

»Es braucht einen Mentalitätswechsel weg von dieser Angst vor dem Zwang.«

**Ein Gründungsmitglied von Doctors for Choice Germany e. V.
über notwendige medizinische Veränderungen
im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen**

Ein Gespräch mit Alicia Baier

Dr. Alicia Baier ist Ärztin in Weiterbildung (Gynäkologie/Allgemeinmedizin). Ihre Arbeitsschwerpunkte liegen im Bereich reproduktiver Gesundheit und Familienplanung. Sie forscht und hält Vorträge zum Thema Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer und gesellschaftlicher Perspektive. Alicia Baier ist unter anderem Mitgründerin und Vorsitzende von Doctors for Choice Germany e. V. (www.doctorsforchoice.de).

Das Gespräch führte Christiane Bomert (Transkription: Sara Schmalzried).

Sie machen seit Jahren öffentlich auf die mangelnde medizinische Versorgung von ungewollt Schwangeren in Deutschland aufmerksam. Welche Veränderungen sind ihrer Meinung nach nötig, um die medizinische Versorgung an den Bedürfnissen von ungewollt Schwangeren zu orientieren?

Nach unseren Erfahrungen wünschen sich ungewollt Schwangere organisatorische Entlastung und eine professionelle Behandlung nach modernen Standards. Die Behandlung sollte dafür *kostenfrei* sein, weil die Kosten für den Abbruch und weitere bürokratische Schritte zur Organisation der Kostenübernahme sonst eine unfaire Mehrbelastung für Niedrigverdienerinnen bedeuten, die Geld, Zeit und Ressourcen frisst und den Abbruch nach hinten verschiebt. Abbrüche sind aber am sichersten, je früher sie stattfinden. Eine freie Methodenwahl ist ebenfalls nur möglich, wenn der Abbruch vor der neunten Woche stattfindet, weil medikamentöse Abbrüche in Deutschland nur bis zur neunten Woche möglich sind. Nicht zuletzt ist es unsere Erfahrung, dass die psychische Belastung sehr groß ist, wenn die Entscheidung getroffen wurde und noch unnötig Zeit bis zum Abbruch verstreicht, da die Schwangerschaft derweil weiterwächst und Beschwerden wie Übelkeit und Brustspannen aktiv wahrgenommen werden. Zudem ist

die Versorgung von Abbrüchen vor der zehnten Schwangerschaftswoche in vielen Regionen deutlich einfacher als ab der zehnten Woche nach Menstruation, denn obwohl ja eigentlich bis zur 14. Woche die Beratungsindikation greift, setzen sich viele Ärzt*innen ihre eigenen Fristen.

Wohnortnähe ist wichtig, weil die meisten Schwangeren bereits Kinder haben und die ärztlichen Besuche organisieren müssen. Dies ist dann erschwert, wenn die Ärzt*in weiter weg ist, eine Begleitung notwendig ist (z. B. bei einem chirurgischen Eingriff) oder höhere Transportkosten anfallen. Vor allem beim medikamentösen Abbruch fallen in manchen Praxen leider noch bis zu vier Besuche an: Voruntersuchung, Einnahme des ersten Medikaments, Einnahme des zweiten Medikaments und eine Nachuntersuchung. Wenn die Praxis weit entfernt liegt, ist dies teurer und schwieriger zu organisieren.

Die nötigen Veränderungen wären eine Übernahme der Kosten durch die Krankenkasse und eine Finanzierung über die Sozialtöpfe der Länder für Unversicherte. Was die Versorgungssituation betrifft, brauchen wir mehr Fachpersonal, das Abbrüche durchführt. Denkbar wäre eine Art Verteilungsschlüssel, ähnlich wie bei den Beratungsstellen, wo das Bundesgesetz vorschreibt, dass es pro 40.000 Einwohnerinnen eine*n Berater*in geben muss. Da nur circa eine*r von drei Gynäkolog*innen Abbrüche durchführt, braucht es innerhalb der Gynäkologie Maßnahmen zur Erhöhung dieser Bereitschaft: erstens eine bundesweit gleiche und bessere Vergütung, da sich Abbrüche für viele Praxen nicht rechnen; zweitens ein Abbau von Bürokratie, etwa in Bezug auf die vorhandenen sperrigen Sonderregelungen für die Medikamente, die zum Teil direkt vom Hersteller bezogen werden müssen. Die Ausstellung der Abtreibungsmedikamente auf Rezept oder sogar der rezeptfreie Bezug wären denkbare Lösungen. Und drittens sollten die von der Praxis zu erfüllenden Voraussetzungen, um überhaupt medikamentöse Abbrüche durchführen zu können, vereinheitlicht und vereinfacht werden. Es braucht zudem eine Entkriminalisierung und Entstigmatisierung. Die Strafgesetze schrecken viele Ärzt*innen ab und vermitteln das Gefühl, schon mit einem Bein im Gefängnis zu stehen.

In Bezug auf das Verweigerungsrecht zur Durchführung von Abbrüchen in Deutschland braucht es eine Meldepflicht, damit wir wissen, wie groß der Anteil derjenigen ist, die tatsächlich aufgrund moralischer Bedenken verweigern. Eine derart wichtige medizinische Behandlung trotz entsprechender Qualifizierung aus Gewissensgründen vorzuenthalten, sollte nicht unhinterfragt bleiben. Häufig informieren verweigernde Ärzt*innen nicht

neutral und vollständig über die Methoden und die anstehenden nächsten Schritte. Bisweilen verzögern sie die Behandlung durch zusätzliche Kontrolltermine, die medizinisch nicht notwendig sind, und verhindern damit die freie Methodenwahl bzw. riskieren, dass der Abbruch nicht mehr innerhalb der gesetzlichen Frist stattfinden kann. Oft wollen Ärzt*innen nicht einmal die Schwangerschaft im Ultraschall feststellen, sobald eine Patientin sagt, dass sie einen Abbruch plant, oder sich verweigernde Krankenhäuser lehnen die Nachsorge bei Komplikationen eines ambulant durchgeführten Abbruchs ab. Wir müssen daher dringend zumindest ein eingeschränktes Verweigerungsrecht einführen, wie es in vielen anderen Ländern bereits gilt: Diejenigen Ärzt*innen, die die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen ablehnen, müssen die Schwangere 1) wertfrei über alle Behandlungsoptionen informieren, 2) unverzüglich an eine*n Kolleg*in oder andere Anlaufstelle, wo die Behandlung stattfinden kann, weiterverweisen und 3) die Vor- und Nachsorge gewährleisten. Die institutionelle Weigerung, die es ganzen Krankenhäusern ermöglicht zu verweigern, sollte sowieso grundsätzlich verboten werden. Hier braucht es eine Verpflichtung für ein entsprechendes Angebot, zumindest für Lehrkrankenhäuser und mit öffentlichen Geldern finanzierte Kliniken mit gynäkologischer Abteilung, auch um Patient*innen (etwa bei Komplikationen) dorthin überweisen zu können oder um Lehre und Weiterbildung zu ermöglichen.

Um mehr Fachpersonal zu haben, könnte man auch – was die WHO empfiehlt – einen sogenannten *Task-Shift* durchführen. Damit ließe sich der Personenkreis, der Abbrüche durchführt, auf andere Fachbereiche ausweiten, wie zum Beispiel die Allgemeinmedizin. Denn Hausarztpraxen erfüllen grundsätzlich alle Voraussetzungen, um medikamentöse Abbrüche durchzuführen – sogar unabhängig davon, ob sie ein Ultraschallgerät besitzen oder nicht. Ein vaginaler Ultraschall ist nicht notwendig, und in vielen Fällen bräuchte es nicht einmal ein Gerät für einen abdominalen Ultraschall, weil die Dauer der Schwangerschaft auch anhand der letzten Regelblutung berechnet werden kann, oder ein Ultraschall extern durchgeführt werden könnte. In Deutschland gibt es bereits einige positive Beispiele und das Interesse unter den Hausärzt*innen ist groß. Insbesondere in stark unversorgten Regionen wie zum Beispiel in Bayern können sie diejenigen sein, die die Versorgung auf dem Land sichern. Um dies schneller voranzutreiben, müsste das Thema auch in der allgemeinmedizinischen Weiterbildung integriert sein und es müssten rechtliche Regelungen geschaffen werden, die die Praxen absichern. In anderen Ländern, wie etwa

Frankreich, führen auch Hebammen medikamentöse und chirurgische Abbrüche durch. Es liegen international genug Daten vor, die zeigen, dass dies sicher ist (vgl. WHO, 2016). Sogar das Pflegepersonal könnte – mit entsprechender Ausbildung – Abbrüche durchführen.

Es braucht ferner natürlich die Abschaffung der Beratungspflicht und der dreitägigen Wartezeit, weil diese unnötige zeitliche Verzögerungen mit sich bringen. Weil Abbrüche in Praxen zum Teil nur an bestimmten Wochentagen stattfinden und dann noch die Wartezeit und ein Wochenende oder Feiertage dazukommen, kann sich der Abbruch schnell um ein, zwei, drei Wochen verschieben. Statt einer Beratungspflicht sollte es ein gutes Beratungsangebot und das Recht auf eine Beratung geben.

Neben diesen organisatorischen Punkten ist eine professionelle Behandlung nach modernen Standards ein wichtiges Bedürfnis. In Bezug auf die Abbruchsmethoden sollte sichergestellt werden, dass keine Abbrüche mehr mit der Ausschabung durchgeführt werden, da es eine seit Jahrzehnten veraltete Methode ist, die zu mehr Blutung und zu mehr Vernarbung führt. Sie wird aber in Deutschland immer noch in zehn Prozent der Fälle angewendet. Die Dunkelziffer ist wahrscheinlich deutlich höher, weil auch bei einer Vakuumaspiration (der modernen Absaugmethode) häufig trotzdem noch einmal nachgeschabt wird. Die Leitlinie, die wir mittlerweile haben, ist ein Schritt in die richtige Richtung – sie rät von der Verwendung der Ausschabung ab.

Können Sie das näher ausführen?

Es handelt sich hierbei um eine S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon. Wir haben seit Jahren immer wieder kritisiert, dass wir für Schwangerschaftsabbrüche keine Leitlinie haben, obwohl es sich dabei um einen der häufigsten gynäkologischen Eingriffe handelt. Das ist ein Ausdruck des Tabus in der Medizin. Im Zuge der § 219a-Reform hat das Bundesministerium die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG) aufgefordert, eine Leitlinie zu erstellen. Das ist jetzt endlich passiert.

Bei den Methoden ist es wichtig, dass Schwangere die Wahlfreiheit haben. Häufig gibt es in ländlicheren Regionen nur chirurgische Angebote und keinen Zugang zu den medikamentösen Methoden bzw. wird diese Option in der ärztlichen Beratung überhaupt nicht dargelegt. Bis heute werden nur ungefähr ein Drittel der Abbrüche medikamentös durch-

geführt. Dieser Anteil könnte viel höher sein: Wenn sie die Wahlfreiheit haben, entscheidet sich ungefähr die Hälfte der Patientinnen für die medikamentöse Methode. Für manche sind telemedizinische Angebote, also die Möglichkeit den medikamentösen Abbruch zu Hause mit Videobegleitung durchzuführen, die angenehmere Variante. Dieses Angebot bieten wir jetzt mit ersten Modellprojekten an und es zeigt sich, dass es sehr viel mehr Anfragen als Versorgungsmöglichkeiten gibt.

Welche Rolle werden in Zukunft medikamentöse Abbrüche mit Videobegleitung spielen, was denken Sie?

Das Modellprojekt wurde als ein vorübergehendes Angebot zu Beginn der Coronapandemie gestartet, weil man dachte, dass die Versorgung noch schlechter wird, und um ein Angebot für von Corona betroffene Patientinnen zu schaffen. Es hat sich dann aber gezeigt, dass eigentlich die wenigsten Fälle pandemiebedingt sind und dass die meisten Anfragen einfach aus unversorgten Regionen kamen. Ungefähr die Hälfte der Anfragen kam aus Bayern. Das heißt, es waren häufig Schwangere, die eigentlich gerne vor Ort eine Versorgung hätten, aber eben aus einer Not heraus, weil sie sonst niemanden gefunden haben, dieses telemedizinische Angebot wahrgenommen haben. Das war nicht das, wofür es ursprünglich da sein sollte. Denn es sollte nicht die Versorgung vor Ort ersetzen, sondern eine wirkliche selbstbestimmte Alternative sein. Es gab auch einige Anfragen von Frauen, die zwar vor Ort ein Angebot hatten, den Abbruch aber lieber zu Hause durchführen wollten. Dafür gab es vielfältige Gründe: wegen der Kinderversorgung, weil es einfacher war, dies zeitlich mit der Arbeit zu organisieren, oder weil es so stigmatisiert ist und sie niemandem bzw. auch keinen Abtreibungsgegner*innen vor den Praxen begegnen wollten. Der am häufigsten genannte Grund war aber der Wegfall der weiten Fahrtwege.

Unser Wunsch wäre, dass *home use* unter Videobegleitung eine selbstbestimmte Alternative für alle sein kann, neben dem instrumentellen Abbruch oder dem medikamentösen Abbruch in der Praxis – für diejenigen, die den Abbruch lieber in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung und fern der medizinischen Institutionen durchführen wollen Falls wir in Deutschland zukünftig in die Situation kommen, dass unter einer rechten Regierung die Gesetze zum Abbruch verschärft werden, kann der telemedizinische Abbruch sogar eine lebensrettende Funktion erfüllen. Dies sehen wir

bereits in Ländern, in denen die Versorgung jetzt zunehmend erschwert ist, wie zum Beispiel in Polen oder in den USA.

Inwiefern erleben ungewollt Schwangere ihre Erfahrung nach Stigmatisierung im Rahmen der medizinischen Versorgung und wie kann eine auf allen Ebenen von Stigma und Scham befreite Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen aussehen?

Das Thema von Stigma und Scham in der medizinischen Versorgung geht in zwei Richtungen: Es betrifft einmal die Menschen, die Teil der medizinischen Versorgung von ungewollt Schwangeren und so zum Teil sehr starker Stigmatisierung ausgesetzt sind, also beispielsweise durch Gehsteigbelästigungen vor Praxen, durch Prangerlisten oder durch Hetze gegen einzelne Ärzt*innen im Internet. Innerhalb der Medizin macht man sich keinen guten Ruf, wenn man Schwangerschaftsabbrüche durchführt. Aus Sorge um den Ruf des Hauses hat beispielsweise eine neue Chefärztin in einem Krankenhaus in Süddeutschland verboten, dass dort Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Oder es gibt auch ein Beispiel von einem Arzt in Münster, der alle seine anderen Patient*innen verlor, als er angefangen hat, Abbrüche zu machen und er so zu diesem »schäbigen« Abtreibungsarzt degradiert wurde. In den Medien und der Gesellschaft wird es oft so dargestellt, dass Ärzt*innen, die Abtreibungen durchführen, »im schäbigen Kämmerlein« arbeiten und irgendwie unlautere Personen sind. Das führt dazu, dass Ärzt*innen nur ungern Abbrüche machen und sich zum Beispiel auch nicht für diese bundesweite Adressliste melden. Es braucht wirksame Gesetze, die vor Anfeindungen schützen, und einen Mentalitätswandel hin zu einer Wertschätzung und Anerkennung innerhalb der Medizin und in der Gesellschaft. Immerhin gibt es nun ein neues Gesetz, das vor Gehsteigbelästigung schützen soll. Inwieweit es diese Funktion tatsächlich erfüllt, muss sich erst noch zeigen.

Andererseits geht die Stigmatisierung häufig auch von medizinischem Personal aus. Eine von mir durchgeführte qualitative Studie mit Medizinstudierenden und Gynäkolog*innen zeigt, dass sogenannte Abtreibungsmythen relativ weitverbreitet sind und es Vorurteile gegenüber ungewollt Schwangeren gibt (vgl. Baier, 2022; 2024). Das kann sich in einer voreingenommenen ärztlichen Beratung äußern, die versucht, in eine Richtung auf die Patient*in einzuwirken. Viele Schwangere fühlen sich abgelehnt, wenn sie erfahren, dass ihr*e Gynäkolog*in gar keine Abbrüche durchführt

und sie wegschickt. Das passiert häufig, denn es ist bis heute viel normaler, keine Abbrüche durchzuführen, als andersherum. Es wird auch oft bei der Feststellung der Schwangerschaft direkt gratuliert und zum Teil wird schon ein Mutterpass ausgestellt. Es wird gar nicht die Option erwogen, dass diese Schwangerschaft vielleicht ungewünscht sein könnte, sodass mögliche Handlungsoptionen unerwähnt bleiben.

In der Medizin gibt es diese verbreitete Haltung, dass es natürlich und normal ist, eine Schwangerschaft fortzuführen, und der Abbruch etwas Unnormales, zu Verurteilendes. Es wäre wünschenswert, dass beide als zwei gleichwertige Optionen anerkannt werden.

Auch deswegen haben wir Doctors for Choice gegründet. Wir müssen den Schwangerschaftsabbruch in der Medizin stärker normalisieren, damit es zu einem Thema wird, der ganz klar zu Gynäkologie dazugehört. Es muss in der Weiterbildung, auf medizinischen Kongressen, in Fortbildungen und in der medizinischen Forschung präsenter werden.

Was würden Sie sagen, wie wird sich denn die medizinische Versorgung in Zukunft entwickeln?

Der Fachärzt*innenmangel in der Medizin wird in nächsten Jahren zunehmen. Im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs ist das ein besonderes Problem. Es sind vor allem diejenigen, die Abbrüche durchführen, häufig bereits kurz vor dem bzw. im Rentenalter. Sie machen weiter Abbrüche, weil sie keine Nachfolgerin finden und – so unsere Hypothese – in ihrer Jugend noch miterlebt haben, wie die Versorgung unter noch restriktiveren Gesetzen aussieht. Sie haben die Debatten 1975 und 1993 miterlebt, als das Thema vor dem Bundesverfassungsgericht verhandelt wurde und es Gesetzesänderungen gab, sowie Zeiten, in denen unsichere Abbrüche durchgeführt wurden. Seit 2003 ist ein Rückgang von Einrichtungen zu verzeichnen, die Abbrüche durchführen – um 45 Prozent. Eine Recherche der *Correctiv*-Redaktion hat gezeigt, dass zum Beispiel in Bayern nur ein Zehntel der öffentlichen Krankenhäuser mit gynäkologischer Abteilung Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsindikation durchführt, welche circa 97 Prozent aller Abbrüche ausmachen (vgl. Groß et al., o.J.). Berichte aus der Praxis machen deutlich, dass die Fahrtwege zunehmen und dass die Versorgung schlechter wird. Ganz aktuell zeigt die ELSA-Studie, dass manche Regionen in Deutschland massiv unversorgt sind.

Im Studium habe ich erlebt, dass viele Medizinstudierende davon aus-

gingen, dass doch alles gut geregelt ist, und ihnen nicht bewusst war, dass das ein Straftatbestand ist. Aber seitdem hat sich einiges getan: 2015 habe ich die erste deutsche Gruppe der Medical Students for Choice (MSfC) in Berlin gegründet und inzwischen gibt es mindestens 17 MSfC-Gruppen deutschlandweit. Das sind Studierende, die selbst Veranstaltungen zum Schwangerschaftsabbruch für ihre Kommiliton*innen organisieren, wie zum Beispiel Papaya-Workshops, und damit dieses Thema verbreiten. Viele der Gründer*innen dieser Gruppen in anderen Städten werden dann auch Mitglieder bei Doctors for Choice und begegnen uns als junge Assistentärzt*innen. Daran merken wir schon, dass es mehr Interesse gibt, und haben die Hoffnung, dass sie aktiv an der Versorgung teilnehmen, wenn sie in fünf bis zehn Jahren mit ihrer Ausbildung fertig sind.

Was braucht es Ihrer Meinung nach für die Ausbildung von Fachkräften ange-sichts der von Ihnen skizzierten Zukunftsperspektiven?

Wir wissen, dass die Intensität, mit der Schwangerschaftsabbrüche in der Aus- und Weiterbildung thematisiert und durchgeführt werden, mit der Bereitschaft korreliert, später selbst Abbrüche durchzuführen. Schon ein Praktikum im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs kann die Beratungssicherheit und die Motivation von Medizinstudierenden erhöhen, später selbst Abbrüche durchzuführen (vgl. Pace, 2008; Farmer, 2022). Auch die Menge an praktischer Erfahrung während der fachärztlichen Weiterbildung korreliert positiv mit der Bereitschaft zur Vornahme von Abbrüchen (Steinauer et al., 2022). Eine bessere Verortung innerhalb der gynäkologischen Lehre könnte sich also positiv auf die Versorgungslage auswirken – quantitativ, aber auch qualitativ. Denn bis heute herrschen noch Abtreibungsmythen vor, aus denen stigmatisierende Behandlungen resultieren. Und auch hinsichtlich der Methoden scheint die Ausbildung zum Teil noch nicht auf dem neuesten Stand. Daraus ergeben sich drei Forderungen:

Erstens sollte im Medizinstudium, aber eben auch im Hebammenstudium oder in der Pflegeausbildung, fachkundiges Wissen über diesen häufigen Eingriff vermittelt werden. Es sollte gelehrt werden, dass es ein sehr sicherer Eingriff ist, und wie man Nebenwirkungen (wie beispielsweise Bauchkrämpfe bei der medikamentösen Methode) richtig behandelt. Es sollte auch die Bedeutung und Verantwortung des medizinischen Personals für eine flächendeckende Versorgung thematisiert werden und eine

Einführung in die rechtlichen Rahmenbedingungen erfolgen, damit man sich sicher fühlt mit diesem Thema.

Zweitens sollte eine wertfreie, ärztliche Beratung im Studium und auch in der Weiterbildung praktisch geübt werden. Das ist wichtig für alle Berufsgruppen, die potenziell mit ungewollt Schwangeren in Kontakt kommen (Ärzt*innen, Hebammen, Pflegepersonal). Es muss darum gehen, Einstellungen und Vorurteile gegenüber Abbrüchen und ungewollt Schwangeren zu reflektieren und in der Lage zu sein, die eigene Haltung von der professionellen Beratung zu trennen.

Die dritte Forderung betrifft die Praxis der Durchführung. Es sollte in der gynäkologischen Weiterbildungsordnung verpflichtend sein, die beiden gängigen Abbruchsmethoden zu erlernen, also die Vakuumaspiration und die medikamentöse Methode. Das würde bedeuten, dass alle Lehrkrankenhäuser, die die volle Weiterbildung anbieten, diese Lehre sicherstellen müssten. Bislang ist es eine häufige Konstellation, dass ich als angehende Gynäkologin an ein Krankenhaus komme, wo keine Abbrüche gemacht werden, und ich damit gar nicht in Berührung komme. Im Falle einer Weigerung aus Gewissensgründen kann ja eine Ausnahme beantragt werden – aber auch in diesem Falle wäre es wichtig, zumindest einmal mit ungewollt Schwangeren zu sprechen, mit ihnen in Kontakt zu kommen und die Gelegenheit zu haben, bei dem Eingriff zuzuschauen. Lehrkrankenhäuser müssten dann Rotationen in andere Einrichtungen oder ins ambulante Setting anbieten, wo Abbrüche durchgeführt werden. Gerade die Rotation ins ambulante Setting wäre generell eine sehr gute Idee, denn Wissen um Verhütung, wie beispielsweise eine Spirale zu legen oder zur Verhütungspille zu beraten, lernt man ebenfalls nicht in der Weiterbildung in der Klinik.

*Was würde Ihrer Meinung nach helfen, die Widerstände unter Mediziner*innen zu verringern?*

Es braucht einen Mentalitätswechsel weg von dieser Angst vor dem Zwang. Ein Vorschlag vom baden-württembergischen Sozialministerium lautete, die Durchführung von Abbrüchen zum Einstellungskriterium an Universitätskliniken zu machen, um die Versorgung zu verbessern. Kritische Stimmen entgegneten gleich, dass niemand gezwungen werden dürfe. Es sollte aber eher so verstanden werden, dass man sich freiwillig für seinen Beruf und die Fachrichtung entschieden hat, und dies ein legitimer Anreiz-

mechanismus ist, um Versorgungslücken zu schließen. In Schweden gibt es dieses Verweigerungsrecht gar nicht und so ist für Gynäkolog*innen völlig klar, dass Abbrüche dazugehören. Wenn man das nicht machen will, dann muss man dort ein anderes Fach wählen. Davon sind wir in Deutschland noch meilenweit entfernt.

Wir erleben zudem, dass viele Medizinstudierende Probleme haben, Veränderungen in ihrem Studium zu erreichen, weil die gynäkologischen Lehrverantwortlichen dagegen sind, dieses Thema in die Ausbildung zu integrieren. Es hängt eben alles noch sehr stark von persönlichen Haltungen ab.

Hier sind die DGGG und der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) aufgerufen, zu handeln. Sie waren bisher nicht sehr unterstützend. Sie müssen den Schwangerschaftsabbruch als einen wichtigen Bestandteil ihres Faches anerkennen und sich dafür einsetzen, dass ihre Vertreter*innen und Mitglieder sich mit diesem Thema auf eine sachliche und wissenschaftsorientierte Weise auseinandersetzen. Sie sollten sich darum bemühen, dass die Standards der neuen Richtlinie der WHO in der deutschen Medizin ankommen (WHO, 2022).

Literatur

- Baier, A. (2022). »Weil das ist halt so ein heißer Brei, den will keiner anfassen.« Mediziner*innen zum Schwangerschaftsabbruch. In M. Fröhlich, R. Schütz & K. Wolf (Hrsg.), *Politiken der Reproduktion* (S. 215–228). Bielefeld: transcript.
- Baier, A. & Behnke, A. L. (2024). Barriers to abortion provision: A qualitative study among medical students and gynecologists in Berlin, Germany. *Contraception*. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110325>
- Farmer, L. E., Clare, C. A., Liberatos, P., Kim, H. Y. & Shi, Q. (2022). Exploring barriers to abortion access: Medical students' intentions, attitudes and exposure to abortion. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 34. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100790>
- Groß, A., Sachse, J., Donheiser, M., Lenz, M. & Stahl, S. (o. J.). Welche öffentlichen Kliniken keine Abbrüche durchführen. <https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/2022/03/03/keine-abtreibungen-in-vielen-oeffentlichen-kliniken/> (30.05.2023).
- Pace, L., Sandahl, Y., Backus, L., Silveira, M. & Steinauer, J. (2008). Medical Students for Choice's reproductive health externships: Impact on medical students' knowledge, attitudes and intention to provide abortions. *Contraception*, 78(1), 31–35. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2008.02.008>
- Steinauer, J & Turk, J. (2021). Abortion training in the USA. Prevalence, outcomes and challenges. In U. Landy, P.D. Darney & J. Steinauer (Hrsg.), *Advancing women's health through medical education* (S. 101–109). Cambridge: Cambridge University Press.
- WHO – World Health Organization (2016). Expanding health worker roles for safe

>Es braucht einen Mentalitätswechsel weg von dieser Angst vor dem Zwang.<

abortion in the first trimester of pregnancy. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206191/WHO_RHR_16.02_eng.pdf?sequence=1 (30.05.2023).
WHO – World Health Organization (2022). Abortion care guideline. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>

Biografische Notiz

Alicia Baier, Dr.in med., arbeitet als Ärztin im Bereich reproduktiver Gesundheit und Gynäkologie. Sie beschäftigt sich praktizierend, forschend und fachpolitisch seit vielen Jahren mit der Ausbildung und dem Zugang zu Schwangerschaftsabbrüchen. 2015 gründete sie die erste deutsche Hochschulgruppe der Medical Students for Choice in Berlin. Seit 2019 ist sie Gründungsvorsitzende von Doctors for Choice Germany und seit 2022 im deutschen Vorstand von FIAPAC (Internationale Vereinigung von Fachkräften zu Schwangerschaftsabbruch und Kontrazeption). Von 2021 bis 2023 war sie Vorstandsmitglied des »Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesundheit« (AKF).

