https://gen-ethisches-netzwerk.de/node/4139



Gen-ethischer Informationsdienst

Grundversorgung – auch für ungewollt Schwangere

Über die Sicherung des Zugangs zu Schwangerschaftsabbru?chen in der Coronakrise

AutorIn
Alicia Baier



Bereits als Medizinstudentin engagierte Alicia Baier sich für einen Ausbau der Lehre zum Thema Schwangerschaftsabbruch und gründete 2015 die politische Hochschulgruppe Medical Students for Choice. Foto: © Alicia Baier

Gleich zu Beginn der Pandemie zeigte sich deutlich: Der Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen war für viele Betroffene komplizierter denn je. Was sind die Ursachen und was können wir diesbezüglich aus der Coronakrise lernen? Interview mit
Alicia Baier – Ärztin, Vorstandsmitglied und Mitbegründerin des Vereins Doctors for Choice Germany (DfC).

Wer in Deutschland eine Schwangerschaft abbrechen möchte, ist zu der Inanspruchnahme einer Schwangerschaftskonfliktberatung verpflichtet und muss eine Wartefrist von mindestens drei Tagen zwischen dem Beratungsgespräch und dem Schwangerschaftsabbruch einhalten. Welche Probleme

sind dadurch innerhalb der Coronapandemie aufgetreten?

Diese Zwangsberatungen führen dazu, dass ungewollt Schwangere einen zusätzlichen persönlichen Termin wahrnehmen müssen, was während so einer Krise natürlich problematisch ist. Die Beratungsstellen haben zum Glück schnell reagiert und die Beratung auch per Video und Telefon angeboten. Dieses Angebot wird viel genutzt von den Klient*innen. Dennoch bleibt es ein zusätzlicher Termin, den Betroffene neben allen anderen zusätzlichen Belastungen in Beruf und Familie, die durch diese Krise entstanden sind, wahrnehmen müssen.

Außerdem sind bei der Zustellung der Beratungsbescheinigungen Probleme aufgetreten. Postalisch versandte Bescheinigungen können verzögert ankommen oder verloren gehen, wodurch sich die Abbrüche nach hinten verschieben. Auch die Privatsphäre ist teilweise schwierig zu schützen, wenn Betroffene zum Beispiel nicht möchten, dass die Eltern die Bescheinigung im Briefkasten finden. Kurz gesagt: Auch trotz dieses unbedingt nötigen Angebots der Teleberatung bringt eine nachzuweisende Pflichtberatung in Zeiten der Pandemie zusätzliche bürokratische und organisatorische Hürden mit sich. Da ist dann schon zu fragen, ob nicht eine Erlassung dieses Beratungszwangs gerade jetzt sinnvoller denn je wäre. Grundsätzlich sollte jede Person selbst entscheiden können, ob sie eine Beratung in Anspruch nehmen möchte oder nicht. In anderen Ländern wie zum Beispiel Frankreich oder Schweden funktioniert ein freiwilliges Beratungsangebot seit Jahren schon sehr gut.

Schwangerschaftsabbrüche gelten in Deutschland als rechtswidrig. Sind Betroffene auf eine Kostenübernahme angewiesen, müssen sie diese extra bei ihren Krankenkassen beantragen. Wie funktioniert das in Zeiten von Corona?

Das ist wirklich eins der größten Probleme gewesen in der Lockdown-Phase. In manchen Bundesländern gibt es noch immer keine gute Regelung. Weil der Schwangerschaftsabbruch keine öffentliche Gesundheitsleistung ist, muss er selbst bezahlt werden. Für Niedrigverdiener*innen ist jedoch eine Kostenübernahme über einen Sozialtopf der Länder möglich. Die Koordination läuft über die Krankenkassen, deren Kunden- und Servicecenter während der Coronakrise nicht besetzt waren. Somit war es zu Beginn der Pandemie ganz schwer an die Kostenübernahmeformulare überhaupt ranzukommen.

Die notwendige Organisation hat viel Zeit und Ressourcen auf der Seite des medizinischen Personals und der Beratungsstellen gekostet. Betroffene haben durch Unklarheiten bezüglich der Kostenübernahme bis zu zwei Wochen Zeit verloren, was bei so einem eng befristeten Eingriff natürlich eine Katastrophe ist! Zudem sind Abbrüche grundsätzlich sicherer, je früher sie durchgeführt werden.

Zeitliche Verzögerungen können zum Beispiel dazu führen, dass ein medikamentöser Abbruch nicht mehr möglich ist, weil dieser nur bis zur neunten Woche erlaubt ist in Deutschland. Die Wahlfreiheit der Methode besteht dann nicht mehr. Im schlimmsten Fall kann die gesetzliche Frist 1 für einen Abbruch nicht mehr eingehalten werden. Für Abbrüche nach der vierzehnten Schwangerschaftswoche konnten Betroffene sonst in Nachbarländer wie die Niederlande oder Österreich fahren, doch wegen der Reisebeschränkungen war dieser Ausweg in der Coronakrise ebenfalls erschwert.

Wie würde eine gute Lösung bezüglich der Kostenübernahme Ihrer Meinung nach aussehen?

Manche Bundesländer haben gute Lösungen gefunden und stellen ein Onlineformular zum Download zur Verfügung. Es fehlt aber eine bundeseinheitliche Lösung, die wir mit den DfC sowohl in unserer Presseerklärung vom 22. März 2020 2 als auch in einem Brief an Jens Spahn, die Sozialministerien aller Länder und den GKV-Spitzenverband vom 14. Mai 2020 3 gefordert haben. Antworten kamen bisher nur von einigen Sozialminister*innen; vor allem aus den Ländern, in denen schon gute Lösungen für die Organisation der Kostenübernahme gefunden wurden. Oft haben die Sozialministerien auf den GKV-Spitzenverband verwiesen, der uns aber noch nicht geantwortet hat und wegen datenschutzrechtlicher Bedenken ein

einheitliches Online-Formular bisher ablehnt; was eigentlich keinen Sinn ergibt, weil es ja darum geht, die Blanko-Formulare zur Verfügung zu stellen. Komplizierte Abläufe oder gar ein Wegfall der Kostenübernahme wirken sich auf ungewollt Schwangere aus, die finanziell prekär aufgestellt und während dieser Krise sowieso schon mehrfach belastet sind. Es ist eben auch eine soziale Frage. Hier wird ganz deutlich entlarvt, dass der Abbruch endlich eine öffentliche Gesundheitsleistung werden muss, weil wir dann diese Probleme erst gar nicht hätten und der sichere Zugang zu Abbrüchen viel besser garantiert werden könnte.

Wie stellt sich die medizinische Versorgungslage in Zeiten von Corona dar?

Die Versorgungssituation war schon vor Corona in Deutschland lückenhaft; besonders in ländlichen und christlich geprägten Regionen. In Zeiten der Pandemie stand und steht die Versorgung erst recht auf wackligen Beinen. Ärzt*innen, die als einzige in ihrer Region die Versorgung sicherstellen, stehen unter einem hohen Druck und können sich keinen Ausfall erlauben. Viele dieser Zentren oder Praxen sind so klein, dass sie keinen Wechselschichtbetrieb einführen konnten. Das heißt wenn es dort einen Corona-Fall gäbe, müssten sie für zwei Wochen schließen, wodurch die Versorgungslage in einem ohnehin schon unterversorgten Gebiet noch prekärer würde. Viele der Ärzt*innen, die die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen sichern, sind eher älter und führen den Eingriff über ihre Rente hinaus durch, weil sie keine*n Nachfolger*in finden. Aufgrund ihres Alters gehören viele von ihnen zur „Risikogruppe“ und uns sind Fälle bekannt, wo Praxen aufgrund der Coronapandemie geschlossen wurden.[4] Daraus resultieren beispielsweise noch weitere Fahrtwege für ungewollt Schwangere, was für viele organisatorisch und finanziell schwierig umzusetzen ist. Eine besondere Mangelversorgung besteht für die chirurgischen Abbrüche zwischen der zehnten und der vierzehnten Schwangerschaftswoche, da viele niedergelassene Ärzt*innen diesen Eingriff nur bis zur zehnten Schwangerschaftswoche anbieten. An dieser Stelle wären die Krankenhäuser besonders wichtig, um Versorgung sicherzustellen.

Zu Beginn der Pandemie lehnten einige Kliniken ab, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, da sie den Eingriff nicht als Teil der aufrechtzuerhaltenden Grundversorgung einordneten. Wie konnte es dazu kommen?

Im Rahmen der Pandemie forderte die Politik alle elektiven Eingriffe [5] zu verschieben. Bereits in unserer Presseerklärung hatten wir gefordert, klarzustellen, dass Schwangerschaftsabbrüche nicht aufgeschoben werden können und zur Grundversorgung zählen müssen. Manche Krankenhäuser haben den Schwangerschaftsabbruch zu Beginn der Pandemie tatsächlich als elektiv interpretiert. Dort wurden Patient*innen weggeschickt mit der Aussage: „Wir machen das jetzt nicht mehr, wegen Corona“. Mittlerweile wurde das in vielen Bundesländern klargestellt und die Eingriffe finden wieder statt. Trotzdem wäre eine eindeutige Positionierung auf bundespolitischer Ebene sehr wünschenswert, auch um dem Klischee entgegenzuwirken, Abbrüche seien „Lifestyle-Entscheidungen“. Der Ursprung des zweiten Problems bezüglich der Krankenhäuser liegt bereits vor der Coronakrise: Immer weniger Kliniken führen Abbrüche durch, obwohl sie staatlich finanziert werden. Das betrifft Unikliniken, öffentliche Häuser und ganz besonders die christlichen Häuser. Auch kirchlich getragene Kliniken werden mit Steuergeldern finanziert und sind somit für die Grund- und Regelversorgung in ihrem Gebiet zuständig. Viele verweigern aber aus religiös-moralischen Gründen pauschal Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Diese staatlich finanzierten Häuser sollten unseres Erachtens während der Krise ganz besonders in die Pflicht genommen werden, ihren Versorgungsauftrag zu erfüllen.

Um unnötige Kontakte zu vermeiden, wurde vermehrt auf die Durchführung medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche zurückgegriffen. Welche Vorteile bringt diese Methode gerade in Zeiten der Pandemie mit sich?

Es gibt die Möglichkeit den medikamentösen Abbruch als sogenannten Home-Use (Zuhause-Nutzung) durchzuführen. Eigentlich geht der medikamentöse Abbruch mit zwei Praxisbesuchen einher – zur Einnahme der zwei erforderlichen Medikamente. Beim Home-Use wird das zweite Medikament Zuhause eingenommen. Das wurde in Deutschland vereinzelt auch schon vor der Coronapandemie angeboten. Allerdings gibt es hierbei noch einige Barrieren, beispielsweise Unklarheiten bezüglich der Abrechnung. Zudem fehlen unterstützende Signale für den Home-Use aus der Medizin und der Politik. Dabei bringt diese Option viele Vorteile mit sich – auch außerhalb einer Krise – wie beispielsweise mehr Privatsphäre sowie Unterstützung durch ein vertrautes Umfeld und nahestehende Personen für die Betroffenen. Studien zeigen, dass über die Hälfte derer, die sich für einen medikamentösen Abbruch entscheiden, sich auch für einen Home-Use entscheiden würden.6 Während der Coronakrise kann durch den Home-Use das Infektionsrisiko für alle Beteiligten gesenkt werden, medizinische Einrichtungen und Personal werden entlastet und Fahrtwege für die Betroffenen gespart. Deshalb unterstützen wir den Ausbau des Home-Uses. In anderen Ländern können inzwischen beide Medikamente Zuhause eingenommen werden. Im Rahmen der Coronapandemie wurde der vollständig telemedizinisch begleitete Home-Use beispielsweise in England, Frankreich und Irland eingeführt. Wir sind gespannt auf Erfahrungsberichte aus diesen Ländern. Die Telemedizin bietet viele Potenziale und wird sicherlich zukünftig eine immer größere Rolle spielen. Passenderweise steht der Safe Abortion Day dieses Jahr unter dem Motto „I manage my abortion“.7 Das Thema wird uns also auf jeden Fall weiter beschäftigen.

Was können wir aus der Krise lernen?

Diese Krise entlarvt soziale Probleme, die es vorher schon gab, in vielen Bereichen. Bezüglich des Schwangerschaftsabbruchs verdeutlicht sie die rechtlichen und organisatorischen Hürden, denen ungewollt Schwangere, Berater*innen und medizinisches Personal ausgesetzt sind. Deutschland hat im europäischen Vergleich eins der strengsten Abtreibungsgesetze. Die bloße Informationsweitergabe zum Schwangerschaftsabbruch ist in fast keinem anderen Land verboten. Der §219a kriminalisiert Ärzt*innen und sorgt dafür, dass sich immer weniger Mediziner*innen diesem rechtlichen Graubereich aussetzen. Im Medizinstudium wird der Schwangerschaftsabbruch nicht als Bestandteil des Fachs Gynäkologie gelehrt, sondern wird noch immer als Sonderling in der Medizin behandelt, was die gesellschaftliche Tabuisierung verstärkt und letztlich die Gesundheit von ungewollt Schwangeren gefährdet.

Die Krise zeigt, dass unsere Forderungen berechtigt und unser Einsatz dringend nötig sind. Wir fordern weiterhin eine bessere Ausbildung im Medizinstudium, eine Entkriminalisierung und eine bessere Versorgungslage sowie freien Zugang zu Informationen zum Schwangerschaftsabbruch. Der Eingriff muss endlich straffrei werden und als öffentliche Gesundheitsleistung in Deutschland etabliert werden!

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Taleo Stüwe.

- 1Ein straffreier Schwangerschaftsabbruch kann in Deutschland bis zur vierzehnten Schwangerschaftswoche (gerechnet ab dem ersten Tag der letzten Menstruationsblutung) durchgeführt werden.
- 2Doctors for Choice Germany (22.03.2020): Pressemitteilung: Schwangerschaftsabbrüche in Zeiten der Corona-Krise. Online: www.kurzelinks.de/gid254-tq [letzter Zugriff: 11.07.2020].
- 3Doctors for Choice Germany (15.05.2020): Brief an das Bundesgesundheitsministerium. Online: www.kurzelinks.de/gid254-tr [letzter Zugriff: 11.07.2020].
- 4Siehe Stüwe, T. (2020): Schwangerschaftsabbrüche in Zeiten der Coronapandemie. In: GID 253, S. 33. Online: www.kurzelinks.de/gid254-ts [letzter Zugriff: 11.07.2020].
- 5Als elektiv werden in der Medizin Eingriffe bezeichnet, die nicht zwingend notwendig sind. Dies ist der Fall, wenn kein Nachteil daraus entsteht auf die Behandlung zu verzichten, eine therapeutische Alternative einzusetzen oder die Behandlung auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben.

- 6Lohr, P./Wade, J./Riley, L./Fitzgibbon, A./Furedi, A. (2010): Women’s opinions on the home management of early medical abortion in the UK. In: BMJ Sexual & Reproductive Health, 36. Online: www.kurzelinks.de/gid254-tt [letzter Zugriff: 12.07.2020].
- 7Der „International Safe Abortion Day“ (Internationaler Tag für sichere Schwangerschaftsabbrüche) ist am 28. September. Letztes Jahr fanden in 35 deutschen Städten Aktionen zur Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen statt. Das diesjährige Motto „I manage my abortion“ (Ich regle meinen Abbruch) greift die Forderung nach telemedizinisch begleitetem Home-Use auf, die aufgrund der Coronapandemie aktuell vermehrt diskutiert wird.

Informationen zur Veröffentlichung

Erschienen in:
GID Ausgabe 254 vom August 2020
Seite 12 - 14