalog der Krankenkassen verringert finanzielle Hürden für ungewollt Schwangere und reduziert Aufwand für Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Durch den Wegfall der zusätzlichen Antragstellung sparen ungewollt Schwangere zudem Wege und Zeit.
- Eine Aufhebung der gesetzlich vorgeschriebenen Wartezeit von drei Tagen zwischen Pflichtberatung und Schwangerschaftsabbruch beendet die dadurch entstehende Verzögerung des Schwangerschaftsabbruchs, respektiert die verantwortungsvolle Entscheidung der ungewollt Schwangeren und verringert damit einhergehende Belastungen.
- Auf Grundlage der gewonnenen empirischen Erkenntnisse ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass durch die Beratungspflicht ungewollte Schwangerschaften eher ausgetragen werden. Stattdessen erschwert die gegenwärtige Regelung eine vertrauensvolle Beratungsgestaltung bei ungewollt Schwangeren mit Hilfebedarf und trägt zu Stigmatisierungen bei.
- Die Ergebnisse der ELSA-Studie stützen die Annahme, dass eine Integration von Schwangerschaftsabbrüchen in die ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie eine verbindliche Beteiligung der Kliniken an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen dazu führen wird, dass mehr Ärzt*innen Schwangerschaftsabbrüche durchführen und sich die Versorgungslage so verbessert.
- Eine stärkere staatliche Unterstützung von Familien mit Kindern – insbesondere solchen mit kumulierten schwierigen Lebenslagen –, kann dazu beitragen, dass ungewollt Schwangere sich nicht aufgrund schwieriger Lebensumstände für das Abbrechen einer Schwangerschaft entscheiden.
- Eine Beendigung des Sondervertriebswegs von Misoprostol kann Barrieren in der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen für Ärzt*innen verringern.

Ergänzend zu den vorgeschlagenen Maßnahmen empfehlen wir:

- Hinwirken auf eine Beendigung des Importstopps von Cytotec
- Prüfung bundesweiter Kriterien für ein ausreichendes Angebot an Einrichtungen zur Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs

Einleitung

Im Forschungsverbundprojekt „ELSA - Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“ untersuchten Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler an sechs Hochschulstandorten zwischen 2020 und 2024 die Lebenslagen und Versorgungssituation ungewollt Schwangerer. Das Forschungsprojekt wurde gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit aufgrund eines Beschlusses des Deutschen Bundestages auf Initiative des damaligen Gesundheitsministers Jens Spahn. Die Ausschreibung des von ihm geleiteten Bundesministeriums für Gesundheit mit dem Titel „Förderung von Forschungsvorhaben zu psychosozialer Situation und Unterstützungsbedarf von Frauen mit ungewollter Schwangerschaft“ umfasste zwei Module. Modul 1 sah die Erforschung von „Einflussfaktoren für die Entstehung, das Erleben und die Verarbeitung einer ungewollten Schwangerschaft“ vor – hier war auch die psychosoziale Unterstützung aufgenommen – Modul 2 betraf die „Untersuchung der medizinischen Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs“.

In der Studie wurde untersucht, welche psychosozialen, gesundheitlichen und weiteren Belastungen vor und auch nach dem Austragen oder Abbrechen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft bestehen, wie sich die Belastungen im zeitlichen Verlauf entwickeln und welchen Unterstützungsbedarf ungewollt Schwangere aufweisen. Weiterhin wurden Einflussfaktoren ermittelt, die in einem statistischen Zusammenhang mit den Belastungen und deren Entwicklung bei ungewollten Schwangerschaften stehen. Ebenso erlaubt die Studie Aussagen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung und psychosozialer Unterstützung. Für Deutschland liegen damit erstmals umfangreiche empirische Daten vor, die eine fundierte Debatte dieses gesellschaftlich umstrittenen Themas ermöglichen.

Nähere Informationen zur Methodik der Befragungen, die den Ausführungen in dieser Stellungnahme zu Grunde liegen, können Sie der [Anlage 1](#) entnehmen. Für eine bessere Lesbarkeit sind detaillierte Angaben zu den ermittelten Zahlen vor allem in den Fußnoten zu finden.

Stellungnahme zum „Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs“ (BT-Drs. 20/13775)

Der Gesetzentwurf sieht im Wesentlichen vor, den Schwangerschaftsabbruch auf Verlangen bis zur zwölften Woche nach Empfängnis unter bestimmten Bedingungen rechtmäßig zu stellen. Diese Bedingungen umfassen wie bisher den Besuch einer Schwangerschaftskonfliktberatung. Die obligatorische dreitägige Wartezeit zwischen Beratung und Abbruch wird aufgehoben. Der Schwangerschaftsabbruch wird Teil des Leistungskatalogs der Krankenkassen, ein gesonderter Antrag auf Kostenübernahme bei Unterschreitung einer Einkommensgrenze ist für gesetzlich Versicherte nicht mehr nötig.

Stellung des Schwangerschaftsabbruchs als rechtmäßig

Aus den ELSA-Daten geht hervor, dass eine große Mehrheit der Personen, die eine Schwangerschaft abbrechen, Stigmatisierung erfahren - in internalisierter Form als Scham- und Schuldgefühle, in Form von Befürchtungen negativer Reaktionen bis hin zu abwertender Behandlung durch andere Personen, z. B. medizinisches Personal oder im privaten Umfeld.¹ Die Ergebnisse der ELSA-Studie zeigen weiterhin, dass

¹ Laut ELSA-Daten hatten 84 % der Befragten, die eine ungewollte Schwangerschaft abgebrochen haben, mindestens schwach ausgeprägte Stigmatisierungsgefühle – wie Scham oder Schuldgefühle. Bei 30 % der Befragten sind diese Gefühle sehr stark ausgeprägt. 78 % der Befragten mit Schwangerschaftsabbruch haben befürchtet, dass sie

Stigmatisierungserfahrungen das Risiko für ein eingeschränktes Wohlbefinden drei Monate nach dem Schwangerschaftsabbruch um mehr als das Vierfache erhöhen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich die Stigmatisierung des Schwangerschaftsabbruchs wiederum auf zahlreiche andere Aspekte auswirkt, die das Wohlbefinden beeinflussen – insbesondere auf den Zugang zur medizinischen Versorgung, den Zugang zu Informationen, aber auch auf Gefühle der Isolation aufgrund der Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs im direkten sozialen Umfeld. Die Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen betrifft dabei nicht nur die ungewollt Schwangeren, sondern ebenfalls medizinisches Fachpersonal, das an der Durchführung solcher Eingriffe beteiligt ist: Die Mehrheit der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland durchführen, hat Stigmatisierung erfahren.²

Es besteht ein Zusammenhang zwischen gesellschaftlicher Stigmatisierung und rechtlicher Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen.³ Das aktuell geltende Recht setzt den Schwangerschaftsabbruch ohne kriminologische oder medizinische Indikation als rechtswidrig. Dies stellt ein vom Staat ausgesprochenes Unwerturteil dar und befördert so ein Klima gesellschaftlicher Stigmatisierung. Diese inhärente Missbilligung der Entscheidung zum Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft wirkt auch, obwohl es kaum Verurteilungen nach § 218 StGB gibt. Mit der Verurteilung einer Handlung im Strafrecht wird sie als gesellschaftlich unerwünscht und unmoralisch eingeordnet und auch so wahrgenommen. Frauen, die sich für einen Abbruch entscheiden, können sich dadurch stigmatisiert fühlen. Strafrechtliche Regelungen drücken weltanschauliche Überzeugungen aus.

Eine Setzung des Schwangerschaftsabbruchs als grundsätzlich rechtmäßig, wie vom vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehen, signalisiert, dass der Staat die Entscheidung und damit auch die reproduktiven Rechte ungewollt Schwangerer anerkennt und achtet. Die Ergebnisse des qualitativen Studienteils von ELSA zeigen, dass bei der Wahrnehmung von Stigmatisierungsgefühlen normative, religiöse und rechtliche Aspekte eine große Rolle spielen. Aufgrund des Zusammenhangs zwischen einem geringeren psychischen Wohlergehen und Stigmatisierungserfahrungen ist vom vorliegenden Gesetzesentwurf zudem eine positive gesundheitliche Wirkung für Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen (wollen), zu erwarten.

Zudem befürworten 75 % der in ELSA befragten Gynäkolog*innen die Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs – und das unabhängig davon, ob sie Abbrüche durchführen oder nicht. Auch

stigmatisiert werden könnten. 27 % der Befragten berichteten darüber hinaus, dass sie in mindestens einer Situation Stigmatisierung durch andere Personen in Form einer herabwürdigenden Reaktion erlebt haben.

² In der ELSA-Befragung von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, gaben 45 % der Befragten an, dass sie negative Reaktionen im privaten oder im beruflichen Umfeld fürchten, weil sie Abbrüche durchführen. Dabei haben 21 % der Befragten diese Sorgen nicht nur selten, sondern häufiger. Etwa zwei Drittel der Befragten hat bereits Stigmatisierung durch andere Personen erlebt. Ein Viertel der Befragten berichtet, bereits bedroht oder angegriffen worden zu sein, weil sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. 13 % der Befragten gaben an, dass vor der Einrichtung, in der sie Abbrüche durchführen, Demonstrationen oder Gehsteigbelästigungen stattfinden.

³ LaRoche KJ, Wynn LL, Foster AM: “We have to make sure you meet certain criteria”: exploring patient experiences of the criminalisation of abortion in Australia. *Public Health Res Pract.* 2021;31(3); Sorhaindo AM, Juárez-Ramírez C et al. (2014): Qualitative Evidence on Abortion Stigma from Mexico City and Five States in Mexico, *Women & Health*, 54:7, 622-640; Shellenberg KM, Moore AM et al. (2011): Social stigma and disclosure about induced abortion: results from an exploratory study. *Glob Public Health.* 2011;6 Suppl 1:S111-25. Eine ältere Studie für Deutschland ist Holzhauser B (1989): Schwangerschaft und Schwangerschaftsabbruch. Die Rolle des reformierten § 218 StGB bei der Entscheidungsfindung betroffener Frauen. Freiburg (Breisgau), Univ., Diss., 1989. Freiburg: Max-Planck-Inst. für Ausländ. u. Internat. Strafrecht (Kriminologische Forschungsberichte aus dem Max-Planck-Institut für Ausländisches und Internationales Strafrecht, Freiburg i.Br, 38).

eine repräsentative Studie des BMFSFJ zeigt, dass die deutsche Bevölkerung mit über 75 % einer Entkriminalisierung zustimmt.⁴

Der vorliegende Gesetzentwurf behält die Kriminalisierung von Ärzt*innen bei, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen, der nicht nach den im Entwurf vorgesehenen Voraussetzungen nach § 12 Absatz 1 bis 4 stattfindet. Zwar zeigen die ELSA-Daten, dass nur sehr wenige Ärzt*innen deshalb keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen, weil ihnen das strafrechtliche Risiko zu hoch ist (3 %). Jedoch trägt die fortgeschriebene Kriminalisierung weiterhin zu einem stigmatisierenden gesellschaftlichen Klima bei und kann somit Stigmatisierungserfahrungen von Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, begünstigen.

Schwangerschaftsabbruch als reguläre Leistung der Krankenkassen

Die ELSA-Daten zeigen, dass etwa jede fünfte Person, die eine Schwangerschaft in Deutschland abbricht, Schwierigkeiten hat, für die Kosten rund um den Schwangerschaftsabbruch aufzukommen. Dazu zählen vor allem die Kosten für den Eingriff selbst, die sich durch zusätzliche Kosten z. T. deutlich erhöhen.⁵ Dies zeigt, dass Kosten trotz der aktuellen Möglichkeit der Kostenübernahme durch die Länder eine erhebliche Hürde im Zugang zum Schwangerschaftsabbruch darstellen. Für die Selbstzahler*innen können die Kosten darüber hinaus die freie Wahl der Methode des Schwangerschaftsabbruchs einschränken, da medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche in der Regel weniger Kosten verursachen. Die Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch der Weltgesundheitsorganisation sowie die aktuelle S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch empfehlen eine freie Wahl der Methode nach den persönlichen Präferenzen der Betroffenen.⁶ Bestehen finanzielle Hürden, wird die freie Wahl erschwert.

Eine regelhafte Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen, wie vom vorliegenden Gesetzesentwurf vorgesehen, kann diese Hürden verringern und so zu einem diskriminierungsärmeren Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen sowie zu einer freien Methodenwahl beitragen. Zudem wird ungewollt Schwangeren die zusätzliche Antragstellung erspart, wodurch Stigmatisierungserfahrungen verringert werden und sich die Zeit auf dem Versorgungsweg verkürzen lässt. Positiv sehen wir zudem, dass der derzeitige Weg der Kostenübernahme durch die Länder für Nichtversicherte erhalten bleibt und sie so Angebote der regulären Gesundheitsversorgung nutzen können und nicht auf irreguläre Angebote ausweichen müssen.⁷

⁴ BMFSFJ (2024): Meinungsbild zur reproduktiven Selbstbestimmung und Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Woche.

⁵ In der ELSA-Stichprobe hat jede dritte Befragte keinen Antrag auf Kostenübernahme gestellt. Von diesen trug jede zweite die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch vollständig allein, bei jeder vierten Selbstzahlerin beteiligte sich der Partner an den Kosten. Die Daten zeigen auch, dass die Kosten für einen Schwangerschaftsabbruch stark variieren: Jede zweite Befragte gibt Kosten zwischen 200 und 400 EUR an, fast jede Dritte zwischen 400 und 600 EUR. Knapp 8 % berichten von Kosten für den Schwangerschaftsabbruch, die einen Betrag von 600 EUR übersteigen. Trotzdem die Mehrheit eine Kostenübernahme erhält, gab jede fünfte Befragte an, dass es ihr schwerfiel, für die angefallenen Kosten rund um den Schwangerschaftsabbruch aufzukommen. Fast jeder zweiten Befragten entstanden über den Abbruch hinaus Kosten, wobei etwa jeder dritten Befragten Kosten für die An- und Abreise entstehen.

⁶ World Health Organization (2022): Abortion Care Guideline. AWMF (2022): S2k-Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“, Empfehlung 2.E2, S. 50.

⁷ Vgl. Killinger K, Atay, H et al. (2020): Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany? A mixed-methods study. In: *BMJ sexual & reproductive health* 48, e6-e12.

Aufhebung der dreitägigen Wartezeit zwischen Pflichtberatung und Schwangerschaftsabbruch

Die ELSA-Ergebnisse zeigen, dass die gesetzlich obligatorische Bedenkzeit von drei Tagen zwischen der Schwangerschaftskonfliktberatung und dem Schwangerschaftsabbruch von knapp der Hälfte der Befragten als belastend empfunden wurde. Fast zwei Drittel der Befragten empfinden zudem Zeitdruck auf dem Weg zum Schwangerschaftsabbruch.⁸ Vor diesem Hintergrund kann die im Gesetzentwurf vorgesehene Abschaffung der obligatorischen Bedenkzeit dazu beitragen, diese Belastungen zu reduzieren. Zudem hat die Wartezeit keinen Einfluss auf die Entscheidung der Frauen. Dieser Grund, der zur damaligen Rechtslage beigetragen hat, entfällt. Die Frauen sind sich bereits vor der Beratung hochgradig sicher, die richtige Entscheidung zu treffen und die Wartezeit verändert dies nicht.

Beibehaltung der Beratungspflicht

Aus den empirischen Ergebnissen der ELSA-Befragung ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass die Beratungspflicht wirksam dazu beiträgt, dass sich mehr Frauen für das Austragen einer Schwangerschaft entscheiden.

Die große Mehrheit der ungewollt Schwangeren treffen ihre Entscheidung gemäß den Ergebnissen der ELSA-Befragung unabhängig von der gesetzlich verpflichtenden Beratung. Bei über 80 % der abgebrochenen und bei über 90 % der ausgetragenen ungewollt eingetretenen Schwangerschaften hatte die Schwangerschaftskonfliktberatung überhaupt keinen Einfluss auf die Entscheidung.

Lediglich 12 % der Befragten, die eine ungewollt eingetretene Schwangerschaft ausgetragen haben, hatten zuvor eine Schwangerschaftskonfliktberatung in Anspruch genommen. Von diesen äußerten 80 % den Wunsch, Hilfe bei ihrer Entscheidung zu erhalten. Bei drei Viertel dieser Befragten bestand unabhängig von der Beratung zumindest die Tendenz, die Schwangerschaft auszutragen. Nur etwa 4 % der Befragten mit ungewollt eingetretener ausgetragener Schwangerschaft gaben an, dass die Pflichtberatung oder die gesetzliche Wartezeit dazu beigetragen haben, sich für das Austragen der Schwangerschaft zu entscheiden.

Bei Befragten, die ihre Schwangerschaft abgebrochen haben, stand beim Besuch der Pflichtberatung der Erhalt des erforderlichen Beratungsnachweises im Vordergrund. Sie befürchteten mehrheitlich, dass das Beratungsgespräch nicht neutral erfolgt⁹ und antizipieren Stigmatisierungen, wodurch sich das Risiko für psychische Belastungen erhöht.

Die verbreiteten Vorbehalte gegenüber dem Pflichtcharakter der Schwangerschaftskonfliktberatung, der eine offene und vertrauensvolle Beratungssituation erschweren kann, sowie das bei Frauen, die ihre Schwangerschaft abbrechen wollen, nur gering verbreitete eigene Interesse an der Beratung lassen eine Wirkung der obligatorischen Schwangerschaftskonfliktberatung fraglich erscheinen.

All diese Befunde sprechen dafür, bei der Neuregelung des Schwangerschaftsabbruchs darauf zu vertrauen, dass Frauen in der Lage sind, ihrem Bedarf folgend, Beratung wahrzunehmen – oder eben auch nicht – und damit auf die Freiwilligkeit der Beratung zu setzen. Die Gewährleistung eines

⁸ Als Grund für einen empfundenen Zeitdruck wurde am häufigsten der Wunsch genannt, den Abbruch so schnell wie möglich durchführen lassen zu können. Mehr als ein Drittel der Befragten fühlte sich dadurch unter Zeitdruck. Etwas mehr als jede zehnte Befragte gab einen längeren Entscheidungsprozess als Grund für Zeitdruck an. Fast ein Viertel der Befragten empfindet Zeitdruck aufgrund äußerer Zugangsbarrieren: Dazu zählen ein erschwerter Zugang zu Informationen, Schwierigkeiten bei der Suche nach einer Einrichtung und lange Wartezeiten auf Termine.

⁹ Über die Hälfte der Befragten erwarteten, sich für ihre Entscheidung rechtfertigen zu müssen, und fast ein Drittel befürchtete, zum Austragen der Schwangerschaft überredet zu werden.

niedrigschwelligen Zugangs zu Beratungsangeboten inklusive entsprechender Informationen über die Beratungsmöglichkeiten sind dabei essenziell, um die Gruppe der ungewollt Schwangeren mit Beratungswunsch und -bedarf zu erreichen.

Stellungnahme zum Antrag "Versorgungslage von ungewollt Schwangeren verbessern" (BT-Drs. 20/13776)

Der vorliegende Antrag schlägt verschiedene Maßnahmen vor, um die Versorgungslage ungewollt Schwangerer zu verbessern. Wir gehen auf diejenigen Maßnahmen ein, zu denen auf Grundlage der Ergebnisse der ELSA-Studie Aussagen getroffen werden können und schlagen am Ende ergänzend zwei weitere Maßnahmen vor, die sich aus den ELSA-Erkenntnissen ableiten lassen. Zunächst möchten wir einige grundlegende Ergebnisse zur Versorgungssituation in Deutschland darstellen.

Der Zugang zu Versorgung wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Zwei zentrale Dimensionen sind die Verfügbarkeit (u.a. fristgerechte Termine, Kapazitäten der Angebote) und räumliche Erreichbarkeit (u.a. Entfernung, Fahrtzeiten) von Einrichtungen. Im Rahmen der ELSA-Studie wurden Strukturdaten ausgewertet, um die regionale Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, zu erfassen und diese auch mit den berichteten Erfahrungen der ungewollt Schwangeren zu vergleichen.¹⁰ Für eine Analyse der räumlichen Erreichbarkeit wurde das evidenzbasierte Kriterium der Bedarfsplanung für die ambulante gynäkologische Versorgung angesetzt.¹¹ Demnach müssen 95 % der Bevölkerung das nächste gynäkologische Angebot in 40 Minuten mit dem PKW erreichen.¹² Als Grundlage diente eine mit hohem Aufwand recherchierte Liste mit 1.048 Adressen im ganzen Bundesgebiet von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Auf dieser Datenbasis wurden statistisch die Gebiete berechnet, die außerhalb einer Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten zur nächsten Einrichtung liegen. Die so ermittelten Gebiete wurden mit öffentlich zugänglichen georeferenzierten Bevölkerungszahlen des StBA verbunden. Die Analyse kommt zu dem Ergebnis, dass in 85 von 400 Landkreisen nicht die Kriterien für eine ausreichende Erreichbarkeit erfüllt werden. Von den 85 Landkreisen liegen 43 in Bayern und jeweils acht in Rheinland-Pfalz, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen. Insgesamt leben in Deutschland 4,5 Mio. Menschen (5,4 %) außerhalb der Erreichbarkeit von 40 PKW-Minuten. Davon wohnen 2,5 Mio. in Bayern, was einem Anteil von 19,2 % an der dortigen Bevölkerung entspricht. Eine Sonderauswertung des Statistischen Bundesamts zeigt zudem,

¹⁰ Eine umfassende erste Analyse ist publiziert in Torenz R, Vollmer H, et al. (2023): Data on regional availability and accessibility of abortion providers in Germany. Res Health Serv Reg. 2023 Dec 15;2(1):21.

¹¹ Aus Antworten auf parlamentarische Anfragen wissen wir, dass einige Länder hier das Kriterium der Tagesreise ansetzen, auch eine Studie zur Versorgungssituation nutzt dieses Kriterium (Vgl. Augustin J, David M. Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland – eine aktuelle Analyse der regionalen Versorgungssituation. Geburtsh Frauenheilk 2023; 83: 796–799). Das Kriterium der Tagesreise meint, dass die Patient*innen die Hin- und Rückreise zur Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch an einem Tag bewerkstelligen können sollen. Dieses Kriterium stammt aus dem Urteil des BVerfG zum Schwangerschaftsabbruch von 1993 (Vgl. BVerfG 88, 203). Allerdings hat das BVerfG hier geprüft, wie viel der Gesetzgeber aus verfassungsrechtlicher Perspektive den Ländern bezüglich des Sicherstellungsauftrags vorschreiben kann und weiterhin Überlegungen angestellt, wie dieses Kriterium der Tagesreise dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen kann. Dieses Kriterium sollte daher nicht angesetzt werden, wenn es darum geht, einen guten und möglichst barrierearmen Versorgungszugang ungewollt Schwangerer zu ermöglichen. Zielführender ist stattdessen, hier Erreichbarkeitskriterien zu verwenden, wie sie in der Versorgungsforschung entwickelt werden.

¹² § 35 Abs. 5 Nr. 3 der BPL-RL des G-BA

dass sich in einigen Bundesländern die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen auf sehr wenige Meldestellen (d.h. Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche an das Bundesamt melden) konzentrieren: Für das gesamte Bundesgebiet ergibt sich, dass 7 % aller Meldestellen (n=84) mehr als 250 Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2020 durchgeführt haben. Diese „großen Meldestellen“ haben 2020 bundesweit insgesamt 47 % aller Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt. Deutlich wird zudem, dass zwischen den Bundesländern große Unterschiede in der Verteilung der Schwangerschaftsabbrüche auf „große Meldestellen“ bestehen.¹³ Eine möglichst gleichmäßige Verteilung von Schwangerschaftsabbrüchen auf die Meldestellen kann bezüglich der Sicherstellung der Versorgung als besonders risikoarm gelten. Konzentriert sich ein Großteil der Abbrüche auf wenige Einrichtungen so kann regional die Verfügbarkeit von Angeboten eingeschränkt sein: Der Wegfall einer großen Meldestelle, beispielsweise durch Urlaub oder Rente, kann so besonders negative Auswirkungen auf die regionale Versorgungslage haben. Zudem ist davon auszugehen, dass eine hohe Konzentration von Abbrüchen auf wenige Einrichtungen insbesondere in Flächenländern zu längeren Fahrtwegen führt, was die räumliche Erreichbarkeit und somit eine möglichst frühzeitige Inanspruchnahme der Versorgung erschwert. Insgesamt ergeben sich aus der Analyse von Strukturdaten Hinweise, dass die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, in den südlichen und westlichen Bundesländern geringer ist als in den nördlichen und östlichen Bundesländern.

Aus der Befragung der ungewollt Schwangeren geht hervor, dass trotz vieler positiver Erfahrungen ein relevanter Anteil von ungewollt Schwangeren mit Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen, die Abbrüche durchführen, konfrontiert ist. Dies betrifft lange Wege zur Einrichtung, Schwierigkeiten eine Einrichtung zu finden, aber auch Zeitdruck durch lange Wartezeiten auf einen Termin.¹⁴ Die ELSA-Daten zeigen, dass diese Zugangsbarrieren mit einer längeren Zeitspanne zwischen Feststellung und Abbruch der Schwangerschaft einher gehen. Das bedeutet, dass Frauen ihre Schwangerschaft später abbrechen, wenn sie Zugangsbarrieren erleben. Die Betroffenheit von Barrieren in der Verfügbarkeit und Erreichbarkeit ist dabei insbesondere davon abhängig, wo die Befragten zum Zeitpunkt des Schwangerschaftsabbruchs wohnen. In Bayern, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg müssen die Befragten z.B. deutlich häufiger Entfernungen von über 50km zur Einrichtung zurücklegen (etwa 32 %), während dieser Anteil in den anderen Bundesländern maximal halb so hoch ist. Die Erfahrungen der befragten ungewollt Schwangeren decken sich somit mit der Analyse von Strukturdaten im Rahmen der ELSA-Studie.

Sicherstellung einer kostendeckenden Finanzierung und Teil des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen

Deutlich über die Hälfte der Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, halten die Vergütung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht für ausreichend.¹⁵ Zudem betrachten viele von ihnen

¹³ In Bayern decken „große Meldestellen“ 77 % der Schwangerschaftsabbrüche ab, in Hessen 62 % und in Nordrhein-Westfalen 60 %. In Niedersachsen sind es dagegen 29 % und in Mecklenburg-Vorpommern gibt es keine einzige „große Meldestelle“.

¹⁴ Mehr als ein Viertel der Befragten musste mehr als eine Einrichtung kontaktieren, um einen Termin für einen Schwangerschaftsabbruch zu bekommen. Einem Fünftel der Befragten fiel es eher oder sehr schwer, eine Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch zu finden. Für jede 7. Befragte war die Einrichtung für den Schwangerschaftsabbruch mehr als 50 km entfernt. Fast ein Viertel empfindet Zeitdruck aufgrund von Zugangsbarrieren (lange Wartezeiten auf Termine, erschwerter Informationszugang, schwieriges Finden einer Einrichtung).

¹⁵ Die Höhe der Vergütung bei einer Kostenübernahme wird bundeslandspezifisch festgelegt. 67 % der Befragten schätzen die Vergütung bei einem operativen Schwangerschaftsabbruch als (eher) schlecht ein. Bei dem

den organisatorischen Aufwand, der durch die gesonderte Abrechnung entsteht, als hoch.¹⁶ Die Daten stützen somit den Handlungsbedarf und die Annahme, dass eine kostendeckende Vergütung sowie eine reguläre Abrechnung die Arbeit von Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen spürbar erleichtern würde. Auf die Verringerung finanzieller und organisatorischer Barrieren für ungewollt Schwangere durch die Aufnahme des Schwangerschaftsabbruchs in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkasse ist bereits weiter oben eingegangen worden.

Stärkere Integration von Schwangerschaftsabbrüchen in die medizinische Aus- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten

In der ELSA-Befragung von Gynäkolog*innen in drei Regionen zeigt sich, dass etwa 25 % der Ärzt*innen in ihrer fachärztlichen Weiterbildung keine Schwangerschaftsabbrüche erlernt haben, etwa 60 % haben nur eine Methode des Schwangerschaftsabbruchs erlernt.¹⁷ Dabei entscheiden sich Ärzt*innen deutlich häufiger dazu, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, wenn sie diese in ihrer fachärztlichen Weiterbildung gelernt haben.¹⁸ Eine auf rechtliche und ethische Aspekte reduzierte Aus- und Weiterbildung vermittelt nicht die relevanten praktischen Kompetenzen. In der ELSA-Befragung der Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, fühlen sich daher diejenigen, die Schwangerschaftsabbrüche in ihrer fachärztlichen Weiterbildung praktisch erlernt haben, deutlich häufiger sicher in der Durchführung.¹⁹

Es ist daher davon auszugehen, dass eine verbindliche Integration des Schwangerschaftsabbruchs in die ärztliche Aus- und Weiterbildung dazu beitragen kann, mehr Ärzt*innen für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zu gewinnen und so die Versorgungslage insbesondere in schlechter versorgten Regionen zu verbessern. Das Weigerungsrecht von Ärzt*innen, an Schwangerschaftsabbrüchen mitzuwirken, steht dem nicht entgegen, denn der Anteil der befragten Gynäkolog*innen, die keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen, weil sie diese grundsätzlich ablehnen, ist gering und liegt nur bei etwa 6 %.

Prüfung der Abschaffung des Sondervertriebswegs zur Beschaffung von Medikamenten, die für den Schwangerschaftsabbruch benötigt werden

Der Sondervertriebsweg zur Beschaffung von Medikamenten für die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen wird von einem beträchtlichen Anteil der Ärzt*innen, die

medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, bei dem beide Medikamente unter ärztlicher Aufsicht eingenommen werden, schätzen 57 % der Befragten die Vergütung als (eher) schlecht ein, beim Home Use sind es 56 %.

¹⁶ 42 % empfinden den Aufwand, der durch die gesonderte Abrechnung entsteht, als (eher) hoch, 27 % empfinden ihn als mittel hoch. Bei den Ärzt*innen, die mehr als 250 Abbrüche durchführen, sich also im besonderen Maße an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen beteiligen, sind es 70 %, die den Aufwand als (eher) hoch empfinden bzw. 20% als mittel hoch.

¹⁷ Von denjenigen, die in ihrer Weiterbildung Schwangerschaftsabbrüche praktisch erlernt haben, haben 87 % die Vakuumaspiration erlernt, 70 % die Kürettage und 41 % die medikamentöse Methode.

¹⁸ 38 % der Befragten, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen in der Facharztweiterbildung praktisch erlernt haben, führen später Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durch. Haben die Befragten die Durchführung in der Facharztweiterbildung nicht erlernt, so führen später nur 11 % Schwangerschaftsabbrüche nach Pflichtberatung durch.

¹⁹ Bei der Absaugmethode bis zur 12. Schwangerschaftswoche p.m. sind es 95 % (in Weiterbildung erlernt) gegenüber 75 % (in Weiterbildung nicht erlernt), bei der Absaugmethode zwischen der 12. und 14. Schwangerschaftswoche sind es 77 % gegenüber 44 % und bei der medikamentösen Methode sind es 93 % gegenüber 85 %. Die Differenz bei der medikamentösen Methode ist deshalb nicht so groß, weil viele Ärzt*innen diese Methode über Fortbildungen erlernen, da sie in der Weiterbildung deutlich seltener gelehrt wird.

Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, als aufwändig empfunden.²⁰ Eine Abschaffung des Sondervertriebsweges kann zur Entlastung der Ärzt*innen beitragen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Sie haben bereits durch weitere Sonderregelungen zum Schwangerschaftsabbruch wie landesspezifische Sondererlaubnisse und erweiterte Dokumentations- und Meldepflichten einen höheren Aufwand als Ärzt*innen, die keine Abbrüche durchführen.

Stärkere Beteiligung von Krankenhäusern mit Gynäkologie an der Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen

Ein Drittel der im Rahmen von ELSA befragten Gynäkolog*innen, die keine Abbrüche durchführen, gaben an, dies nicht zu tun, weil die Einrichtung, in der sie tätig sind, keine Schwangerschaftsabbrüche anbietet. Bei diesen Ärzt*innen handelt es sich vor allem um solche, die in Kliniken beschäftigt sind. Von ihnen wären etwa 60 % bereit, Abbrüche durchzuführen, wenn die Einrichtung, in der sie tätig sind, Abbrüche anbieten würde. Hier liegt ein großes Potential, die Zahl der medizinischen Angebote für Schwangerschaftsabbrüche zu erhöhen. Dies kann die Verfügbarkeit und Erreichbarkeit von Einrichtungen für die ungewollt Schwangere verbessern und so Zugangsbarrieren auf effektive Weise abbauen. Insbesondere sind hier süd- und westdeutsche Regionen in den Blick zu nehmen, da hier aufgrund der historischen Entwicklung die Kliniken in besonders geringem Maße an der Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen beteiligt sind.

Sicherstellung eines freien Zugangs zu benötigten Informationen sowie Stärkung von seriösen, staatlichen Informationsangeboten und Eindämmung von Fehlinformationen über Schwangerschaftsabbrüche

Die ELSA-Studie kommt zu dem Ergebnis, dass für Personen, die eine Schwangerschaft abbrechen (wollen), vielfältige Barrieren beim Zugang zu den notwendigen Informationen bestehen. Etwa jede zweite Befragte gab an, im Zusammenhang mit der ungewollten Schwangerschaft bzw. dem Schwangerschaftsabbruch auf Informationsbarrieren gestoßen zu sein. Die von den Befragten am häufigsten genannten Barrieren stehen im Zusammenhang mit gesellschaftlicher Stigmatisierung von Schwangerschaftsabbrüchen.²¹ Stigmatisierung wirkt als eine der größten Hürden bei der Informationsbeschaffung zum Schwangerschaftsabbruch und stellt ein zentrales Problem beim Versorgungszugang bzw. bei der Inanspruchnahme von Versorgung dar.

Zudem fand etwa ein Drittel der Befragten keine guten Informationen im Internet. Ein Viertel stieß auf Informationen, die Angst machen oder verunsichern. Dies zeigt, dass ein Bedarf an qualitativ hochwertigen, evidenzbasierten und leicht zugänglichen Informationen im Internet besteht. Auch wenn in den letzten Jahren die mit der Abschaffung des § 219a verbundenen rechtlichen Verbesserungen hinsichtlich des Zugangs zu Informationen für Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen wollen, erreicht wurden, bestehen nach wie vor vielfältige und komplexe Informationsbarrieren. So zeigt sich, dass die 2019 eingeführte Liste der Bundesärztekammer über Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, sowohl hochgradig unvollständig ist als auch absolut unbekannt: Nur 3 % der Befragten mit Abbruch einer ungewollten Schwangerschaft nach 2019 haben diese genutzt.

²⁰ 47 % empfinden den Aufwand, der durch den Sondervertriebsweg entsteht, als (eher) hoch, 31 % empfinden ihn als mittel hoch.

²¹ Mehr als die Hälfte der Befragten, die Schwierigkeiten bei der Informationsbeschaffung hatte, gab als Grund an, Angst davor zu haben, dass schlecht über sie gedacht würde (55 %). Ebenfalls über die Hälfte gab den Wunsch nach Geheimhaltung des Schwangerschaftsabbruchs als Problem bei der Informationsbeschaffung an (51 %). Mehr als jede fünfte Befragte berichtete, sich nicht getraut zu haben nach Informationen zu fragen (22 %).

Stärkung eines leichten Zugangs zu staatlichen Unterstützungsleistungen und Erleichterung der Entscheidung für eine Schwangerschaft

Die ELSA-Daten zeigen, dass bei ungewollt Schwangeren – vor allem jenen, die ihre Schwangerschaft abbrechen - deutlich häufiger schwierigere Lebenslagen auftreten als bei gewollt Schwangeren. Ein (weiteres) Kind kann diese schwierigen Lebenslagen und die daraus resultierenden Belastungen verstärken. Beispielsweise können finanzielle Schwierigkeiten, beengte Wohnverhältnisse, die Herausforderung der beruflichen Vereinbarkeit, fehlende berufliche Etablierung, ein unpassendes Alter oder eine schlechte Partnerschaft zu erheblichen Problemen führen. Die Kumulation solcher nachteiliger Lebenslagen führt zu zusätzlichen Belastungen und tritt häufiger bei ungewollten Schwangerschaften, insbesondere abgebrochenen Schwangerschaften auf. Es ist davon auszugehen, dass diese belastenden Lebenslagen in vielen Fällen der Grund dafür sind, dass eine Schwangerschaft als ungewollt wahrgenommen und schließlich die Entscheidung zu einem Abbruch getroffen wird.

Auf Grundlage dieser Erkenntnisse zeigen sich Anhaltspunkte, dass eine stärkere staatliche Unterstützung von Familien mit Kindern – insbesondere solchen mit kumulierten schwierigen Lebenslagen - in einem Umfang, der die aktuelle Lebenssituation verbessert, in einigen Fällen dazu beitragen kann, dass Schwangerschaften nicht als ungewollt erlebt werden sowie ungewollt Schwangere sich nicht aufgrund schwieriger Lebensumstände für das Abbrechen einer Schwangerschaft entscheiden.

Ergänzende Empfehlungen

Über die Änderungen und Maßnahmen im Gesetzentwurf und dem Antrag hinaus empfehlen wir auf Grundlage unserer Ergebnisse folgende Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungslage ungewollt Schwangerer:

Hinwirken auf eine Beendigung des Importstopps von Cytotec®

Der faktisch geltende Importstopp des Medikaments Cytotec stellt für viele Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen ein Problem dar. Sie müssen das Medikament dadurch z.B. über Apotheken im Ausland bestellen. Einige wenige führen aus diesem Grund derzeit keine medikamentösen Abbrüche mehr durch.²² Um die Versorgungssituation zu verbessern, wäre es daher sinnvoll, ergänzend darauf hinzuwirken, dass der Importstopp für Cytotec aufgehoben wird.

Prüfung bundesweiter Kriterien für ein ausreichendes Angebot an Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen

Nach § 13 SchKG sind die Länder verpflichtet, ein ausreichendes Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen. Anders als bei den Schwangerschaftsberatungsstellen wird jedoch nicht näher bestimmt, wann ein ausreichendes Angebot vorliegt. Ein solches Kriterium könnte eine Angabe zu den vorzuhaltenden Kapazitäten in Form einer Verhältniszahl zu den Einwohner*innen sein. Jedoch würde dies einen hohen Aufwand in der praktischen Umsetzung bedeuten, da dann die Kapazitäten der Einrichtungen erfasst werden müssten, die für die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen zur Verfügung stehen. Die ELSA-Studie legt für die räumliche

²² 70 % der Ärzt*innen, die Abbrüche durchführen, gaben an, dass der Importstopp für sie jetzt oder in Zukunft ein Problem bei der Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen darstellt. 45 % der Befragten haben Cytotec® gelagert und können eine Weile damit auskommen. 37 % bestellen den Wirkstoff Misoprostol über eine Apotheke im Ausland, 29 % bestellen das deutlich teurere Präparat MisoOne® über den Sondervertriebsweg und 14 % nutzen ein anderes Präparat. Auf die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen verzichten zum Befragungszeitpunkt sechs Befragte aufgrund des Importstopps.

Erreichbarkeit das evidenzbasierte Kriterium der Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die ambulante gynäkologische Versorgung zugrunde. Diese Richtlinie regelt die Bedarfsplanung der gesamten vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland. Für ambulante gynäkologische Einrichtungen gilt, dass eine Einrichtung innerhalb von 40 PKW-Minuten für 95 % der Bevölkerung eines Landkreises erreichbar sein muss.²³ Dieses Kriterium ist insofern limitiert, als vielen ungewollt Schwangeren kein Auto zur Verfügung steht und sie auf öffentliche Verkehrsmittel angewiesen sind. Zudem bezieht es die Verfügbarkeit von zeitnahen Terminen nicht ein. Bundesweite Kriterien könnten die Länder in ihrem Sicherstellungsauftrag unterstützen.

Berlin, den 06.02.2025

Prof. Dr. Daphne Hahn
Prof. Dr. Ulrike Busch
Prof. Dr. Maika Böhm
Prof. Dr. Petra Brzank
Tilmann Knittel
Laura Olejniczak, M.A.
Dr. med. Ines Thonke
Rona Torenz, M.A. M.A.

²³ § 35 Abs. 5 Nr. 3 Bedarfsplanungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Fassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 19. Dezember 2024. Online unter <https://www.g-ba.de/richtlinien/4/>.

Anlage 1: Zur Methodik der Studie

Die für diese Stellungnahme zugrunde liegenden Ergebnisse beruhen auf drei ELSA-Befragungen:

Befragung von ungewollt Schwangeren

Die Analysen innerhalb der ELSA-Studie basieren auf der Auswertung von verschiedenen Stichproben. Die für diese Stellungnahme relevanten Stichproben von Befragten mit ungewollten ausgetragenen sowie ungewollten abgebrochenen Schwangerschaften werden im Folgenden kurz vorgestellt.

a) Stichprobe von Befragten mit ungewollten, abgebrochenen Schwangerschaften (n=594)

Für die Befragung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen wurden verschiedene Wege der Teilnehmerinnen-Gewinnung beschritten, dazu zählen u.a. die Ansprache durch über 50 medizinische Einrichtungen und über 20 Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen. Die Stichprobe erfüllt nicht das Kriterium der Repräsentativität im Sinne einer Zufallsauswahl. Der Aufwand für eine Gewinnung von Frauen mit Schwangerschaftsabbrüchen ausschließlich mittels einer Zufallsauswahl von Adressen aus Einwohnermeldeämtern stünde aufgrund der geringen Prävalenz in keinem wirtschaftlich zu rechtfertigenden Verhältnis zum Nutzen. Allerdings kann gezeigt werden, dass die Stichprobe in ihrer Zusammensetzung bezüglich verschiedener zentraler Merkmale (Alter, regionale Verteilung, Anzahl der vorangegangenen Geburten, Methode des Schwangerschaftsabbruchs, Dauer der Schwangerschaft sowie Art der ausführenden Einrichtung) nah an den Strukturdaten der Bundesstatistik über Schwangerschaftsabbrüche ist. Daher ist von einer hohen Güte der Stichprobe auszugehen.

b) Stichprobe von Befragten mit ungewollten, ausgetragenen Schwangerschaften (n=572)

Diese auf Grundlage der Einwohnermeldeamtsadressen erhobene Stichprobe ist repräsentativ für in Deutschland wohnhafte Frauen mit mindestens einem Kind bis 6 Jahren. In der Online-Befragung wurde nach einem Screening aller Lebenszeit-Schwangerschaften jeweils zu einer ausgewählten Schwangerschaft umfassend Fragen gestellt. Dies war – sofern zutreffend – die am kürzesten zurückliegende ungewollt eingetretene ausgetragene Schwangerschaft. Falls die Befragte in keinem Fall ungewollt schwanger geworden war, wurden Fragen zur am kürzesten zurückliegenden gewollten ausgetragenen Schwangerschaft gestellt.

*Befragung von Ärzt*innen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen (n=309)*

Bei der Befragung der Anbieter*innen von Schwangerschaftsabbrüchen handelt es sich um eine Vollerhebung, wobei nur ein Teil der eingeladenen Personen (n=1.380) der Grundgesamtheit erreicht wurde. Ein Vergleich der Merkmale der erreichten Teilnehmer*innen mit Merkmalen der Grundgesamtheit von Gynäkolog*innen laut der Ärztestatistik der Bundesärztekammer (Alter, Geschlecht, ambulante/stationäre Tätigkeit) ergibt nur geringfügige Abweichungen.

*Befragung von Gynäkolog*innen in drei ausgewählten Regionen (n=678)*

Die Zielgruppe der Befragung umfasste alle Fachärzt*innen der Gynäkologie in drei ausgewählten Regionen, die zum Zeitpunkt der Befragung selbständig oder angestellt im Bereich der Frauenheilkunde tätig waren. Die Bundesländer Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und der Regierungsbezirk Tübingen in Baden-Württemberg wurden anhand verschiedener Versorgungsindikatoren als auch weiterer soziodemografischer wie siedlungsstrukturelle Merkmale ausgewählt. Die Regionen kontrastieren bezogen auf diese Merkmale stark und bilden somit möglichst unterschiedliche Regionen im Bundesgebiet ab. Der Fragebogen wurde von 62 % der angeschriebenen Gynäkolog*innen beantwortet, was eine außergewöhnlich hohe Responserate darstellt. Ein Vergleich mit der Ärztestatistik der Bundesärztekammer zeigt hinsichtlich zentraler Merkmale (Alter, Geschlecht, Status ambulante/stationäre Tätigkeit) eine nahezu gleiche Verteilung.