



# Zusammenfassende Dokumentation

Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum  
Schwangerschaftsabbruch:  
Änderung in Abschnitt B Nummer 13 und  
Abschnitt D Nummer 1 und 5

Vom 07.07.2025

Unterausschuss Methodenbewertung  
des Gemeinsamen Bundesausschusses

Korrespondenzadresse:

Gemeinsamer Bundesausschuss

Abteilung Methodenbewertung und Veranlasste Leistungen

Postfach 12 06 06

10596 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 275 838 - 0

Internet: [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)



## **Inhalt**

<b>A</b>	<b>Beschluss und Tragende Gründe .....</b>	<b>6</b>
<b>A-1</b>	<b>Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....</b>	<b>6</b>
<b>B</b>	<b>Dokumentation der gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahren .....</b>	<b>7</b>
<b>B-1</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen zum Abschnitt B Nummer 13.....</b>	<b>7</b>
<b>B-2</b>	<b>Übersicht Institutionen/Organisationen, denen zum Abschnitt B Nummer 13 Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde .....</b>	<b>7</b>
<b>B-3</b>	<b>Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens zum Abschnitt B Nummer 13... </b>	<b>8</b>
<b>B-4</b>	<b>Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer zum Abschnitt B Nummer 13.....</b>	<b>9</b>
<b>B-5</b>	<b>Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens zum Abschnitt B Nummer 13 .....</b>	<b>9</b>
<b>B-6</b>	<b>Schriftliche Stellungnahmen zum Abschnitt B Nummer 13.....</b>	<b>9</b>
	B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	9
	B-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen.....	12
<b>B-7</b>	<b>Mündliche Stellungnahmen zum Abschnitt B Nummer 13.....</b>	<b>13</b>
	B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	13
	B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung .....	14
	B-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	15
<b>B-8</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen zum Abschnitt B Nummer 13 .....</b>	<b>15</b>
<b>B-9</b>	<b>Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen zum Abschnitt D Nummer 5 .....</b>	<b>16</b>
<b>B-10</b>	<b>Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens zum Abschnitt D Nummer 5... </b>	<b>16</b>
<b>B-11</b>	<b>Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer .....</b>	<b>16</b>
<b>B-12</b>	<b>Übersicht Institutionen/Organisationen, denen zum Abschnitt D Nummer 5 Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde .....</b>	<b>16</b>
<b>B-13</b>	<b>Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens zum Abschnitt D Nummer 5.....</b>	<b>18</b>
<b>B-14</b>	<b>Schriftliche Stellungnahmen zum Abschnitt D Nummer 5 .....</b>	<b>18</b>
	B-14.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen .....	18
	B-14.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen.....	33
<b>B-15</b>	<b>Mündliche Stellungnahmen zum Abschnitt D Nummer 5 .....</b>	<b>33</b>
	B-15.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten.....	33
	B-15.2 Wortprotokoll der Anhörung .....	34
	B-15.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen.....	35
<b>B-16</b>	<b>Würdigung der Stellungnahmen zum Abschnitt D Nummer 1 und 5 .....</b>	<b>35</b>
<b>C</b>	<b>Anlagen .....</b>	<b>36</b>
<b>C-1</b>	<b>Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens zu Abschnitt B Nummer 13 .....</b>	<b>36</b>

C-1.1	Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt B Nummer 13 .....	36
C-1.2	Tragende Gründe zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt B Nummer 13 .....	36
C-1.3	Darstellung der Änderungen im Fließtext der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch für den Abschnitt B Nummer 13 .....	36
C-1.4	Schriftliche Stellungnahmen zur Änderung im Abschnitt B Nummer 13 .....	36
C-1.5	Wortprotokoll der Anhörung zur Änderung im Abschnitt B Nummer 13 .....	36
<b>C-2</b>	<b>Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens zu Abschnitt D Nummer 5.....</b>	<b>36</b>
C-2.1	Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt D Nummer 5, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde.....	36
C-2.2	Tragende Gründe zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt D Nummer 5, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde.....	36
C-2.3	Anlage Tragende Gründe zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt D Nummer 5 .....	36
C-2.4	Darstellung der Änderungen im Fließtext der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden .....	36
C-2.5	Schriftliche Stellungnahmen zur Änderung im Abschnitt D Nummer 5.....	36
C-2.6	Wortprotokoll der Anhörung zur Änderung im Abschnitt D Nummer 5.....	36
<b>C-3</b>	<b>Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V.....</b>	<b>36</b>
<b>C-4</b>	<b>Beschluss .....</b>	<b>36</b>
<b>C-5</b>	<b>Tragende Gründe .....</b>	<b>36</b>

## Abkürzungsverzeichnis

<b>Abkürzung</b>	<b>Bedeutung</b>
BAnz	Bundesanzeiger
BÄK	Bundesärztekammer
BE	Beschlussentwurf
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
ESA-RL	Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
RL	Richtlinie
SGB V	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
VerfO	Verfahrensordnung des G-BA

## **A Beschluss und Tragende Gründe**

Der Beschluss zur Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch und die Tragenden Gründe zum Beschluss sind im Kapitel C abgebildet.

### **A-1 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V**

Die Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V wird nach Beschlussfassung veranlasst. Nach Vorliegen des Prüfergebnisses ist dieses in Kapitel C abgebildet.

## B Dokumentation der gesetzlich vorgeschriebenen Stellungnahmeverfahren

Den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. August 2024 ein Beratungsverfahren gemäß 1. Kapitel § 5 der Verfahrensordnung des G-BA (VerfO) zur Überprüfung der ESA-RL eingeleitet. Dabei wurde insbesondere der Abschnitt D überprüft.

Eine gesetzliche Änderung des § 24a Absatz 2 SGB V, die den Abschnitt B der ESA-RL berührt, konnte im Sinne der Verfahrensstraffung in diesen Beratungsprozess integriert werden.

**Die gesetzlichen Stellungnahmeverfahren wurden getrennt für den Abschnitt B und den Abschnitt D der ESA-RL durchgeführt, da jeweils unterschiedliche Institutionen/Organisationen als einschlägig ausgewählt wurden. Über diese beiden Stellungnahmeverfahren wird deshalb getrennt berichtet.**

### Stellungnahmeverfahren zur Änderung im Abschnitt B Nummer 13

#### B-1 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen zum Abschnitt B Nummer 13

Der UA MB hat in seiner Sitzung am 10. April 2025 den nachfolgend aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerfO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

- Bundesärztekammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Organisationen der Hebammen (gemäß § 92 Absatz 1b SGB V)
- jeweils einschlägige in der AWMF organisierte Fachgesellschaften (gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V)

#### B-2 Übersicht Institutionen/Organisationen, denen zum Abschnitt B Nummer 13 Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Bundesärztekammer	Mitteilung, dass kein Gebrauch vom Stellungnahmerecht gemacht wird.
<b>Organisation der Hebammen gemäß § 92 Absatz 1b SGB V</b>	
Der Deutsche Hebammenverband e.V.	23. April 2025
Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
<b>Einschlägige, in der AWMF-organisierte Fachgesellschaften, gemäß § 92 Absatz 7d SGB V vom G-BA bestimmt</b>	
DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)	17. April 2025

<b>Stellungnahmeberechtigte</b>	<b>Eingang der Stellungnahme</b>
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe (DGGG)	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde & Geburtshilfe (DGPFH)	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
<b>Weitere, in der AWMF organisierte Fachgesellschaften, von der AWMF-Geschäftsstelle bestimmt</b>	
Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaften	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Akademie für Ethik in der Medizin	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.

### **B-3 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens zum Abschnitt B Nummer 13**

Der UA MB beschloss in seiner Sitzung am 10. April 2025 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und § 92 Absatz 1b, 7d SGB V. Die Unterlagen (siehe Kapitel C-1) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 10. April 2025 mit einer Frist bis zum 24. April 2025 übermittelt.

Weil die gesetzliche Änderung des § 24a Absatz 2 Satz 3 SGB V bereits zum 1. März 2025 in Kraft getreten ist und eine entsprechende Änderung der ESA-RL durch den G-BA kurzfristig vorzunehmen war, wurde für die schriftlichen Stellungnahmen eine verkürzte Frist von 14 Tagen nach Übermittlung der Unterlagen bestimmt. Mit dieser Anpassung der Frist, konnten die nachfolgenden Verfahrensschritte zeitgleich mit dem bereits laufenden Stellungnahmeverfahren zur Änderung der ESA-RL im Abschnitt D Nummer 5 erfolgen.

#### **B-4 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer zum Abschnitt B Nummer 13**

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

#### **B-5 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens zum Abschnitt B Nummer 13**

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in Kapitel C-1 abgebildet.

#### **B-6 Schriftliche Stellungnahmen zum Abschnitt B Nummer 13**

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-1.4 abgebildet.

##### **B-6.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen**

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-1.4 abgebildet. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

**Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt B gemäß gesetzlicher Änderung zum Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva im Falle von Hinweisen auf sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung**

**1. Schriftliche Stellungnahmen zum Beschlussentwurf**

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1	<b>Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin</b>	Der Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, die ärztlich verordnet werden, besteht für Versicherte ohne Altersbeschränkung, wenn Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.	Die DEGAM befürwortet die geplante Änderung sehr und hält sie für praktikabel. Für die Durchführung ist aus Sicht der DEGAM darauf zu achten, dass flächendeckende Versorgungsmöglichkeiten im Falle von sexuellem Missbrauch oder Vergewaltigung gegeben sind. Dies kann nur unter Einbeziehung der Allgemein- und Familienmedizin geleistet werden.	Dank und Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE
2	<b>Deutscher Hebammenverband</b>	<b>Der DHV nimmt Stellung zu folgendem Abschnitt aus dem Dokument „Tragende Gründe“:</b> Es wird geregelt, dass die Kosten für diese nicht verschreibungspflichtigen Notfallkontrazeptiva altersunabhängig durch die gesetzliche Krankenkasse zu tragen	Der DHV begrüßt ausdrücklich die Aufhebung der Altersbegrenzung an dieser Stelle.  Darüber hinaus unterstützt der DHV die Forderungen nach einer generellen Kostenübernahme von Verhütungsmitteln. Kosten für Verhütungsmitteln werden überproportional von Frauen getragen. Die Entscheidung für Verhütung und für die Art der	Dank und Kenntnisnahme.	Keine Änderung am BE

Nr.	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
		<i>sind, wenn ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht und dafür eine ärztliche Verordnung vorliegt.</i>	<p>Verhütung darf keine Kostenfrage sein.</p> <p>Daher spricht sich der DHV für weitergehende Regelungen zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln aus.</p>		

## **B-6.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen**

Es sind keine Stellungnahmen verfristet eingegangen.

## B-7 Mündliche Stellungnahmen zum Abschnitt B Nummer 13

### B-7.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 12. Juni 2025 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 12. Juni 2025 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/ Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Der Deutsche Hebammenverband e.V.	Frau Anke Köbke (angemeldet aber nicht teilgenommen)	nein	nein	nein	nein	nein	nein
DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)	Frau Kristin Walter-Haase	nein	nein	nein	nein	nein	nein

#### Frage 1: Anstellungsverhältnisse

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

#### Frage 2: Beratungsverhältnisse

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

#### Frage 3: Honorare

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

#### **Frage 4: Drittmittel**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

#### **Frage 5: Sonstige Unterstützung**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

#### **Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

#### **B-7.2 Wortprotokoll der Anhörung**

Das Wortprotokoll der Anhörung am 12. Juni 2025 ist in Kapitel C-1.5 abgebildet.

### **B-7.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen**

Die mündlichen Stellungnahmen enthielten keine neuen Hinweise oder Vorschläge, die nicht bereits Gegenstand der schriftlichen Stellungnahmen waren. Somit ergab sich aus den mündlichen Stellungnahmen für den Beschlussentwurf kein Änderungsbedarf.

### **B-8 Würdigung der Stellungnahmen zum Abschnitt B Nummer 13**

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (siehe Kapitel C-5) abgebildet.

## Stellungnahmeverfahren zur Änderung im Abschnitt D Nummer 5

### **B-9 Stellungnahmeberechtigte Institutionen/Organisationen zum Abschnitt D Nummer 5**

Der UA MB hat in seiner Sitzung am 27. Februar 2025 den nachfolgend aufgeführten Institutionen/Organisationen gemäß 1. Kapitel 3. Abschnitt VerFO Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für dieses Beschlussvorhaben erteilt.

- Bundesärztekammer (gemäß § 91 Absatz 5 SGB V)
- Organisationen der Hebammen (gemäß § 92 Absatz 1b SGB V)
- jeweils einschlägige in der AWMF organisierte Fachgesellschaften (gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 1 SGB V)
- maßgebliche Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller (gemäß § 92 Absatz 7d Satz 1 Halbsatz 2 SGB V).

### **B-10 Einleitung und Terminierung des Stellungnahmeverfahrens zum Abschnitt D Nummer 5**

Der UA MB beschloss in seiner Sitzung am 27. Februar 2025 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens. Die Unterlagen (siehe Kapitel C-1) wurden den Stellungnahmeberechtigten am 27. Februar 2025 übermittelt. Es wurde Gelegenheit für die Abgabe von Stellungnahmen innerhalb von vier Wochen nach Übermittlung der Unterlagen gegeben.

### **B-11 Allgemeine Hinweise für die Stellungnehmer**

Die Stellungnahmeberechtigten wurden darauf hingewiesen,

- dass die übersandten Unterlagen vertraulich behandelt werden müssen und ihre Stellungnahmen nach Abschluss der Beratungen vom G-BA veröffentlicht werden können,
- dass jedem, der gesetzlich berechtigt ist, zu einem Beschluss des G-BA Stellung zu nehmen, soweit er eine schriftliche Stellungnahme abgegeben hat, in der Regel auch Gelegenheit zu einer mündlichen Stellungnahme zu geben ist.
- dass bei nicht fristgerechtem Eingang einer schriftlichen Stellungnahme die Möglichkeit besteht, dass diese nicht mehr ausgewertet wird und in diesem Fall keine Einladung zur Anhörung erfolgt.

### **B-12 Übersicht Institutionen/Organisationen, denen zum Abschnitt D Nummer 5 Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme gegeben wurde**

In der nachfolgenden Tabelle sind die Institutionen/Organisationen, denen Gelegenheit zur Abgabe einer schriftlichen Stellungnahme gegeben wurde, aufgelistet und sofern eine solche abgegeben wurde, wurde dies unter Angabe des Eingangsdatums vermerkt.

<b>Stellungnahmeberechtigte</b>	<b>Eingang der Stellungnahme</b>
Bundesärztekammer	Mitteilung, dass kein Gebrauch vom Stellungnahmerecht gemacht wird.

<b>Stellungnahmeberechtigte</b>	<b>Eingang der Stellungnahme</b>
<b>Organisation der Hebammen gemäß § 92 Absatz 1b SGB V</b>	
Der Deutsche Hebammenverband e.V.	26. März 2025
Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
<b>Einschlägige, in der AWMF-organisierte Fachgesellschaften, gemäß § 92 Absatz 7d SGB V vom G-BA bestimmt</b>	
DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)	24. März 2025
Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe (DGGG)	Mitteilung, dass kein Änderungsbedarf am Beschlussentwurf gesehen wird.
Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde & Geburtshilfe (DGPFH)	25. März 2025
<b>Weitere, in der AWMF organisierte Fachgesellschaften, von der AWMF-Geschäftsstelle bestimmt</b>	
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Akademie für Ethik in der Medizin	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Humangenetik	20. März 2025
Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin	24. März 2025
Deutsche Gesellschaft für Ethik in der Medizin	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung	Es wurde keine Stellungnahme abgegeben.
<b>Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller gemäß § 92 Abs. 7d Satz 1 Halbsatz 2 SGB V</b>	
Biotechnologie-Industrie-Organisation Deutschland e.V. (BIO Deutschland) Bundesverband der Hörgeräte-Industrie e.V. (BVHI) Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e.V. (BPI) Bundesverband Gesundheits-IT e.V. Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) Europäische Herstellervereinigung für Kompressionstherapie und orthopädische Hilfsmittel e.V. (eurocom) Deutscher Bundesverband der Epithetiker e.V. (dbve) Deutscher Industrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V. (SPECTARIS) Pharma Deutschland e.V.	Von den Spitzenorganisationen der Medizinproduktehersteller wurde keine Stellungnahme abgegeben.

Stellungnahmeberechtigte	Eingang der Stellungnahme
Verband CPM Therapie e.V. Verband der Deutschen Dental-Industrie e.V. (VDDI) Verband der Diagnostica-Industrie e.V. (VDGH) Verband Deutscher Zahntechniker-Innungen (VDZI) Verband der Elektro- und Digitalindustrie (ZVEI) Zentralvereinigung medizin-technischer Fachhändler, Hersteller, Dienstleister und Berater e.V. (ZMT)	

### **B-13 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens zum Abschnitt D Nummer 5**

Die Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens sind in Kapitel C-2 abgebildet.

### **B-14 Schriftliche Stellungnahmen zum Abschnitt D Nummer 5**

Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-2.5 abgebildet.

#### **B-14.1 Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen von stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen**

Im Folgenden finden Sie die Auswertung der fristgerecht eingegangenen Stellungnahmen, der stellungnahmeberechtigten Organisationen / Institutionen. Die Volltexte der schriftlichen Stellungnahmen sind in Kapitel C-2.5 abgebildet. In der nachstehenden Tabelle sind keine Ausführungen abgebildet, die lediglich die zur Stellungnahme gestellten Inhalte wiedergeben oder die das Stellungnahmeverfahren selbst beschreiben.

Auswertung der schriftlichen Stellungnahmen zum Beschlussentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt D Nummer 5

1. Schriftliche Stellungnahmen zum Beschlussentwurf

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
1	Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin	Keine Änderungsvorschläge	Die Loslösung der Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs von den Vorgaben zur Qualitätssicherung für das ambulante Operieren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird durch die DEGUM begrüßt. Dies steht im Einklang mit den derzeitigen nationalen und internationalen Leitlinien zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch.	Dank und Kenntnisnahme.	Keine Änderung am Beschlussentwurf (BE).
2	Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Vorbemerkung: <b>Punkt 1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die Änderungsvorschläge erfüllen nicht das in den tragenden Gründen formulierte Ziel, den medikamentösen Abbruch leitliniengerecht und evidenzbasiert zu ermöglichen.</li> <li>§13 SchKG führt zu einer Verunsicherung in Bezug auf die Standardprozeduren der Nachuntersuchung. Daher sollte überlegt werden, ob der Bezug zum § 13 SchKG in der Richtlinie ganz gestrichen wird.</li> </ul>	<b>zu 1.:</b> Eine komplette Streichung der gesetzlichen Vorgabe nach § 13 SchKG erscheint nicht sachgerecht, da weder Leitlinien noch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gesetzgeberische Vorgaben relativieren können.	<b>zu 1.:</b> Keine Änderung am BE
		Betreff 5. Einrichtungen <b>Punkt 2</b>	Die in „tragende Gründe“ sehr gut ausgeführte Notwendigkeit einer verbesserten Zugangsregelung für den medikamentösen Abbruch wird in der vorgelegten Formulierung nicht umgesetzt. Strafunicherheit und damit Angst vor dem Angebot in der Einrichtung macht vor allem der Verweis auf §13(1) SchKG somit muss dieser aus der Richtlinie entfernt werden...	<b>zu 2.</b> Vgl. Nummer 2 Punkt 1	<b>zu 2.:</b> Vgl. Nummer 2 Punkt 1
		<b>Punkt 3</b> Die Einrichtung, in <b>durch</b> welcher der	genauso wie die Formulierung „in“ der Einrichtung, da hinlänglich belegt ist, dass die Begleitung „durch“ eine Einrichtung ausreichende Sicherheit bietet (siehe dazu home-use und Telemedizin Ausführungen)  Deshalb sollte dies auch explizit als neuer Absatz 2 aufgenommen werden.  Es muss eine klare Trennung zwischen den Anforderungen an den medikamentösen und instrumentellen Abbruch im Text ersichtlich sein.	<b>zu 3.:</b> <i>"In" entspricht der Formulierung des § 13 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) und § 24b Absatz 1 Satz 2 SGB V. Der Abbruch muss in einer Einrichtung nach § 13 Absatz 1 SchKG vorgenommen werden. Weder § 13 Absatz 1 SchKG noch</i>	<b>zu 3.:</b> Änderung im BE: „Die Einrichtung, welche den Schwangerschaftsabbruch durchführt, muss...“

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
2	<b>Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	<p>Schwangerschaftsabbruch durchgeführt</p> <p>wird, muß den notwendigen personellen und sachlichen Anforderungen - auch zur Beherrschung von Notsituationen - genügen. Eine ausreichende ärztliche Überwachung und Nachbehandlung</p> <p><b>Punkt 4</b></p> <p>der Frau schwangere n Person nach dem Eingriff muß gewährleistet sein</p> <p><b>Punkt 5</b></p> <p>(§ 13 Abs. 1 SchKG).</p> <p><b>Punkt 6</b></p> <p><b>Neuer Absatz 2</b></p> <p>Für die Durchführung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen mit für diese zugelassenen Arzneimitteln sind keine speziellen</p>	<p>Am Ende sollte auch erwähnt werden, dass es keine medizinische Evidenz entsprechend der WHO-Guideline gibt, dass für die Durchführung von Abbrüchen eine fachärztliche Qualifikation vorliegen muss. Sämtliche trainierte „healthworker“ sind adäquat.</p> <p>Zeitgemäße inklusive Sprache könnte zur besseren Akzeptanz der Richtlinie führen, deshalb könnte das Wort „Frau“ ersetzt werden von „Personen, die schwanger werden können“.</p>	<p><i>§ 24b Absatz 1 Satz 2 SGB V differenzieren zwischen einem "medikamentösen und instrumentellen Abbruch". Mangels Regelungskompetenz kann der G-BA hiervon nichts abweichendes regeln. Da die Übernahme dieser gesetzlichen Regelungen, welche ohnehin gelten, an dieser Stelle in der Richtlinie jedoch in der Praxis missverstanden werden kann, wird die Umformulierung vorgenommen.</i></p> <p><b>zu 4.:</b></p> <p>An dieser Stelle wird entsprechend der Formulierung in § 13 Absatz 1 SchKG gänzlich auf die Bezugnahme einer Person verzichtet.</p> <p>Die Umsetzung von inklusiver Sprache in der gesamten Richtlinie bedarf einer gesonderten Befassung.</p> <p><b>zu 5.:</b></p> <p>Vgl. Nr. 2 zu 1.</p> <p><b>zu 6.:</b></p> <p>Neuer Absatz: Der BE enthält Ausführungen zu den strukturellen Anforderungen an Einrichtungen, die einen operativen Schwangerschaftsabbruch (SSA) durchführen. Mit der Beschränkung dieser Anforderungen auf operative SSA ist klargestellt, dass für Einrichtungen, die ausschließlich</p>	<p><b>zu 4.:</b></p> <p>Änderung am BE: „Nachbehandlung nach dem Eingriff muss gewährleistet sein (§ 13 Abs. 1 SchKG)“</p> <p><b>zu 5.:</b></p> <p>Keine Änderung am BE.</p> <p><b>zu 6.:</b></p> <p>1. Keine Änderung am BE.</p>

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
2	<b>Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	<p>räumlichen oder apparativen Voraussetzungen erforderlich. Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch kann mit ärztlicher Begleitung per Videochat und Telefon, unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und des Zeitpunkts für den Schwangerschaftsabbruch auch zu Hause durchgeführt werden, weil die gleiche Sicherheit und Effektivität vorliegt, wie bei der Durchführung in ambulanten oder stationären gynäkologischen, allgemeinmedizinischen oder anderen darauf spezialisierten Einrichtungen.</p>		<p>medikamentöse SSA durchführen, über § 13 SchKG hinaus diese räumlichen oder apparativen Anforderungen nicht gelten. Eine detailliertere Erläuterung dazu findet sich in den Tragenden Gründen zum Beschlussentwurf.</p> <p>Gemäß § 218a Strafgesetzbuch (StGB) darf ein SSA in Deutschland nur durch einen Arzt oder eine Ärztin vorgenommen werden.</p> <p>Es wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass gemäß Abschnitt A. Nr. 1 ESA-RL Folgendes auch in Bezug auf SSA gilt: „Die Maßnahmen nach dieser Richtlinie dürfen nur von den Ärztinnen/Ärzten ausgeführt werden, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach dem ärztlichen Berufsrecht dazu befugt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.“ Eine fachärztliche Qualifikation wird hierbei nicht explizit vorausgesetzt.</p> <p><b>Daher sind</b> durch „sämtliche trainierte healthworker“ erbrachte Leistungen nicht Regelungsgegenstand dieser RL.</p> <p><b>Patientenvertretung (PatV) ergänzend zu 6.:</b></p> <p>Grundsätzlich begrüßt die PatV eine Diskussion über die Frage medikamentöser Abbrüche z.B. per Video oder durch Hebammen. Allerdings ist dem G-BA nicht die Kompetenz zugewiesen derartiges zu regeln. Die vorgeschlagenen</p>	

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
2	Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<p><b>Punkt 7:</b></p> <p><b>Absatz 3</b> (ehemals 2)</p> <p>Ergänzend zu Satz 1 und 2 kommen</p> <p>Für ambulant durchgeführte operative Schwangerschaftsabbrüche kommen Einrichtungen in Betracht, die den räumlichen und apparativen Qualitätsstandards des ambulanten Operierens 135 §6 (kleinere invasive Eingriffe) als an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende und die als Krankenhaus die gemäß § 13 des Vertrages nach § 115b Absatz 1 SGB V – Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) vom 18. Dezember 2024</p>	<p>Beim instrumentellen Abbruch handelt es sich um einen kleinen invasiven Eingriff:</p> <p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren</p> <p>§ 6 Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen</p> <p>(1) Die Eingriffe gemäß § 115b SGB V gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad auf der Grundlage der Empfehlungen des Robert Koch-Institutes<sup>3</sup> in:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Operationen,</li> <li>2. kleinere invasive Eingriffe,</li> <li>3. invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen,</li> <li>4. Endoskopien.</li> </ol> <p>2. Kleinere invasive Eingriffe</p> <p>a. Räumliche Ausstattung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eingriffsraum</li> <li>- Umkleidemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum</li> <li>- Fläche für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial</li> <li>- ggf. Ruheraum für Patienten</li> <li>- ggf. Umkleibereich für Patienten.</li> </ul>	<p>Änderungen sind daher nicht aufzunehmen.</p> <p><b>zu 7.</b></p> <p>Der Bezug zu Satz 1 und 2 soll erhalten bleiben, um sicherzustellen, dass es sich um eine zusätzliche Anforderung handelt.</p> <p>Eine Konkretisierung des Verweises mit Bezug auf § 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) wird nicht vorgenommen, weil die Anforderungen der Vereinbarung insgesamt zu erfüllen sind. Eine Konkretisierung ist aus rechtlichen Gesichtspunkten nicht notwendig.</p> <p>Auch für „kleinere invasive Eingriffe“ gelten die Anforderungen gemäß Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.</p>	<p><b>zu 7.:</b></p> <p>Keine Änderung am BE.</p>

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
2	Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe	gestellten Anforderungen erfüllen.			
		<p><b>Punkt 8</b></p> <p><b>Absatz 4 neu</b></p> <p>Als Einrichtung kommt auch eine/ein niedergelassene/niedergelassener Vertragsärztin/Vertragsarzt in Betracht, soweit sie/er die Voraussetzungen für eine notwendige Nachbehandlung (§ 13 SchKG) sowie die nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gestellten Anforderungen erfüllt.</p>	<p>Eine komplette Streichung erscheint nicht zielführend. Wie oben angemerkt sollte der Verweis auf §13 SchKG an dieser Stelle gestrichen werden, damit nicht ausschließlich Krankenhäuser für die Versorgung in Frage kommen, die beispielsweise Hysterektomien durchführen können.</p>	<p><b>zu 8.:</b></p> <p>Inhaltlich wird dieser gestrichene Absatz bereits in Absatz 1 und 2 des BE abgedeckt. Auch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte unterfallen den an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmenden, vgl. § 95 Abs. 1 SGB V.</p> <p>Die Änderungen der RL verändern die bereits geltenden Regelungen zu operativen SSA nicht.</p>	<p><b>zu 8.:</b></p> <p>Keine Änderung am BE.</p>
		<p><b>Punkt 9</b></p> <p><b>Absatz 5 neu</b></p> <p>Für die Durchführung operativer Schwangerschaftsabbrüche ist keine fachspezifische Facharztqualifikation notwendig</p>	<p>Es besteht keine medizinische Evidenz entsprechend der WHO Guideline, dass für operative Abbrüche eine fachärztliche Qualifikation vorliegen muss.</p> <p>Nachweise sind zu erbringen.</p>	<p><b>zu 9.:</b></p> <p>Vgl. zu 6. und</p> <p>Ergänzend zu den bundesrechtlichen Regelungen und der ESA-RL ist die Berechtigung von Ärztinnen und Ärzten zur Durchführung von SSA regional unterschiedlich geregelt. So sind zum Beispiel in Niedersachsen nur Fachärzte und Fachärztinnen für</p>	<p><b>zu 9.:</b></p> <p>Keine Änderung am BE.</p>

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
2	Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe	<p><b>Punkt 10</b></p> <p><b>Nun Absatz 6 und folgende (inhaltlich nicht geändert nur formal angepasst)</b></p> <p>Ob der Eingriff zum Abbruch der Schwangerschaft ambulant oder stationär ausgeführt wird, richtet sich insbesondere nach den medizinischen Notwendigkeiten und den Vorgaben der freien Arztwahl.</p> <p>Die/der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin/Arzt hat der Kassenärztlichen Vereinigung zum Nachweis der Erfüllung der in Absatz 1 dieses Abschnittes genannten entsprechender Voraussetzungen die gegebenenfalls erforderliche staatliche Anerkennung vorzulegen, soweit der</p>		<p>Gynäkologie und Geburtshilfe berechtigt.</p> <p><b>zu 10.:</b></p> <p>In Deutschland gilt grundsätzlich das Prinzip der freien Arztwahl (vgl. § 76 SGB V), daher kann hier auf eine explizite Nennung verzichtet werden.</p>	<p><b>zu 10.:</b></p> <p>Keine Änderung am BE.</p>

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
2	<b>Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe</b>	<p>Schwangerschaftsabbruch nicht an einem Krankenhaus durchgeführt wird.</p> <p>Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, die Verweise auf die in diesem Abschnitt D Nummer 5</p> <p>in Bezug genommenen Verträge und Vereinbarungen zu aktualisieren,</p> <p>soweit dadurch der wesentliche Inhalt der ESA-RL an dieser Stelle nicht verändert wird.</p> <p>Die Anforderungen an die Einrichtungen zur ärztlichen Vornahme eines Abbruchs i. S. d. § 218a StGB i.V.m. § 24b Absatz 4 SGB V sind nicht</p> <p>Gegenstand dieses Abschnitts.</p>		<p>Der Bezug zu Absatz 1 soll erhalten bleiben um klarzustellen, um welche Voraussetzungen es sich handelt.</p>	

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
3	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin	<p><b>Punkt 1</b></p> <p>Übernahme des Satzes in die Richtlinie:</p> <p>„Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs erfordert keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen.“</p>	<p>Wir begrüßen die geplante differenzierte Ausgestaltung getrennt für medikamentöse und operative Schwangerschaftsabbrüche. Im Text sollte diese Ausgestaltung für den medikamentösen Abbruch auch benannt sein. In den „Tragenden Gründen“ wird die S2k Leitlinie zitiert mit dem Satz:</p> <p>„Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs erfordert keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen.“</p> <p>Dieser Satz sollte in die Richtlinie übernommen werden oder sinngemäß formuliert werden.</p> <p>„Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs erfordert keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen.“</p>	<p><b>zu Nr. 3 Punkt 1:</b> siehe Würdigung zu Nr. 2 Punkt 6.</p>	<p><b>Zu Nr. 3.1:</b> Keine Änderung am BE.</p>
		<p><b>Punkt 2</b></p> <p>Der operative Schwangerschaftsabbruch ist in den allermeisten Fällen als kleinerer invasiver Eingriff zu werten. Dieser Eingriff erfordert sowohl nach der in Deutschland bestehenden Gesetzeslage, als auch nach der in der Leitlinie benannten Evidenz die ärztliche Durchführung, ist jedoch nicht an eine Facharztqualifikation gebunden.</p>	<p>Beim operativen Schwangerschaftsabbruch könnte die Koppelung an die Genehmigung für ambulantes Operieren bedeuten, dass zukünftig nur noch ambulante OP-Zentren, die in der Regel anästhesiologisch geführt werden, Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Damit würde die Versorgungslage, welche verbessert werden soll, eingeschränkt werden. Schwangerschaftsabbrüche in Lokalanästhesie, die u.a. in allgemeinmedizinischen, gynäkologischen oder chirurgischen Praxen durchgeführt werden können würden ggf. ganz entfallen.</p> <p>96 % der Schwangerschaftsabbrüche erfolgten im ersten Trimenon (1).</p> <p>Die Vakuumaspiration ist im ersten Trimenon die Methode der Wahl als operativer Eingriff. Es ist eine sehr effektive und risikoarme Methode.</p> <p>Die Durchführung der Vakuumaspiration in Lokalanästhesie wird in internationalen Leitlinien als Methode der Wahl eingestuft (2)</p>	<p><b>zu 2.:</b></p> <p>Verweis auf Würdigung zu Nummer 2 Punkt 6, 7 und 9</p>	<p><b>zu 2:</b></p> <p>Keine Änderung am BE.</p>

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
3	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin		<p>Schwangerschaftsabbrüche im 1. Trimenon (zu 98% medikamentös/Valuumaspiration/Cürettage) sind kleinere invasive Eingriffe, sie können von Ärztinnen und Ärzten nach Einarbeitung durchgeführt werden und erfordern keine Facharztweiterbildung, wie auch in internationale Empfehlungen empfohlen (2).</p> <p>Die operativen Schwangerschaftsabbrüche erfolgten überwiegend ambulant, derzeit 81 % in Arztpraxen bzw. OP-Zentren und 16% ambulant in Krankenhäusern.</p> <p>Es liegt keinerlei Evidenz dafür vor, dass Eingriffe ein besseres Outcome haben wenn sie beispielsweise in Kliniken oder OP-Zentren durchgeführt werden im Vergleich zur Durchführung in Praxen. Andererseits werden durch Verzögerung des Eingriffs oder lange Transportzeiten die Risiken eines solchen Eingriffs erhöht.</p> <p>Fachgerecht durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche sind sichere Prozeduren, die nur in sehr seltenen Fällen zu ernststen Komplikationen führen.</p> <p>Explizierte Auflistung der Risiken siehe S2k Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“.</p> <p>Quellen:</p> <p>1) Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche 2020</p> <p>2) WHO – Abortion care guideline 2022  <a href="https://srhr.org/abortioncare/">https://srhr.org/abortioncare/</a></p>		

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
4	Deutscher Hebammenverband	<p><b>Punkt 1</b></p> <p>Grundsätzliches zur Entkriminalisierung Schwangerschaftsabbruch</p>	<p>Ausdrücklich unterstützen wir die Forderung nach Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, um die Stigmatisierung zu reduzieren und den Zugang zu sicheren und qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen zu verbessern. Diese Forderung steht im Einklang mit internationalen Menschenrechtsstandards und -abkommen, wie der Frauenrechtskonvention (CEDAW), die in Deutschland unmittelbar geltendes Recht ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt ebenfalls, unnötige politische und administrative Barrieren zu beseitigen, um eine sichere Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen zu etablieren.</p>	<p><b>zu 1.:</b></p> <p>Kenntnisnahme der Stellungnahme.</p> <p>Dies liegt nicht im Regelungsbereich des G-BA.</p> <p><b>Ergänzung PatV:</b></p> <p>Das Anliegen wird positiv zur Kenntnis genommen, liegt allerdings nicht im Regelungsbereich des G-BA, sondern ist dem Gesetzgeber vorbehalten.</p>	<p><b>zu 1. bis 3.:</b></p> <p>Keine Änderung am BE.</p>
		<p><b>Punkt 2</b></p> <p>Zuspruch zu Änderungen im Bezug auf medikamentösen Schwangerschaftsabbruch</p>	<p>Der DHV begrüßt die Vorlage des gemeinsamen Bundesausschuss, weil es den Zugang zu medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen in der Praxis dadurch erleichtern wird, dass die Anforderungen an die Praxisausstattung angepasst und hier ausdrücklich zwischen dem medizinischen Angebot von medikamentösen und operativen Schwangerschaftsabbrüchen unterschieden wird.</p> <p>Diese Entwicklung ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheitsversorgung in Deutschland und trägt dazu bei, dass Frauen auch in strukturschwachen Regionen leichter Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen erhalten können.</p>	<p><b>zu 2:</b></p> <p>Kenntnisnahme der Stellungnahme.</p>	
		<p><b>Punkt 3</b></p> <p>Änderungsvorschlag:</p> <p>Einbindung von Hebammen in die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen</p>	<p>Der Deutsche Hebammenverband e.V. sieht eine verpasste Chance darin, dass die geplante Veränderung nicht die Einbindung von Hebammen in die Versorgung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen umfasst. Hebammen spielen eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem, insbesondere in der Betreuung von Schwangeren und im Wochenbett. Ihre Expertise in der reproduktiven Gesundheit und ihre enge Beziehung zu den Patientinnen machen sie zu idealen Ansprechpartnern für die Begleitung von Schwangerschaftsabbrüchen.</p> <p>Das Hebammengesetz bietet bereits heute die Grundlage für eine solche Erweiterung der Kompetenzen. Hebammen werden als Expertinnen anhand der reproduktiven Lebensphase ausgebildet. In der Praxis werden spontane</p>	<p><b>zu 3.:</b></p> <p><b>Vgl. Würdigung zu Nr. 2 Punkt 6.</b></p> <p>Und:</p> <p>Der Regelungsauftrag des G-BA im Bereich des § 92 Absatz 1 Satz 2 i.V.m. §§ 24a und b SGB V bezieht sich ausschließlich auf die ärztliche Leistungserbringung; die inhaltliche Ausgestaltung des Anspruchs auf Hebammenhilfe ist hiervon nicht umfasst. § 24d SGB V legt einen Anspruch auf ärztliche Betreuung sowie auf Hebammenhilfe für Versicherte fest, das SGB V</p>	

Nummer	Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung	Beschlussentwurf
4	Deutscher Hebammenverband		<p>Frühaborte eigenständig von Hebammen betreut und regulär mit den Leistungserbringern abgerechnet. Die medizinisch fachliche Kompetenz ist im Bereich der Frühaborte gegeben und in der Praxis vorhanden. Die Einbindung von Hebammen in die Versorgung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen wäre daher nicht nur eine logische Erweiterung ihrer beruflichen Kompetenz, sondern auch eine Möglichkeit, eine lückenlose Versorgung in Deutschland zu gewährleisten und die Versorgungslage insgesamt zu verbessern und zu stärken.</p> <p>Dies erfordert lediglich die Aufnahme dieser Tätigkeit in die Berufsordnungen der Länder. Zudem ist es wünschenswert, die Vermittlung tieferer Kenntnisse des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in die theoretischen und praktischen Studieninhalte zu verankern, um sicherzustellen, dass Hebammen die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten dazu bereits in der Ausbildung vermittelt bekommen. Auch Fort- und Weiterbildungen sind niedrigschwellig anbieterbar.</p> <p>Großrahmiger Anpassungsbedarf ist dadurch nicht zu erwarten.</p> <p>In anderen europäischen Ländern sind Hebammen bereits in die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen eingebunden. Beispielsweise dürfen in Frankreich Hebammen bereits seit 2016 medikamentöse Abtreibungen durchführen. Die Erfahrungen in Frankreich zeigen, dass eine solche Einbindung der Berufsgruppe nicht nur möglich, sondern auch sinnvoll ist, um eine umfassende und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten.</p>	<p>unterscheidet also explizit zwischen der „ärztlichen Betreuung“ einerseits und der „Hebammenhilfe“ auf der anderen Seite. Die Regelung der Versorgung mit Hebammenhilfe ist vom Gesetzgeber den Partnern der Verträge nach § 134a SGB V übertragen worden. In diesen Verträgen werden die Ansprüche nach § 24d SGB V konkretisiert.</p> <p>In der Fachinformation zu Mifegyne steht: „Daher dürfen diese Arzneimittel ausschließlich von Ärzten verordnet werden, die in einem staatlichen oder privaten Krankenhaus oder Zentrum/einer Praxis (berechtigt nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen) tätig sind. Diese Arzneimittel müssen unter Aufsicht eines Arztes oder von diesem ermächtigtes medizinisches Fachpersonal angewendet werden.“ Eine Durchführung von medikamentösen SSA durch Hebammen ohne ärztliche Verordnung der Medikamente oder ärztliche Delegation der Verabreichung ist daher nicht möglich.</p> <p><b>Ergänzung PatV:</b></p> <p>So auch die PatV. Sie begrüßt aber eine Diskussion über die Einbindung von Hebammen in die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen. Allerdings hat der G-BA hierzu keine Regelungskompetenz.</p>	

**2. Weitere nicht zum Beschlussentwurf gehörende Hinweise der Stellungnehmenden**

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA MB	Beschlussentwurf
<p><b>Deutsche Gesellschaft für Humangenetik</b></p>	<p>„mit dem Hinweis auf Anl. 3, Punkt B, Nr. 4 „genetisches Risiko“, ist bitte zu ändern in rot“</p>	<p>„Ergibt sich aus der Beratung der begründete Verdacht auf ein genetisches Risiko, soll die Vorstellung bei einer Ärztin/einem Arzt, die/der nach dem „Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen“ für die vorgeburtliche genetische Untersuchung und genetische Beratung berechtigt ist, veranlasst werden. Die von der berechtigten Ärztin/ Arzt durchgeführte genetische Untersuchung und Beratung oder Begutachtung, ggf. einschließlich körperlicher Untersuchung und Chromosomenanalyse, gehört zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen dieser Richtlinie.“</p>	<p>Die Anpassung des Abschnitts B Nummer 4 der ESA-RL hinsichtlich der erforderlichen Qualifikation zur Durchführung einer genetischen Beratung und genetischen Untersuchung an die Regelungen des GenDG bedarf einer gesonderten Befassung.</p>	<p>Keine Änderung am BE</p>
<p><b>Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Nummer 2)</b></p>	<p><b>Ergänzend bitten wir Sie den Anfang der Richtlinie zeitgemäß anzupassen in dem Sie den folgenden Abschnitt streichen:</b></p> <p>D. Schwangerschaftsabbruch</p> <p>1. Allgemeines</p> <p>Der Schwangerschaftsabbruch ist keine Methode zur Geburtenregelung.</p> <p>Daher hat jede Ärztin/jeder Arzt im Rahmen der von ihr/ihm durchzuführenden ärztlichen Beratung der Schwangeren darauf hinzuwirken, dass die Schwangerschaft ausgetragen wird, soweit nicht schwerwiegende Gründe entgegenstehen.</p>	<p><b>Begründung:</b></p> <p>Dies ist nicht die Aufgabe eines/er Arzt*in insbesondere da es eine Pflichtberatung gibt. Außerdem sind Arzt*innen durch das Gesetz verpflichtet:</p> <p>... unabhängig von der Art des Schwangerschaftsabbruchs - der Schwangeren Gelegenheit (zu) geben, ihr/ihm die Gründe für ihr Verlangen nach Abbruch der Schwangerschaft darzulegen</p> <p>(§ 218 c Strafgesetzbuch - StGB), ...</p>	<p>PatV: Diese Beratung gehört zu den Pflichten der Beratung nach § 219 StGB. und nach § 5 Absatz 1 SchKG ist diese Beratung ergebnisoffen durchzuführen!</p> <p>KBV/ GKV-SV: Für alle SSA gilt § 218c Absatz 1, wonach Ärztinnen und Ärzte, die einen SSA vornehmen, unter anderem die Schwangeren über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken, mögliche physische und psychische Auswirkungen ärztlich beraten müssen.</p> <p>Nach § 14 Absatz 3 SchKG ist es Einrichtungen zur Vornahme von SSA, Krankenhäusern sowie Ärztinnen und Ärzten gestattet, sachlich und berufsbezogen über die Durchführung eines SSAs, der unter den Voraussetzungen des § 218a Absatz 1 bis 3 des StGB vorgenommen werden soll, zu informieren.</p> <p>Eine Schwangerschaftskonfliktberatung gemäß § 219 Absatz 1 StGB dient i.R.d. SSA gemäß § 218a Abs. 1 StGB dem Schutz des ungeborenen Lebens und hat sich u.a. von dem Bemühen leiten zu lassen, die Frau zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen. Das</p>	<p>Dem Vorschlag diesen Absatz zu streichen wird gefolgt.</p>

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA MB	Beschlussentwurf
			Nähere dazu regelt gem. § 219 Absatz 1 Satz 5 StGB das SchKG. Diese Beratung hat nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz durch eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu erfolgen.	
<b>Deutscher Hebammenverband (Nummer 4)</b>	Flächendeckende Versorgung durch Ausweitung der Telemedizin und Einbindung weiterer Berufsgruppen	<p>Der DHV gibt zu bedenken, dass es für eine flächendeckende Versorgung zwingend notwendig ist, die Telemedizin auszuweiten und die Betreuung und Beratung zu Schwangerschaftsabbrüchen auf andere medizinische Fachberufe als bisher zu erweitern. Dies würde nicht nur den Zugang verbessern, sondern auch die Versorgungskontinuität stärken. Hebammen könnten hierbei eine entscheidende Rolle spielen, indem sie Frauen in der Frühschwangerschaft unterstützen und begleiten.</p>	<p>Kenntnisnahme der Stellungnahme. vgl. zu Nummer 2. Punkt 6.</p> <p>So auch die PatV. Sie begrüßt aber eine Diskussion über die Einbindung von Hebammen in die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen. Allerdings hat der G-BA hierzu keine Regelungskompetenz.</p>	Keine Änderung am BE.
	Ausblick/Forderungen für zukünftige Anpassungen	<p>Der DHV fordert eine umfassende Reform der Schwangerschaftsabbruchregelung, die die Entkriminalisierung und die Einbindung von Hebammen in die Versorgung umfasst. Diese Maßnahmen würden nicht nur den Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung verbessern, sondern auch die Rolle der Hebammen im Gesundheitssystem stärken und erweitern. Wir hoffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss diese Aspekte in zukünftigen Entscheidungen berücksichtigt.</p> <p>Der DHV bleibt bei seiner Forderung, dass der Schwangerschaftsabbruch als Teil der gesundheitlichen Basisversorgung organisiert werden muss, um sicherzustellen, dass alle Frauen niedrigschwellige Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen haben. Die Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs sollte im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassenleistung erfolgen, um sicherzustellen, dass keine finanziellen Barrieren den Zugang behindern.</p>	Dies liegt nicht im Regelungsbereich des G-BA.	

Inst. / Org.	Änderungsvorschlag / Kommentar	Begründung	Auswertung durch UA MB	Beschlussentwurf
<b>Deutscher Hebammen- verband (Nummer 4)</b>		Weitere Informationen siehe: <a href="https://hebammenverband.de/wpcontent/uploads/2023/11/2023_11_17-Stellungnahme-DHVKommission-reproduktive-Selbstbestimmung-AG1-3.pdf">https://hebammenverband.de/wpcontent/uploads/2023/11/2023_11_17-Stellungnahme-DHVKommission-reproduktive-Selbstbestimmung-AG1-3.pdf</a>		

## B-14.2 Auswertung von verfristet eingegangenen Stellungnahmen

Es sind keine Stellungnahmen verfristet eingegangen.

## B-15 Mündliche Stellungnahmen zum Abschnitt D Nummer 5

### B-15.1 Teilnahme und Offenlegung von Interessenkonflikten

Alle stellungnahmeberechtigten Organisationen/Institutionen, die eine schriftliche Stellungnahme abgegeben haben, wurden fristgerecht zur Anhörung am 12. Juni 2025 eingeladen.

Vertreterinnen oder Vertreter von Stellungnahmeberechtigten, die an mündlichen Beratungen im G-BA oder in seinen Untergliederungen teilnehmen, haben nach Maßgabe des 1. Kapitels 5. Abschnitt VerFO Tatsachen offen zu legen, die ihre Unabhängigkeit potenziell beeinflussen. Inhalt und Umfang der Offenlegungserklärung bestimmen sich nach 1. Kapitel Anlage I, Formblatt 1 VerFO (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)).

Im Folgenden sind die Teilnehmer der Anhörung am 12. Juni 2025 aufgeführt und deren potenziellen Interessenkonflikte zusammenfassend dargestellt. Alle Informationen beruhen auf Selbstangabe der einzelnen Personen. Die Fragen entstammen dem Formblatt und sind im Anschluss an diese Zusammenfassung aufgeführt.

Organisation/ Institution	Anrede/Titel/Name	Frage					
		1	2	3	4	5	6
Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)	Prof. Dr.Christian Bamberg	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)	Dr. Jana Maeffert	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)	Kristin Walter-Haase	nein	nein	nein	nein	nein	nein
Deutscher Hebammenverband e.V.	Anke Köbke	nein	nein	nein	nein	nein	nein

### **Frage 1: Anstellungsverhältnisse**

Sind oder waren Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor angestellt bei einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere bei einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### **Frage 2: Beratungsverhältnisse**

Beraten Sie oder haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor ein Unternehmen, eine Institution oder einen Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere ein pharmazeutisches Unternehmen, einen Hersteller von Medizinprodukten oder einen industriellen Interessenverband direkt oder indirekt beraten?

### **Frage 3: Honorare**

Haben Sie innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor direkt oder indirekt von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband Honorare erhalten für Vorträge, Stellungnahmen oder Artikel?

### **Frage 4: Drittmittel**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, abseits einer Anstellung oder Beratungstätigkeit innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband finanzielle Unterstützung für Forschungsaktivitäten, andere wissenschaftliche Leistungen oder Patentanmeldungen erhalten?

### **Frage 5: Sonstige Unterstützung**

Haben Sie und/oder hat die Einrichtung (sofern Sie in einer ausgedehnten Institution tätig sind, genügen Angaben zu Ihrer Arbeitseinheit, zum Beispiel Klinikabteilung, Forschungsgruppe etc.), für die Sie tätig sind, innerhalb des laufenden Jahres und der 3 Kalenderjahre davor sonstige finanzielle oder geldwerte Zuwendungen (z. B. Ausrüstung, Personal, Unterstützung bei der Ausrichtung einer Veranstaltung, Übernahme von Reisekosten oder Teilnahmegebühren ohne wissenschaftliche Gegenleistung) erhalten von einem Unternehmen, einer Institution oder einem Interessenverband im Gesundheitswesen, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen, einem Hersteller von Medizinprodukten oder einem industriellen Interessenverband?

### **Frage 6: Aktien, Geschäftsanteile**

Besitzen Sie Aktien, Optionsscheine oder sonstige Geschäftsanteile eines Unternehmens oder einer anderweitigen Institution, insbesondere von einem pharmazeutischen Unternehmen oder einem Hersteller von Medizinprodukten? Besitzen Sie Anteile eines „Branchenfonds“, der auf pharmazeutische Unternehmen oder Hersteller von Medizinprodukten ausgerichtet ist?

## **B-15.2 Wortprotokoll der Anhörung**

Das Wortprotokoll der Anhörung am 12. Juni 2025 ist in Kapitel C-2.6 abgebildet.

### **B-15.3 Auswertung der mündlichen Stellungnahmen**

Die mündlichen Stellungnahmen enthielten keine neuen Hinweise oder Vorschläge, die nicht bereits Gegenstand der schriftlichen Stellungnahmen waren. Somit ergab sich aus den mündlichen Stellungnahmen für den Beschlussentwurf kein Änderungsbedarf.

### **B-16 Würdigung der Stellungnahmen zum Abschnitt D Nummer 1 und 5**

Die Würdigung der Stellungnahmen ist in den Tragenden Gründen (siehe Kapitel C-5) abgebildet.

## **C Anlagen**

### **C-1 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens zu Abschnitt B Nummer 13**

**C-1.1 Beschlusssentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt B Nummer 13**

**C-1.2 Tragende Gründe zum Beschlusssentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt B Nummer 13**

**C-1.3 Darstellung der Änderungen im Fließtext der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch für den Abschnitt B Nummer 13**

**C-1.4 Schriftliche Stellungnahmen zur Änderung im Abschnitt B Nummer 13**

**C-1.5 Wortprotokoll der Anhörung zur Änderung im Abschnitt B Nummer 13**

### **C-2 Unterlagen des Stellungnahmeverfahrens zu Abschnitt D Nummer 5**

**C-2.1 Beschlusssentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt D Nummer 5, der in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde**

**C-2.2 Tragende Gründe zum Beschlusssentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt D Nummer 5, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurde**

**C-2.3 Anlage Tragende Gründe zum Beschlusssentwurf über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt D Nummer 5**

**C-2.4 Darstellung der Änderungen im Fließtext der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch, die in das Stellungnahmeverfahren gegeben wurden**

**C-2.5 Schriftliche Stellungnahmen zur Änderung im Abschnitt D Nummer 5**

**C-2.6 Wortprotokoll der Anhörung zur Änderung im Abschnitt D Nummer 5**

### **C-3 Prüfung durch das BMG gemäß § 94 Absatz 1 SGB V**

### **C-4 Beschluss**

### **C-5 Tragende Gründe**



# Beschlussentwurf

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL): Änderung in Abschnitt B gemäß gesetzlicher Änderung zum Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva im Falle von Hinweisen auf sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung

Vom T. Monat 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am T. Monat 2025 beschlossen, die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz Nr. 60a vom 27.03.1986), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 20. Juni 2019 (BAnz AT 19.07.2019 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

I. Im Abschnitt „B. Empfängnisregelung“ wird in Nummer 13 nach dem Satz „Dies gilt auch für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden.“

der folgende Satz eingefügt:

„Der Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, die ärztlich verordnet werden, besteht für Versicherte ohne Altersbeschränkung, wenn Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.“

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses [ggf. G-BA] unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den T. Monat 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken



# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung  
und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL):

Änderung in Abschnitt B gemäß gesetzlicher Änderung zum  
Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige  
Notfallkontrazeptiva im Falle von Hinweisen auf sexuellen  
Missbrauch oder eine Vergewaltigung

Vom T. Monat 2025

## Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Stellungnahmeverfahren.....	2
4.	Bürokratiekostenermittlung.....	3
5.	Verfahrensablauf.....	4

## **1. Rechtsgrundlage**

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGBV) i.V.m. den §§ 24a und b SGB V beschlossene Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL) dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten im Rahmen der Empfängnisregelung /Empfängnisverhütung, der Sterilisation und des Schwangerschaftsabbruchs.

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Gesetzlich Versicherte, bei denen ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht, haben seit dem 1. März 2025 gemäß § 24a Absatz 2 Satz 3 SGB V altersunabhängig einen Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva ("Pille danach"), soweit sie ärztlich verordnet werden. Im Rahmen des Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG, BGBl. I 2025, Nr. 64), wurde hierfür die Altersbegrenzung auf Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr durch eine entsprechende Änderung des § 24a Absatz 2 SGB V aufgehoben.

Die praktische Umsetzung dieses Anspruchs erfolgt in den entsprechenden Fällen durch die ärztliche Verordnung des Notfallkontrazeptivums zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse. Die Änderung im Abschnitt B Nummer 13 der ESA-RL dient der Anpassung an die Gesetzesänderung für die nicht verschreibungspflichtigen Notfallkontrazeptiva und übernimmt die Regelung des § 24a Absatz 2 Satz 3 SGB V.

Es wird geregelt, dass die Kosten für diese nicht verschreibungspflichtigen Notfallkontrazeptiva altersunabhängig durch die gesetzliche Krankenkasse zu tragen sind, wenn ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht und dafür eine ärztliche Verordnung vorliegt.

## **3. Stellungnahmeverfahren**

Der zuständige Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) hat in Delegation für das Plenum nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung und 1. Kapitel § 10 Absatz 1 Satz 1 Verfahrensordnung (VerfO) am 10. April 2025 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und § 92 Absatz 1b, 7d SGB V beschlossen. Am 10. April 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum 24. April 2025 eingeleitet.

Weil die gesetzliche Änderung des § 24a Absatz 2 Satz 3 SGB V bereits zum 1. März 2025 in Kraft getreten ist und eine entsprechende Änderung der ESA-RL durch den G-BA kurzfristig vorzunehmen ist, wurde für die schriftlichen Stellungnahmen eine verkürzte Frist von 14 Tagen bestimmt. Mit dieser Anpassung der Frist, können die nachfolgenden Verfahrensschritte zeitgleich mit dem Verfahren zur Änderung der ESA-RL im Abschnitt D Nummer 5 erfolgen. Zu diesem Verfahren ist am 12. Juni 2025 das mündliche Stellungnahmeverfahren (Anhörung) vorgesehen. Dieser Termin soll auch für die Anhörung zum gegenständlichen Verfahren genutzt werden, um so das Verfahren insgesamt zu beschleunigen.

### **Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V**

Die Bundesärztekammer hat mit Schreiben vom 24. April 2025 mitgeteilt, dass sie zur geplanten Änderung der ESA-RL im Abschnitt B Nummer 13 von ihrem Stellungnahmerecht keinen Gebrauch macht.

### **Stellungnahmen der Organisationen der Hebammen gemäß § 92 Absatz 1b SGB V**

Der Deutsche Hebammenverband e.V. hat am 23. April 2025 eine Stellungnahme abgegeben.

Der Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V. hat keine Stellungnahme abgegeben.

### **Stellungnahmen gemäß § 92 Absatz 7d SGB V**

Die nachfolgenden jeweils einschlägigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften wurden über ihre Stellungnahmerechte mit Schreiben vom 10. April 2025 informiert:

- Arbeitsgemeinschaft der Wiss. Medizin. Fachgesellschaften (AWMF)
- DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) – hat am 17. April 2025 eine Stellungnahme abgegeben.
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie & Geburtshilfe (DGGG) – hat keine Stellungnahme abgegeben.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde & Geburtshilfe (DGPF) – hat keine Stellungnahme abgegeben.

Die nachfolgenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften wurden von der AWMF zusätzlich ausgewählt:

- Deutsche Gesellschaft für Hebammenwissenschaft
- Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
- Akademie für Ethik in der Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Humangenetik
- Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
- Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie

Keine der vorgenannten Fachgesellschaften hat eine Stellungnahme abgegeben.

### **Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen**

Der UA MB hat sich in seiner Sitzung am 12. Juni 2025 mit den Stellungnahmen auseinandergesetzt (vgl. Übersicht zur Würdigung der Stellungnahmen; Anlage 1 zu den Tragenden Gründen). Aus den schriftlichen Stellungnahmen haben sich keine Änderungen am Beschlussentwurf ergeben.

[Aus den mündlichen Stellungnahmen...]

## **4. Bürokratiekostenermittlung**

Durch den vorgesehenen Beschluss entstehen keine neuen bzw. geänderten Informationspflichten für Leistungserbringer im Sinne von Anlage II zum 1. Kapitel Verfo und dementsprechend keine Bürokratiekosten.

## 5. Verfahrensablauf

Datum	Gremium	Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt
01.03.2025		Inkrafttreten Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetzes (GVSG)
10.04.2025	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlung, Festlegung der am Stellungnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Absatz 5 sowie 92 Absatz 1b, 7d SGB V
12.06.2025	UA MB	Mündliche Anhörung und Würdigung der schriftlichen Stellungnahmen, Würdigung der mündlichen Stellungnahmen
26.06.2025	UA MB	Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlung
17.07.2025	Plenum	Beschlussfassung
TT.MM.2025		Mitteilung des Ergebnisses der gemäß § 94 Absatz 1 SGB V erforderlichen Prüfung des Bundesministeriums für Gesundheit

Berlin, den T. Monat 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

**Richtlinie**  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**zur Empfängnisregelung**  
**und zum Schwangerschaftsabbruch**

[vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien]

in der Fassung vom 10. Dezember 1985  
(Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27. März 1986)

zuletzt geändert am 20. Juni 2019  
veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 19.07.2019 B2  
in Kraft getreten am 20. Juli 2019

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Abs.1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGBV) i.V.m. den §§ 24a und b SGB V beschlossenen Richtlinie dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten im Rahmen der Empfängnisregelung/Empfängnisverhütung, der Sterilisation und des Schwangerschaftsabbruchs.

### **A. Allgemeines**

1. Die nach dieser Richtlinie durch die Ärztin/den Arzt auszuführenden Maßnahmen umfassen:
  - a) die Beratung über Fragen der Empfängnisregelung/Empfängnisverhütung (§ 24a SGB V)
  - b) die in § 24b SGBV vorgesehenen Leistungen zur Durchführung einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation
  - c) die in § 24 b SGB V vorgesehenen Leistungen zur Durchführung eines nicht rechtswidrigen sowie eines rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruches.
2. Die Maßnahmen nach dieser Richtlinie dürfen nur von den Ärztinnen/Ärzten ausgeführt werden, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach dem ärztlichen Berufsrecht dazu befugt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.
3. Lassen sich Ärztinnen/Ärzte bei der Durchführung dieser Maßnahmen vertreten, haben sie darauf hinzuwirken, dass ihre Vertreterinnen/Vertreter diese Richtlinie beachten.
4. Die Verträge, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen mit ärztlich geleiteten Einrichtungen abschließen, haben vorzusehen, dass die Träger dieser Einrichtungen sich verpflichten, darauf hinzuwirken, dass die bei ihnen tätigen Ärztinnen/Ärzte diese Richtlinie beachten.

### **B. Empfängnisregelung**

1. Die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung umfasst sowohl die Beratung über Hilfen, die geeignet sind, eine Schwangerschaft zu ermöglichen als auch eine Schwangerschaft zu verhüten. Eine allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung fällt nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Soweit Maßnahmen zur Ermöglichung einer Schwangerschaft als Bestandteil einer Krankenbehandlung ausgeführt werden oder soweit im

Rahmen einer Krankenbehandlung die Verhütung einer Schwangerschaft medizinisch indiziert ist, finden ausschließlich die Bestimmungen über die Gewährung von Krankenhilfe Anwendung.

2. Die ärztliche Beratung soll die wissenschaftlich anerkannten Methoden der Empfängnisregelung berücksichtigen, individuell erfolgen und sich - wenn erforderlich - auch auf den Partner beziehen.
3. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die in dieser Richtlinie aufgeführten Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Dabei ist zu beachten, dass nicht jede Beratung über Maßnahmen zur Empfängnisregelung eine Untersuchung erfordert.
4. Ergibt sich aus der Beratung der begründete Verdacht auf ein genetisches Risiko, soll die Vorstellung bei einer Ärztin/einem Arzt, die/der zum Führen der Zusatzbezeichnung "Medizinische Genetik" berechtigt ist (Humangenetikerin/Humangenetiker), veranlaßt werden. Die von der Humangenetikerin/vom Humangenetiker durchgeführte Beratung oder Begutachtung, ggf. einschließlich körperlicher Untersuchung und Chromosomenanalyse, gehört zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen dieser Richtlinie.
5. Die Beratung soll sich auch auf die Risiken einer Röteln- und Varizelleninfektion in einer späteren Schwangerschaft erstrecken. Bei Frauen mit dokumentierter zweimaliger Rötelnimpfung ist von Immunität auszugehen. Eine Antikörperbestimmung ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Frauen mit fehlender oder nur einmaliger Impfung soll die Rötelnimpfung bzw. deren Komplettierung empfohlen werden.

Ergibt sich in dem Beratungsgespräch, dass die Immunitätslage gegen Varizellen ungeklärt ist, so soll eine entsprechende Antikörper-Bestimmung gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie durchgeführt werden. Das Ergebnis ist in einer besonderen Bescheinigung zu dokumentieren oder im Impfbuch einzutragen.

Die Immunitätslage ist als geklärt anzusehen, wenn das Ergebnis einer früheren Varizellen-Antikörper-Bestimmung den Nachweis spezifischer Antikörper erbracht hat. Eine entsprechende Bescheinigung ist von der Versicherten anzufordern. Wird diese vorgelegt, ist eine Antikörper-Bestimmung nicht mehr erforderlich.

Ist keine Immunität vorhanden, soll eine Varizellen-Schutzimpfung empfohlen werden.

Ferner sollte im Rahmen dieser Beratung auch das Impfbuch der Versicherten auf gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie empfohlene Impfungen durchgesehen werden und die Durchführung fehlender Impfungen ggf. empfohlen werden. Insbesondere soll Frauen mit Kinderwunsch eine Pertussisschutzimpfung empfohlen werden, sofern die letzte Impfung gegen Pertussis länger als 10 Jahre zurückliegt.

Die Impfungen selbst sind nicht Gegenstand dieser Richtlinie.

6. Sexuell aktiven Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr soll einmal jährlich die Untersuchung einer Probe auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektionen angeboten werden. Als Hilfestellung für die Information der Frau zu diesem Screening ist das Merkblatt mit dem Titel „Warum wird mir ein jährlicher Chlamydientest angeboten?“ (Muster siehe Anlage I) zur Verfügung zu stellen.

Das Screening wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäure-amplifizierenden Tests (NAT) durchgeführt. Zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann der Test in einem Poolingverfahren durchgeführt werden, bei dem Proben von bis zu fünf Patientinnen gemeinsam getestet werden. Dabei dürfen nur Testkits verwendet werden, die für die Anwendung im Poolingverfahren geeignet sind. Die Zuverlässigkeit der Tests im Poolingverfahren ist in den Laboren durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Schnelltests (sogenannte „bed-side-Tests“, Tests auf vorgefertigtem Reagenzträger) sind für Screeninguntersuchungen nicht geeignet.

Das Chlamydien-Screening wird unter besonderer Berücksichtigung kurz- bzw. mittelfristig erreichbarer Ergebnisse mit vollständig anonymisierten Daten evaluiert. Ziel der Evaluation ist insbesondere die Gewinnung von Informationen zu alters- und regionsspezifischen Prävalenzen im gescreenten Kollektiv.

7. Bei bestehendem Kinderwunsch sollen in die Beratung Hinweise zur Prophylaxe von Neuralrohrdefekten durch Folsäure einbezogen werden. Dabei sind auch Hinweise zur Ernährungsberatung einzubeziehen. Die Verordnung von Folsäure-Präparaten zur Prophylaxe zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen.
8. Ergibt sich aus der ärztlichen Beratung über Hilfen, die geeignet sind, eine Schwangerschaft zu ermöglichen, dass über eine Untersuchung hinaus weitergehende diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen erforderlich sind, so sind diese nicht Gegenstand dieser Richtlinie, sondern Krankenbehandlung.
9. Vor der erstmaligen Verordnung eines Mittels zur Empfängnisverhütung sollen neben der Erhebung der Anamnese die gynäkologische Untersuchung einschließlich Blutdruckmessung und die zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs durchgeführt werden. Ergeben sich hieraus Hinweise auf eine Krankheit, die eine Kontraindikation zur Verordnung des Mittels zur Empfängnisverhütung sein kann, sind die dazu erforderlichen diagnostischen Maßnahmen nicht Gegenstand dieser Richtlinie, sondern Bestandteil der kurativen Versorgung.
10. Kontrolluntersuchungen während der Dauer der Anwendung eines Mittels zur Empfängnisverhütung richten sich hinsichtlich Art und Umfang nach den einzelnen Methoden. Im Einzelfall können folgende Untersuchungen notwendig sein:

- a) bei hormoneller Antikonzeption
    - gynäkologische Untersuchung einschl. Blutdruckmessung
    - zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs
    - mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets
  - b) bei Anwendung des Intrauterinpessars
    - zusätzlich zu den Maßnahmen nach a) eine Ultraschalluntersuchung nach Applikation
- 11.** Die in den Nummern 6, 9 und 10 aufgeführten Untersuchungen entfallen, falls im Laufe der letzten 6 Monate ggf. auch aus anderem Anlaß derartige Untersuchungen ausgeführt worden sind und das Ergebnis eine Wiederholung entbehrlich macht.
- 12.** Die Verordnung von Arzneimitteln zur Empfängnisverhütung soll möglichst für einen Zeitraum von 6 Monaten erfolgen.
- 13.** Die Kosten für im Rahmen dieser Richtlinie verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie deren Applikation fallen nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Ausgenommen sind Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr, sie haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln. Dies gilt auch für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden. Der Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, die ärztlich verordnet werden, besteht für Versicherte ohne Altersbeschränkung, wenn Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.

### **C. Sterilisation**

- 1.** Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur Durchführung einer Sterilisation, wenn diese durch Krankheit erforderlich ist.
- 2.** Über die Ausführung einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation soll die Ärztin/der Arzt unter Beachtung des ärztlichen Berufsrechts, unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des Einzelfalles und nach einer ärztlichen Untersuchung zur Klärung der technischen Ausführbarkeit und Wahl der geeigneten Operationsmethode und nach Maßgabe des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V -Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus entscheiden.

## **D. Schwangerschaftsabbruch**

### **1. Allgemeines**

Der Schwangerschaftsabbruch ist keine Methode zur Geburtenregelung. Daher hat jede Ärztin/jeder Arzt im Rahmen der von ihr/ihm durchzuführenden ärztlichen Beratung der Schwangeren darauf hinzuwirken, dass die Schwangerschaft ausgetragen wird, soweit nicht schwerwiegende Gründe entgegenstehen.

Erwägt die Schwangere gleichwohl einen Schwangerschaftsabbruch, ist auf die Möglichkeit öffentlicher und privater sozialer Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder hinzuweisen. Zusätzlich ist die Schwangere über die gesundheitlichen Risiken eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten.

Die Ärztin/der Arzt, die/der einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt, muß unabhängig von der Art des Schwangerschaftsabbruchs

- der Schwangeren Gelegenheit geben, ihr/ihm die Gründe für ihr Verlangen nach Abbruch der Schwangerschaft darzulegen (§ 218 c Strafgesetzbuch - StGB),
- die Schwangere über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken, mögliche physische und psychische Auswirkungen ärztlich beraten (§ 218 c StGB),
- die notwendige Nachbehandlung gewährleisten (§ 13 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG).

### **2. Nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch**

Der Schwangerschaftsabbruch darf nur mit Einwilligung der Schwangeren von einer Ärztin/einem Arzt vorgenommen werden, wenn die schriftliche Feststellung einer anderen Ärztin/eines anderen Arztes über die Voraussetzungen einer der nachfolgenden Indikationen vorliegt (§ 218 a Abs. 2 und 3 StGB).

#### **a) Medizinische Indikation**

Bei Vorliegen einer medizinischen Indikation kann der Schwangerschaftsabbruch ohne zeitliche Begrenzung durchgeführt werden, wenn er unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse notwendig ist, um Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden (§ 218 a Abs. 2 StGB).

Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die schriftliche Feststellung über das Vorliegen einer medizinischen Indikation zu treffen hat,

hat vor der schriftlichen Feststellung die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten und über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung zu informieren. Außerdem sind im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen zu vermitteln, soweit dies nicht bereits im Zusammenhang mit der Mitteilung eines pränatal-diagnostischen Befundes gemäß Anlage 1c II. der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) geschehen ist (§ 2a Abs. 2 SchKG in Verbindung mit §§ 218a Abs. 2, 218b Abs. 1 StGB).

Für die Feststellung über das Vorliegen einer medizinischen Indikation ist eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die erfolgte Beratung nach Abschnitt D Nummer 2 Buchstabe a dieser Richtlinie bzw. den Verzicht darauf und sofern ein Befund gemäß Mu-RL Anlage 1c II. festgestellt wurde, auch eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die erfolgte Beratung nach Mu-RL Anlage 1c II. bzw. den Verzicht darauf, erforderlich.

Die schriftliche Feststellung (Abbruchindikation) darf nicht vor Ablauf von drei Tagen nach Diagnosemitteilung gemäß Mu-RL Anlage 1c II. oder der Beratung nach Abschnitt D Nummer 2 Buchstabe a dieser Richtlinie erfolgen. Dies gilt nicht, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden (§ 2a Abs. 2 und 3 SchKG).

b) Kriminologische Indikation

Im Falle der kriminologischen Indikation kann ein Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche post conceptionem durchgeführt werden, wenn dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt beruht (§ 218 a Abs. 3 StGB).

Die Ärztin/der Arzt, die/der den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, muß sich durch ärztliche Untersuchung, gegebenenfalls durch Ultraschall, von der Dauer der Schwangerschaft überzeugen (§ 218 c Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 StGB).

c) Kostenregelung

Die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer oder kriminologischer Indikation werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen (§ 24 b Abs. 1, 2 SGB V).

3. Rechtswidriger, aber straffreier Schwangerschaftsabbruch (sog. „Beratungsregelung“)

### 3.1 Voraussetzungen

In besonderen Ausnahmesituationen kann ein Schwangerschaftsabbruch in Betracht kommen, wenn der Schwangeren durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Obergrenze übersteigt. Wenn die Schwangere in diesem Fall den Abbruch verlangt, kann die Ärztin/der Arzt nach § 218 a Abs. 1 StGB einen rechtswidrigen, aber straffreien (tatbestandslosen) Schwangerschaftsabbruch innerhalb von 12 Schwangerschaftswochen post conceptionem durchführen.

Wenn durch Anamnese und klinischen Befund eine Bestimmung des Alters der Schwangerschaft und damit der Frist für einen rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch mit hinreichender Sicherheit nicht möglich ist, soll sie mittels Ultraschalluntersuchung erfolgen (§ 218 c Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V).

Voraussetzung für den Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 1 StGB ist weiterhin, dass die Schwangere der Ärztin/dem Arzt durch die Bescheinigung einer nach § 9 SchKG anerkannten Beratungsstelle eine mindestens drei Tage zurückliegende Schwangerschaftskonfliktberatung gemäß § 219 StGB nachgewiesen hat.

### 3.2 Schwangerschaftskonfliktberatung

Die verpflichtende Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage nach § 219 StGB in Verbindung mit §§ 5 und 6 SchKG dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Schwangere zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Die Beratung ist ergebnisoffen zu führen und geht von der Verantwortung der Schwangeren aus.

Die Beratung beinhaltet neben medizinischer und sozialer Information auch die Darlegung der Rechtsansprüche von Mutter und Kind und der möglichen praktischen Hilfen sowie das Angebot, die Schwangere bei der Geltendmachung von Ansprüchen zu unterstützen.

Ist die Ärztin/der Arzt nicht selbst als Beraterin/Berater für die Schwangerschaftskonfliktberatung anerkannt, hat sie/er die Schwangere an eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu verweisen, es sei denn, die Schwangere legt eine Bescheinigung über die bereits durchgeführte Beratung vor.

Soll die/der in Anspruch genommene Ärztin/Arzt den Schwangerschaftsabbruch vornehmen, darf sie/er die Schwangerschaftskonfliktberatung auch als anerkannte/anerkannter Beraterin/Berater nicht durchführen, sondern muß sich die Beratungsbescheinigung einer/eines anderen Ärztin/Arztes oder einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle aushändigen lassen. Die der Ärztin/dem Arzt nach den allgemeinen

Grundsätzen des ärztlichen Berufsrechts obliegenden Pflichten sind hier in besonderem Maße zu beachten.

Die Schwangerschaftskonfliktberatung erfolgt für die Schwangere unentgeltlich (§ 6 Abs. 4 SchKG).

Die Beratungsstelle hat der Schwangeren nach Abschluß der Beratung hierüber eine mit dem Datum des letzten Beratungsgesprächs und dem Namen der Schwangeren versehene Bescheinigung auszustellen (§ 7 SchKG).

### 3.3 Kostenregelung

#### a) Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 24 b Abs. 3 SGB V)

Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 StGB vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben gesetzlich krankenversicherte Frauen Anspruch auf Leistungen, die der Gesundheit der Frau oder, wenn es nicht zum Abbruch kommt, dem Schutz des Kindes sowie dem Kindesschutz bei weiteren Schwangerschaften dienen. Hierzu gehören die nachfolgenden Leistungen, für die die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden:

#### (aa) bei allen Schwangerschaftsabbrüchen:

- Die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft,
- die ärztliche Behandlung für die Dauer der Schwangerschaft,
- die Feststellung des Schwangerschaftsalters durch eine Ultraschall-Untersuchung vor dem Abbruch,
- die Bestimmung von Blutgruppe und Rhesusfaktor,
- die bei Rhesus-negativen Frauen nach erfolgtem Abbruch durchzuführende Rhesus-Desensibilisierung durch Injektion von Anti-D-Immunglobulin (Anti-D-Prophylaxe),
- die ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, wenn diese Maßnahmen erforderlich werden, um Komplikationen des Abbruchs zu behandeln,
- die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung;
- die Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektionen:

Die Untersuchung wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäure-amplifizierenden Tests (NAT) durchgeführt. Zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann der Test in einem Poolingverfahren durchgeführt werden, bei dem Proben von bis zu fünf Patientinnen gemeinsam getestet werden. Dabei dürfen nur Testkits verwendet werden, die für die Anwendung im Poolingverfahren geeignet sind. Die Zuverlässigkeit der

Tests im Poolingverfahren ist in den Laboren durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Schnelltests (sogenannte „bed-side-Tests“, Tests auf vorgefertigtem Reagenzträger) sind für diese Untersuchung nicht geeignet."

(bb) beim operativen Abbruch:

- Präoperative Beratungen und Aufklärungsgespräche im Hinblick auf Risiken und Nebenwirkungen des operativen Eingriffs,
- die prophylaktische Gabe eines Uterotonikums postoperativ,
- die histologische Untersuchung des Abradates (Schwangerschaftsgewebes),
- perioperativ und/oder intraoperativ zusätzlich erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen;

(cc) beim medikamentösen Abbruch:

- Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Methode und den Ablauf der Behandlung sowie Ausschluss von Kontraindikationen,
- zusätzlich erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen.

Die Verordnung und Abrechnung erfolgt nach den sonst für die vertragsärztliche Versorgung üblichen Verfahren.

b) Zahlungspflicht der Frau (§ 24 b Abs. 4 SGB V)

Folgende Leistungen, die sich auf den Abbruch der Schwangerschaft unmittelbar erstrecken und zu seiner Durchführung im Regelfall notwendig sind, werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen:

(aa) beim operativen Schwangerschaftsabbruch:

- Kombinationsnarkose mit Maske, gegebenenfalls mit endotrachealer Intubation bzw. Spinalanästhesie oder Lokalanästhesie des Gebärmutterhalses, einschließlich der gegebenenfalls intraoperativ erforderlichen Überwachungsmaßnahmen und folgender Laboruntersuchungen der präoperativen Diagnostik, sofern sie im Einzelfall notwendig sind:
  - Kleines Blutbild: Hämoglobin, Hämatokrit,
  - Glucose und Eiweiß im Urin mittels Teststreifen,
  - zusätzlich bei Intubationsnarkose: Kalium,
- der operative Eingriff, - bei rückenmarksnaher Leitungsanästhesie: Partielle Thromboplastinzeit (PTT), Thromboplastinzeit nach Quick (TPZ), Thrombozyten,

- gegebenenfalls eine vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,
- die Katheterisierung der Harnblase,
- die Injektion von Medikamenten,
- gegebenenfalls die Gabe eines wehenfördernden Medikamentes,
- gegebenenfalls die Assistenz durch eine/einen andere/anderen Ärztin/Arzt,
- die körperliche Untersuchung im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluss an die Operation (Aufwachphase);

(bb) beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch:

- Durchführung des medikamentös ausgelösten Abbruchs bis zum 63. Tag p.m. einschließlich Überwachung und Betreuung während der Austreibungsphase,
- gegebenenfalls mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals,
- gegebenenfalls einschließlich der Gabe von Medikamenten zur Behandlung von Nebenwirkungen der zur Auslösung des Abbruchs verabreichten Medikamente,
- gegebenenfalls sonografische Untersuchung(en) zur Überprüfung des Behandlungserfolgs.

#### **4. Kostenregelung in besonderen Fällen**

##### a) Gesetzlich krankenversicherte Frauen

Soweit eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nicht gegeben ist, soll die Ärztin/der Arzt auf die Möglichkeiten zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen hinweisen. Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) haben gesetzlich krankenversicherte Frauen Anspruch auf Leistungen, wenn ihnen die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist (§ 19 SchKG).

Die Leistungen nach dem Gesetz erstrecken sich auf die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs selbst und der medizinisch erforderlichen Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf.

Die Leistungen werden auf Antrag auftragsweise von der örtlich zuständigen gesetzlichen Krankenkasse als Sachleistungen gewährt.

##### b) Nicht gesetzlich krankenversicherte Frauen

Bei nicht gesetzlich krankenversicherten Frauen erfüllt die gesetzliche Krankenversicherung auftragsweise ebenfalls deren Anspruch auf die unmittelbar mit dem Schwangerschaftsabbruch verbundenen ärztlichen Leistungen und Krankenhausleistungen, wenn sie bedürftig im Sinne von § 19 SchKG in besonderen Fällen

sind. Die Frau kann einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung am Ort ihres Wohnsitzes oder ihres gewöhnlichen Aufenthaltes wählen (§ 21 SchKG). Die übrigen Leistungen, welche die gesetzliche Krankenversicherung bei gesetzlich krankenversicherten Frauen bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung trägt (z. B. Voruntersuchung, Aufklärungsgespräch), fallen bei nicht gesetzlich Krankenversicherten in den Leistungsbereich anderer Kostenträger (Sozialhilfe, Beihilfe, Private Krankenversicherung).

c) Verfahren

Die berechtigten Frauen haben die freie Wahl unter den Ärztinnen/Ärzten und Einrichtungen, die sich zur Vornahme des Eingriffs bereit erklärt haben. Ärztinnen/Ärzte und andere Einrichtungen haben bei Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs bei bedürftigen Frauen Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse für ihre Mitglieder bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch zahlt (§ 21 Abs. 3 SchKG).

Die Frau weist den Leistungsanspruch nach mit einem Berechtigungsschein, der von der jeweiligen Krankenkasse ausgestellt wird. Für die Abrechnung verwendet die/der diese Leistungen erbringende Vertragsärztin/Vertragsarzt den Abrechnungsschein (Vordruck-Muster 5). Diesem wird der Berechtigungsschein angeheftet und mit der Quartalsabrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung übersandt. Zur Berechnung der Vergütung zieht die Kassenärztliche Vereinigung den bei ihr ermittelten Punktwert heran.

Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt kann ihre/seine Leistung auch direkt mit der Krankenkasse abrechnen.

### **5. Einrichtungen**

Die Einrichtung, in welcher der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird, muß den notwendigen personellen und sachlichen Anforderungen - auch zur Beherrschung von Notsituationen - genügen. Eine ausreichende ärztliche Überwachung und Nachbehandlung der Frau nach dem Eingriff muß gewährleistet sein (§ 13 Abs. 1 SchKG).

Ob der Eingriff zum Abbruch der Schwangerschaft ambulant oder stationär ausgeführt wird, richtet sich insbesondere nach den medizinischen Notwendigkeiten.

Als Einrichtung kommt auch eine/ein niedergelassene/niedergelassener Vertragsärztin/Vertragsarzt in Betracht, soweit sie/er die Voraussetzungen für eine notwendige Nachbehandlung (§ 13 SchKG) sowie die nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren (gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V - ambulantes Operieren im Krankenhaus) vom 13. Juni 1994 gestellten Anforderungen erfüllt.

Die/der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin/Arzt hat der Kassenärztlichen Vereinigung zum Nachweis der Erfüllung der in Absatz 1 dieses Abschnittes genannten Voraussetzungen die gegebenenfalls erforderliche staatliche Anerkennung vorzulegen, soweit der Schwangerschaftsabbruch nicht an einem Krankenhaus durchgeführt wird.

### **6. Bundesstatistik**

Wer als Ärztin/Arzt unter den Voraussetzungen des Strafgesetzbuches einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hat, ist verpflichtet, zum Quartalsende (§ 16 Abs. 2 SchKG) die Angaben für die Erhebung einer Bundesstatistik an das Statistische Bundesamt zu richten (§§ 15 ff. SchKG). Der Name der Schwangeren darf dabei nicht angegeben werden.

Für die Erhebung der Bundesstatistik besteht Auskunftspflicht der Inhaberinnen/Inhaber der Arztpraxen und der Leiterinnen/Leiter der Krankenhäuser, in denen innerhalb von zwei Jahren vor dem Quartalsende, in dem die Erhebung erfolgt, Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden (§ 18 Abs. 1 SchKG).

## Anlage I

der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch

Merkblatt:

### Warum wird mir ein jährlicher Chlamydientest angeboten?

Liebe Leserin,

dieses Merkblatt erläutert, warum beschwerdefreien Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr in Deutschland ein jährlicher Test auf Chlamydien angeboten wird und will Ihnen unterstützend zu dem ärztlichen Beratungsgespräch eine Entscheidungshilfe für die Durchführung des Tests bieten. Bei weitergehenden Fragen können Sie sich an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin wenden.

Die wichtigsten Informationen:

- Chlamydien (sprich: "Klamüdien") sind Bakterien und gehören zu den am häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen.
- Viele Menschen tragen diese Bakterien in sich, ohne davon zu wissen und können sie an andere weitergeben.
- Auch wenn die Infektion mit Chlamydien meistens keine Beschwerden verursacht, kann sie dennoch für junge Frauen ernste Folgen haben; im schlimmsten Fall kann es zur Unfruchtbarkeit kommen.
- Wird die Infektion rechtzeitig erkannt, kann sie gut mit Antibiotika behandelt werden.

Wie Sie sich anstecken können:

- Vor allem beim ungeschützten Geschlechtsverkehr .

Wie Sie sich nicht anstecken können:

- Durch Umarmungen, gemeinsames Baden, Schwimmbäder und Toilettenbrillen.

Wie Sie sich schützen können:

- Vor allem durch die Benutzung von Kondomen.
- Andere Verhütungsmittel, wie zum Beispiel die Pille, schützen nicht vor einer Infektion mit Chlamydien.

Was bedeutet eine Chlamydieninfektion?

Die Chlamydieninfektion gehört zu den am häufigsten vorkommenden sexuell übertragbaren Erkrankungen. Die Bakterien können sich im Intimbereich ansiedeln und vermehren.

In Deutschland geht man von 300.000 Neuerkrankungen pro Jahr aus. Etwa 7 von 10 infizierten Frauen und 5 von 10 infizierten Männern haben keine Symptome und merken daher von der Infektion nichts. Eine Infektion kann man auch niemandem ansehen. Sie hat auch gar nichts mit Unsauberkeit zu tun.

Wenn Symptome auftreten, sind sie meist leicht. Auf eine mögliche Infektion bei einer Frau

können hindeuten: ungewöhnlicher Ausfluss aus der Scheide, Zwischenblutungen, Blutungen direkt nach dem Verkehr, Schmerzen beim Wasserlassen. Lassen Sie sich bitte bei Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin beraten, wenn Sie solche Symptome bemerken.

Vor allem bei Frauen sind Folgeerkrankungen durch die Infektion mit Chlamydien bekannt.

Unbehandelte Chlamydieninfektionen können zu Entzündungen der Gebärmutter und der Eileiter führen (das passiert bei ungefähr 4 von 10 infizierten Frauen). Hierdurch können dauerhafte Schäden insbesondere an den Eileitern entstehen. Diese können unter anderem dazu führen, dass Frauen später nicht mehr auf natürlichem Weg schwanger werden können.

Die Infektion kann auch ohne Behandlung und ohne schwere Folgen ausheilen. Keiner kann jedoch vorhersagen, ob eine Infektion von alleine ausheilen oder zu schweren Folgeerkrankungen führen wird.

Warum wird mir ein Test auf Chlamydien angeboten?

Jeder sexuell aktive Mensch kann sich mit Chlamydien anstecken. Junge Frauen sind besonders oft von einer Infektion betroffen (in Deutschland ca. 4 bis 10 von 100). Das Risiko steigt mit der Zahl der Sexualpartner.

Weil vor allem bei Frauen schwere und dauerhafte Folgeerkrankungen bekannt sind, die man durch rechtzeitige Behandlung größtenteils verhüten kann, wird Ihnen ein Chlamydientest angeboten.

Der Test kann mit Hilfe einer Urinprobe (nicht wie sonst Mittelstrahlurin, sondern die erste Urinportion beim Wasserlassen) durchgeführt werden, da sich die Erreger im Urin nachweisen lassen. Der Test ist sehr zuverlässig und das Ergebnis liegt meist in wenigen Tagen vor.

Die Chlamydieninfektion wird mit Antibiotika behandelt. Die verwendeten Medikamente sind meist gut verträglich, selten treten Nebenwirkungen wie Erbrechen und Durchfall auf. Wenn man das Medikament in der vorgeschriebenen Weise einnimmt, heilt die Infektion in der Regel folgenlos aus. Wenn schon vor der Behandlung Schäden eingetreten sind, können sie durch die Behandlung allerdings nicht rückgängig gemacht werden.

Was sollte ich bei einem positiven Chlamydientest bedenken?

Wenn bei Ihnen eine Chlamydieninfektion festgestellt wird, muss auch Ihr Partner behandelt werden, da er auch infiziert sein kann. Sonst kann es nach Abschluss Ihrer Behandlung zu einer Neuinfektion durch Ihren Partner kommen. Schützen Sie sich beim Sex mit Kondom, solange die Behandlung – auch Ihres Partners – andauert.

Der Test auf eine Chlamydieninfektion kann Ihnen nicht sagen, wie lange Sie schon infiziert sind. Da häufig auch keine Symptome auftreten, ist es schwierig festzustellen, wann und bei wem man sich möglicherweise angesteckt hat. Eine Infektion bedeutet daher nicht unbedingt, dass ihr Partner fremdgegangen ist.

Bei Bedenken oder Sorgen können Sie mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrer behandelnden

Ärztin sprechen.

Wer erfährt von dem Test?

Außer Ihnen und Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, die Ihnen das Testergebnis mitteilen, erfährt niemand von dem Test. Die Ärzte und ihr Personal unterliegen der Schweigepflicht.

Was kostet der Test auf Chlamydien?

Die Kosten für einen Früherkennungstest bei beschwerdefreien Frauen werden einmal jährlich bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Chlamydieninfektionen und andere durch Sex übertragbare Erkrankungen

Die Chlamydieninfektion ist nur eine von den Krankheiten, die durch Sex übertragen werden können. Einen sicheren Schutz vor einer Ansteckung mit einer solchen Krankheit gibt es nur bei völligem Verzicht auf Sex oder lebenslanger Treue zweier nicht infizierter Partner. Die Wirklichkeit ist aber oft anders, deshalb sollte man sich vor einer möglichen Ansteckung schützen.

Der wichtigste Schutz:

Der Gebrauch von Kondomen vermindert das Risiko einer Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten deutlich. Bitte beachten Sie, dass die Pille nicht vor einer Infektion mit einer sexuell übertragbaren Krankheit schützen kann.

Wo bekomme ich weitere Informationen?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt informiert Sie gern bei weiteren Fragen.

Darüber hinaus bieten die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Internetadresse: [www.bzga.de](http://www.bzga.de)) und andere Organisationen weitere Informationen zum Thema sexuell übertragbare Erkrankungen an.

**Stand:** Oktober 2009

Das Merkblatt ist eine Anlage der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch.

**Herausgeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Wegelystraße 8

10623 Berlin

Telefon: 030/ 27 58 38 – 0

Telefax: 030 / 27 58 38 - 990

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern in Deutschland, in dem seit 2004 auch Patientenvertreter aktiv mitwirken. Entscheidungen des G-BA stehen unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

### **Erstellung:**

Dieses Merkblatt wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Kriterien der evidenzbasierten Patienteneinfor-  
mation entwickelt.

### **Literatur:**

De Carvalho Gomes H, Velasco-Garrido M, Busse R. Screening auf urogenitale Chlamydia trachomatis-Infek-  
tion. DAHTA@DIMDI 2005

Nelson HD, Saha S, Helfand M, 2001: Screening for Chlamydial Infection. Systematic Evidence Review Number  
3. AHRQ Publication No.01 - S003.

Centers for Disease Control and Prevention, 1993. Recommendations for the Prevention and Management of  
Chlamydia trachomatis Infections (update 2001).

Health Council for the Netherlands, 2004. Screening for Chlamydia (Summary).

**Stellungnahme zur Änderung der ESA-RL: Änderung in Abschnitt B gemäß gesetzlicher Änderung zum Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva im Falle von Hinweisen auf sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung**

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)	
17.4.2025	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Der Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, die ärztlich verordnet werden, besteht für Versicherte ohne Altersbeschränkung, wenn Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung vorliegen.</b>	<b>Die DEGAM befürwortet die geplante Änderung sehr und hält sie für praktikabel.  Für die Durchführung ist aus Sicht der DEGAM darauf zu achten, dass flächendeckende Versorgungsmöglichkeiten im Falle von sexuellem Missbrauch oder Vergewaltigung gegeben sind. Dies kann nur unter Einbeziehung der Allgemein- und Familienmedizin geleistet werden.</b>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2025 statt.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	Wir nehmen teil
Wir nehmen nicht teil.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein

**Stellungnahme zur Änderung der ESA-RL: Änderung in Abschnitt B gemäß gesetzlicher Änderung zum Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva im Falle von Hinweisen auf sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung**

Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)	
23.04.2025	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<p><b>Der DHV nimmt Stellung zu folgendem Abschnitt aus dem Dokument „Tragende Gründe“:</b> <i>Es wird geregelt, dass die Kosten für diese nicht verschreibungspflichtigen Notfallkontrazeptiva altersunabhängig durch die gesetzliche Krankenkasse zu tragen sind, wenn ein Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung besteht und dafür eine ärztliche Verordnung vorliegt.</i></p>	<p>Der DHV begrüßt ausdrücklich die Aufhebung der Altersbegrenzung an dieser Stelle.</p> <p>Darüber hinaus unterstützt der DHV die Forderungen nach einer generellen Kostenübernahme von Verhütungsmitteln. Kosten für Verhütungsmitteln werden überproportional von Frauen getragen. Die Entscheidung für Verhütung und für die Art der Verhütung darf keine Kostenfrage sein.</p> <p>Daher spricht sich der DHV für weitergehende Regelungen zur Kostenübernahme von Verhütungsmitteln aus.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutscher Hebammenverband e.V.		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2025 statt.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.</b>	
<b>Wir nehmen nicht teil.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	<b>Wir nehmen nicht teil.</b>



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 24.04.2025

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456-430  
Fax +49 30 400 456-455  
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und  
veranlasste Leistungen

██████████  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL): Änderung in Abschnitt B gemäß gesetzlicher Änderung zum Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva im Falle von Hinweisen auf sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung**

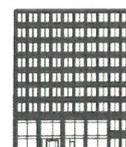
*Ihr Schreiben vom 10.04.2025*

██████████  
vielen Dank für Ihr Schreiben vom 10.04.2025, in welchem der Bundesärztekammer Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung in Abschnitt B gemäß gesetzlicher Änderung zum Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva im Falle von Hinweisen auf sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der  
Bundesärztekammer  
in Berlin

# Wortprotokoll

**einer Anhörung zum Beschlussentwurf des  
Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum  
Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL): Änderung in  
Abschnitt B gemäß gesetzlicher Änderung zum  
Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige  
Notfallkontrazeptiva im Falle von Hinweisen auf  
sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung**

Vom 12. Juni 2025

<b>Vorsitz</b>	Herr Dr. van Treeck
<b>Beginn:</b>	11:00 Uhr
<b>Ende:</b>	11:02 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

## **Teilnehmer der Anhörung**

Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)  
Frau Köbke

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)  
Frau Walter-Haase

Beginn der Anhörung: 11:00 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Willkommen zur Anhörung im Unterausschuss Methodenbewertung! Die erste heutige Anhörung erfolgt zur ESA-Richtlinie, Änderung Abschnitt B gemäß gesetzlicher Änderung zum Anspruch auf nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva im Falle von Hinweisen auf sexuellen Missbrauch oder eine Vergewaltigung.

Ich schaue jetzt zunächst, ob die gemeldeten Teilnehmer anwesend sind, und werde sie namentlich aufrufen. Wenn Sie dann da sind, werde ich Ihnen auch einige Hinweise zu der Anhörung selbst geben.

Zunächst die Frage: Frau Köbke vom Deutschen Hebammenverband, sind Sie da? Dann sagen Sie „Ja“. Noch höre ich nichts. Sehen wir sie? – Nein, Frau Köbke ist nicht da. Dann frage ich jetzt nach der Vertreterin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Frau Kristin Walter-Haase, sind Sie da?

**Frau Walter-Haase (DEGAM):** Ja, ich bin da.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Sehr schön. Gut, dann sage ich Ihnen jetzt etwas, wie diese Anhörung erfolgt: Es wird ein Wortprotokoll erstellt. Dieses Wortprotokoll wird veröffentlicht. Gut, das mit Namen und Institution erübrigt sich an dieser Stelle.

Wenn Sie kurz noch mal vortragen wollen, was die zentralen Punkte Ihrer Stellungnahme sind, wäre das gut. Die Stellungnahme ist natürlich hier bekannt. Ich muss erst mal gucken, dass ich den Singular nehme, weil ich eigentlich sonst mehrere anspreche. Und danach hat der Unterausschuss, der die Stellungnahmen kennt, die Möglichkeit, Ihnen noch Fragen zu stellen. Sie haben das Wort.

**Frau Walter-Haase (DEGAM):** Okay. Auch voll gut, dass ich die Einzige bin. Okay.

Ja, hallo, schönen guten Tag! Eigentlich ist unsere Stellungnahme ja recht knapp gewesen. Wir unterstützen, dass das so durchgeführt wird, und weisen nur darauf hin, dass auch eine großflächige niederschwellige Möglichkeit da sein muss, dass das auch so gegeben ist. Und wir sehen das schon, dass das auch bei uns in der Allgemein- und Familienmedizin mit gegeben sein muss. – Das ist dann schon die Stellungnahme.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Wunderbar, vielen Dank. – Hat der Unterausschuss Fragen an Sie? – Das ist nicht der Fall. Dann danke ich Ihnen für Ihre Teilnahme. Frau Köbke ist immer noch nicht da.

**Frau Dr. Pfenning (G-BA):** Dann sehen wir uns gleich wieder, in der nächsten Anhörung, auch Frau Haase.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Ach so, Frau Haase, ja, aber Sie kann nicht drinbleiben, weil wir noch mal einen neuen Link haben. Frau Haase, Sie müssen jetzt kurz raus- und dann wieder reingehen und dann starten wir mit der weiteren Anhörung.

**Frau Walter-Haase (DEGAM):** Alles klar, okay, bis gleich.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Danke.

Schluss der Anhörung: 11:02 Uhr

# Beschlussentwurf

## des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt D Nummer 5

Vom TT. Monat 2025

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat in seiner Sitzung am TT. Monat 2025 beschlossen, die Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BANz Nr. 60a vom 27. März 1986), die zuletzt durch die Bekanntmachung des Beschlusses vom 20. Juni 2019 (BANz AT 19.07.2019 B2) geändert worden ist, wie folgt zu ändern:

- I. Abschnitt D Nummer 5 wird wie folgt geändert:
  1. Nach Satz 2 wird der folgende Satz eingefügt:

„Ergänzend zu Satz 1 und 2 kommen für ambulant durchgeführte operative Schwangerschaftsabbrüche nur Einrichtungen in Betracht, die als an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende die gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) vom 28. November 2011 und solche, die als Krankenhaus die gemäß § 13 des Vertrages nach § 115b Absatz 1 SGB V - Ambulantes Operieren, sonstige stationsersetzende Eingriffe und stationsersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) vom 18. Dezember 2024 gestellten Anforderungen erfüllen.“
  2. Der bisherige Satz 4 wird gestrichen.
  3. Folgende Sätze werden nach dem neuen Satz 5 eingefügt:

„Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, die Verweise auf die in diesem Abschnitt D Nummer 5 in Bezug genommenen Verträge und Vereinbarungen zu aktualisieren, soweit dadurch der wesentliche Inhalt der ESA-RL an dieser Stelle nicht verändert wird.

Die Anforderungen an die Einrichtungen zur ärztlichen Vornahme eines Abbruchs i. S. d. § 218a Absatz 1 i.V.m. § 24b Absatz 4 SGB V sind nicht Gegenstand dieses Abschnitts.“
- II. Die Änderungen der Richtlinie treten am Tag nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.
- III. Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des G-BA unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de) veröffentlicht.

Berlin, den TT. Monat 2025

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

# Tragende Gründe

zum Beschlusssentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der Richtlinie zur Empfängnisregelung  
und zum Schwangerschaftsabbruch: Änderung in Abschnitt D  
Nummer 5

Vom TT. Monat 2025

## Inhalt

1.	Rechtsgrundlage.....	2
2.	Eckpunkte der Entscheidung.....	2
3.	Abschnitt D Nummer 5 der ESA-RL.....	2
4.	Stellungnahmeverfahren.....	4
5.	Bürokratiekostenermittlung.....	4
6.	Verfahrensablauf.....	4
7.	Anlage.....	5

## **1. Rechtsgrundlage**

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) beschließt die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der gesetzlich Versicherten.

Die vom G-BA gemäß § 92 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit den §§ 24a und b SGB V beschlossene Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL) dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten im Rahmen der Empfängnisregelung/Empfängnisverhütung, der Sterilisation und des Schwangerschaftsabbruchs.

Der G-BA soll überprüfen, welche Auswirkungen seine Entscheidungen haben und begründeten Hinweisen nachgehen, die eine Anpassung seiner Richtlinien erfordern (siehe 1. Kapitel § 7 Absatz 4 der Verfahrensordnung des G-BA [VerfO]).

## **2. Eckpunkte der Entscheidung**

Mit dem Beschluss werden die strukturellen Anforderungen an Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, geändert und für operative und medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche differenziert ausgestaltet.

Die ESA-RL regelt in Abschnitt D Nummer 5 die personellen und sachlichen Voraussetzungen, die Einrichtungen erfüllen müssen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Nach Hinweisen aus der Versorgung hat sich ergeben, dass die ESA-RL insbesondere hinsichtlich dieser Anforderungen bei der Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs zu überprüfen sei. Der für die ESA-RL zuständige Unterausschuss Methodenbewertung (UA MB) hat die Abteilung Fachberatung Medizin (Abt. FBMed) der Geschäftsstelle des G-BA beauftragt, entsprechende Literatur zusammenzufassen und in einer Stellungnahme aufzubereiten (siehe Anlage 1). Am 15. August 2024 wurde das Beratungsverfahren gemäß 1. Kapitel § 5 VerfO zur Überprüfung der ESA-RL im Abschnitt D eingeleitet und eine Verfahrensplanung abgestimmt.

## **3. Abschnitt D Nummer 5 der ESA-RL**

Gemäß der ESA-RL gilt bisher und weiterhin für alle Einrichtungen, in welchen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen werden, dass diese den notwendigen personellen und sachlichen Anforderungen – auch zur Beherrschung von Notsituationen genügen. Eine ausreichende ärztliche Überwachung und Nachbehandlung der Frau nach dem Eingriff muss gewährleistet sein (§ 13 Absatz 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz [SchKG]).

Mit dem gegenständlichen Beschluss werden folgende Änderungen in der ESA-RL im Abschnitt D Nummer 5 vorgenommen:

### **a. Änderung der strukturellen Anforderung an die Einrichtung**

Die strukturellen Anforderungen an Einrichtungen die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen werden für operative und medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche differenziert ausgestaltet und die jeweils geltenden Qualitätsanforderungen für operative Schwangerschaftsabbrüche für stationäre Einrichtungen und für den niedergelassenen

vertragsärztlichen Bereich in der Richtlinie entsprechend den folgenden dazu bestehenden Verträgen und Vereinbarungen ausgeführt.

Für ambulant durchgeführte operative Schwangerschaftsabbrüche kommen danach nur Einrichtungen in Betracht, die als an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende die gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) vom 28. November 2011 und solche, die als Krankenhaus die gemäß § 13 des Vertrages nach § 115b Absatz 1 SGB V - Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) vom 18. Dezember 2024 gestellten Anforderungen erfüllen.

Der in Bezug genommene Vertrag gemäß § 115b Absatz 1 SGB V dient dazu, einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen, sonstiger stationersetzender Eingriffe und stationersetzender Behandlungen im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen. In § 13 „Qualitätssicherung“ wird ausgeführt, dass Leistungen des Katalogs gemäß § 115b SGB V, für die Qualitätssicherungsmaßnahmen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 135 SGB V existieren, auch unter den gleichen Maßgaben von den Krankenhäusern zu erbringen sind.

Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch werden dagegen keine vergleichbaren strukturellen Anforderungen gestellt. Es wird dabei berücksichtigt, dass beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch regelmäßig keine Notwendigkeit für eine operative Intervention besteht und dass der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch mittlerweile ein sicheres Standardverfahren in der ambulanten Versorgung ist.

Bei der Aufnahme des medikamentösen Verfahrens zum Schwangerschaftsabbruch in die ESA-RL im Jahr 2003 (vgl. Beschluss vom 24.3.2003, in Kraft getreten am 12.7.2003, BAnz. Nr. 126 (S. 14 907)) lagen keine Erfahrungen mit dieser Art des Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland vor. Es wurde davon ausgegangen, dass die Betreuung der betroffenen Patientin den gleichen Aufwand erforderlich machen könnte wie der operative Schwangerschaftsabbruch.

Neben internationalen Erfahrungen, Studien und Leitlinien zur Sicherheit und Zuverlässigkeit des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs liegt auch eine deutsche S2k-Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon“ vor<sup>1</sup>. In der Gesamtschau zeigen die Leitlinienempfehlungen, dass für die Durchführung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen mit für diese zugelassenen Arzneimitteln keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen erforderlich sind (vgl. Rechercheergebnisse Abt. FB Med G-BA, Anhang 1).

Die Wahl der Methode für einen Schwangerschaftsabbruch ist – bis auf wenige medizinisch begründete Ausnahmefälle – bis zur 9. Woche p. m. eine persönliche Entscheidung der Frau, die nach ausführlicher ärztlicher Beratung getroffen wird.

Für eine freie Wahl zwischen den Methoden ist von zentraler Bedeutung, dass es ein dichtes Netz an Einrichtungen gibt, die Schwangerschaftsabbrüche medikamentös und/oder operativ durchführen. Die Anpassung der Anforderungen, die für Einrichtungen gelten sollen, die ausschließlich medikamentöse Abbrüche vornehmen, trägt somit auch zu einem besseren und flächendeckenden Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen und zur Versorgungssicherheit bei.

---

1 Abortion in the first Trimester. Guideline of the DGGG (S2k-Level, AWMF Registry No. 015/094, May 2022). [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094I\\_S2k\\_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon\\_2023-01.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094I_S2k_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon_2023-01.pdf)

## **b. Delegation bei erforderlichen formalen Anpassungen der Verweise auf die genannten Verträge und Vereinbarungen in Abschnitt D Nummer 5**

Mit der Aufnahme eines Delegationsbeschlusses an den zuständigen UA MB in Abschnitt D Nummer 5 ESA-RL sollen die in diesem Abschnitt in Bezug genommenen Paragraphen der entsprechenden Vereinbarungen und Verträge bei deren Aktualisierung, die sodann eine rein formale Aktualisierung des statischen Verweises in der ESA-RL an hiesiger Stelle erfordern, auf zuständiger Unterausschussebene angepasst werden können. Die Maßnahme dient der Verfahrenseffizienz. Dabei werden die verfahrensrechtlichen Vorgaben des § 3 Absatz 2 GO und des 1. Kap. § 4 Absatz 2 VerfO beachtet; eine Delegation ist insoweit nur möglich, sofern nicht der Kerngehalt der Richtlinie berührt wird, wesentliche Entscheidungen verbleiben beim Plenum als Beschlussgremium des G-BA.

## **c. Klarstellung des Regelungsumfangs der ESA-RL**

Mit der Aufnahme eines neuen fünften Absatzes in Abschnitt D Nummer 5 ESA-RL erfolgt ein Hinweis auf den Regelungsumfang der Richtlinie.

Die Anforderungen an die Einrichtungen zur ärztlichen Vornahme eines Abbruchs i. S. d. § 218a Absatz 1 StGB i.V.m. § 24b Absatz 4 SGB V sind nicht Gegenstand dieses Abschnitts.

## **4. Stellungnahmeverfahren**

Der zuständige UA MB hat am 27. Februar 2025 die Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß § 91 Absatz 5 und § 92 Absatz 1b, 7d SGB V beschlossen. Am TT. Monat 2025 wurde das Stellungnahmeverfahren mit einer Frist bis zum TT. Monat 2025 eingeleitet.

### **Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Absatz 5 SGB V**

*[wird nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens ergänzt]*

### **Stellungnahmen der Organisationen der Hebammen gemäß § 92 Absatz 1b SGB V**

*[wird nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens ergänzt]*

### **Stellungnahmen gemäß § 92 Absatz 7d SGB V**

*[wird nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens ergänzt]*

### **Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen**

*[wird nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens ergänzt]*

## **5. Bürokratiekostenermittlung**

*[wird nach Abschluss des Stellungnahmeverfahrens ergänzt]*

## **6. Verfahrensablauf**

<b>Datum</b>	<b>Gremium</b>	<b>Beratungsgegenstand/Verfahrensschritt</b>
25.01.2024	UA MB	Beauftragung der AG Familienplanung mit der Prüfung ob ein Beratungsverfahren eingeleitet werden sollte

25.07.2024	UA MB	Empfehlung zur Einleitung eines Beratungsverfahrens
15.08.2024	Plenum	Einleitung des Beratungsverfahrens
27.02.2025	UA MB	Vorlage der Beschlussempfehlung, Festlegung der am Stellungnahmeverfahren zu beteiligenden Fachgesellschaften und Einleitung des Stellungnahmeverfahrens gemäß §§ 91 Absatz 5 sowie 92 Absatz 1b, 7d SGB V
TT.MM.2025	UA MB	Mündliche Anhörung, Würdigung der schriftlichen und mündlichen Stellungnahmen, Abschluss der vorbereitenden Beratungen, Beschlussempfehlung
TT.MM.2025	Plenum	Beschlussfassung

Berlin, den T. Monat JJJJ

Gemeinsamer Bundesausschuss  
gemäß § 91 SGB V  
Der Vorsitzende

Prof. Hecken

## 7. Anlage

Anlage 1: Stellungnahme Abt. FBMed: Aufbereitung ausgewählter Literatur zu strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche bis zum bis zum 63. Tag der Amenorrhoe, Stand: 05.07.2024

# Stellungnahme

Abteilung Fachberatung Medizin



Gemeinsamer  
Bundesausschuss

## **Aufbereitung ausgewählter Literatur zu strukturellen Voraussetzungen für die Durchführung medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche bis zum bis zum 63. Tag der Amenorrhoe**

Auftrag / Anfrage von: [REDACTED] (Abteilung MVL)

Bearbeitet von: Fachberatung Medizin

Datum: 5. Juli 2024

Letzte Aktualisierung: 5. Juli 2024

Dateiname: Strukturelle\_Voraussetzung\_mSA\_final.docx

## Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis .....	3
Abbildungsverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	3
1 Sachverhalt .....	4
2 Hintergrund .....	5
2.1 Indikation .....	5
2.2 Methode .....	5
2.3 Schwangerschaftsabbruchraten in Deutschland .....	6
3 Methodisches Vorgehen.....	8
4 Ergebnisse: Übersicht der Dokumente.....	9
4.1 Vorgaben der Medikamente und Bedarf der Schwangeren.....	9
4.1.1 Vorgaben Mifepriston (Mifegyne®) .....	9
4.1.2 Vorgaben Misoprostol (MisoOne®) .....	12
4.1.3 Bedarf der Schwangeren .....	16
4.2 Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien zu strukturellen Voraussetzungen .....	19
4.3 Pilotprojekt: telemedizinisch begleiteter, medikamentöser Schwangerschaftsabbruch .....	28
4.4 Regelungen in anderen europäischen Ländern.....	29
5 Zusammenfassung / Diskussion .....	31
5.1 Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch bis zum 63. Tag p.m. ....	31
5.2 Strukturelle Voraussetzungen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in anderen europäischen Ländern .....	31
5.3 Fazit.....	32
Referenzen .....	33

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Relevante Angaben und Vorgaben aus der Fachinformation zu Mifegyne® 600 mg....	9
Tabelle 2: Relevante Angaben und Vorgaben aus der Fachinformation zu MisoOne® 400 Mikrogramm. ....	12
Tabelle 3: Übersicht der Empfehlungen bzw. wesentlichen Aussagen von zwei Leitlinien. ....	20
Tabelle 4: Strukturelle Voraussetzungen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in anderen europäischen Ländern.....	29

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Schwangerschaftsabbrüche (Anzahl und je 10000 Frauen bzw. je 1000 Lebendgeborene) über die Jahre 2000 bis 2021 in Deutschland (aus [16]).....	6
Abbildung 2: Langzeittrend angewandter Methoden zum Schwangerschaftsabbruch (Anzahl Schwangerschaftsabbrüche über die Jahre 2000 bis 2022 in Deutschland (aus [11]). .	7
Abbildung 3: Konzeptioneller Rahmen der WHO Leitlinie zur Betreuung von Schwangerschaftsabbrüchen.....	17

## Abkürzungsverzeichnis

AG	Arbeitsgruppe
BVF	Berufsverbandes der Frauenärzte
DGGG	Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
ESA-RL	Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
RKI	Robert-Koch-Institut
SGGG	Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
StGB	Strafgesetzbuch
SSW	Schwangerschaftswoche
SUE	Schwerwiegende/s unerwünschte/s Ereignis/se
UA MB	Unterausschuss Methodenbewertung
UE	Unerwünschte/s Ereignis/se
WHO	Weltgesundheitsorganisation

# 1 Sachverhalt

In der Sitzung des UA MB am 25. Januar 2024 wurde über eine mögliche Überarbeitung der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL) [10] beraten. Ausgangspunkt war ein Schreiben des Berufsverbandes der Frauenärzte (BVF) an den G-BA vom 5. September 2023 [2], wonach die ESA-RL insbesondere im Abschnitt D „Schwangerschaftsabbruch“ in Nummer 5 „Einrichtungen“ und weiteren Punkten zu überprüfen sei.

Im o.g. Abschnitt werden die für den Schwangerschaftsabbruch in Einrichtungen geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen seit dem 10. Dezember 1985 bestimmt. Seinerzeit gab es als Methode nur das operative Verfahren in einer nach Schwangerschaftskonfliktgesetz anerkannten Einrichtung, sodass Abschnitt D Nummer 5 entsprechend der damaligen Versorgungssituation in der Richtlinie normiert und mit Beschluss vom 13. Juni 1994 um die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren ergänzt wurde.

Die Aufnahme des medikamentösen Verfahrens zum Schwangerschaftsabbruch erfolgte am 24. März 2003 wegen der fehlenden Erfahrungen mit dieser Methode in Deutschland ohne hinsichtlich der geforderten Qualitätssicherungsmaßnahmen zwischen operativem und medikamentösem Verfahren zu differenzieren.

Die AG Familienplanung hat das Thema beraten und kam zu dem Ergebnis, dass Überarbeitungsbedarf an der ESA-RL besteht und hat die entsprechenden Beschlussunterlagen zur Einleitung eines Beratungsverfahrens zur „Prüfung des Abschnitts D Nummer 5 der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch“ vorbereitet mit dem Fokus auf den strukturellen Voraussetzungen für die durchführenden Einrichtungen. Unter medikamentösem Schwangerschaftsabbruch wird dabei der Abbruch bis zum bis zum 63. Tag der Amenorrhoe verstanden, d.h. die Überarbeitung der ESA-Richtlinie betrifft ausschließlich die frühe Schwangerschaft.

Im Laufe der Beratungen hat die AG Familienplanung verschiedene Unterlagen bzw. Literatur diskutiert. Die Fachberatung Medizin wurde daraufhin beauftragt, die vorliegenden Dokumente zusammenzufassen und in einer Stellungnahme aufzubereiten – ohne eine umfassende Evidenzrecherche durchzuführen.

## 2 Hintergrund

Der Überarbeitungsbedarf der ESA-RL [10] betrifft die strukturellen Voraussetzungen, die für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch bis zum 63. Tag der Amenorrhoe (entspricht Schwangerschaftswoche (SSW) 9+0 post menstruationem (p.m.)) vorausgesetzt werden sollten.

### 2.1 Indikation

Dementsprechend betrifft die Indikation schwangere Frauen, die einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchführen wollen. Die Indikation kann durch folgende drei Fallkonstellationen gegeben sein:

- die sog. Beratungsregelung (§ 218a Abs. 1 StGB)
- die kriminologische Indikation (§ 218a Abs. 3 StGB) und
- die medizinische Indikation (§ 218a Abs. 2 StGB).

Für die Beratungsregelung und die kriminologische Indikation gilt in der Regel, dass seit der Empfängnis nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sein sollten. Bei der medizinischen Indikation ist auch ein späterer Zeitpunkt für den Schwangerschaftsabbruch möglich.

### 2.2 Methode

Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch bis zum 63. Tag p.m. werden in der Regel zwei Medikamente in Form von Tabletten eingesetzt: Mifepriston (Mifegyne®) [14] und das Prostaglandinanalogen Misoprostol (z.B. MisoOne®) [15]. Während Mifepriston (Mifegyne®) in Deutschland entsprechend dem Anwendungsgebiet bis zum 63. Tag der Amenorrhoe eingesetzt werden darf, ist die Zulassung von Misoprostol (MisoOne®) bis zum 49. Tag der Amenorrhoe (entspricht SSW 7+0 p.m.) eingeschränkt. Ein möglicher Einsatz nach dem zugelassenen Zeitraum erfolgt im Off-Label-Use [9].

Mifepriston hemmt Progesteron und stoppt die Schwangerschaftsentwicklung, indem die Ablösung der Gebärmutterschleimhaut ausgelöst wird und sich der Muttermund öffnet. Zudem wird die Gebärmutter empfänglicher für das zweite Medikament Prostaglandin (verzögerte Einnahme), welches Uteruskontraktionen auslöst und zu Blutungen führt, wodurch die Gebärmutterschleimhaut abgestoßen und die Schwangerschaft beendet wird [4].

Der Abbruch erfolgt in drei Schritten:

1. Voruntersuchung und Einnahme von Mifepriston unter ärztlicher Aufsicht.
2. Einnahme von Prostaglandin nach 36 bis 48 Stunden, das die Blutung auslöst.
3. Nachuntersuchung nach ein bis zwei Wochen, um sicherzustellen, dass die Schwangerschaft beendet ist.

Der Abbruch kann ambulant in einer Klinik oder Arztpraxis durchgeführt werden. Nach dem Abbruch können Blutungen bis zu 12 Tage andauern. Komplikationen sind selten, und der medikamentöse Abbruch hat keine Auswirkungen auf die Fruchtbarkeit [4].

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch kann mit ärztlicher Begleitung per Videochat und Telefon, unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und des Zeitpunkts für den Schwangerschaftsabbruch auch zu Hause durchgeführt werden.

Es ist wichtig, mögliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten zu beachten und bestimmte Kontraindikationen zu berücksichtigen, wie chronisches Nierenversagen oder bekannte Allergien gegen die Wirkstoffe.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch ist in etwa 95 Prozent der Fälle sofort erfolgreich. Er erfolgt über mehrere Tage und kann für manche Frauen eine bewusstere und möglicherweise emotional belastendere Erfahrung gegenüber einer Operation mit einer Vollnarkose darstellen. Beispielsweise kann beim abgehenden Schwangerschaftsgewebe ab der 8. bzw. 9. SSW ein Embryo erkennbar sein. Komplikationen treten beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch selten auf (näheres zu Komplikationen und Nebenwirkungen findet sich in Abschnitt 4) [4,5,9].

## 2.3 Schwangerschaftsabbruchsraten in Deutschland

Die Statistik zur Häufigkeit der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland wird vom Statistischen Bundesamt vierteljährlich durchgeführt. Eine zuverlässige Erfassung der Schwangerschaftsabbrüche ist möglich, da Meldestellen (Kliniken und ärztliche Praxen), in denen Schwangerschaftsabbrüche stattfinden, auskunftspflichtig sind. In einer Publikation des Robert-Koch-Instituts (RKI) wurden die Daten des statistischen Bundesamtes zu den Raten der Schwangerschaftsabbrüche über die Jahre 2000 bis 2021 aufbereitet [16]. Die Raten sind der Publikation entnommen und in Abbildung 1 dargestellt.

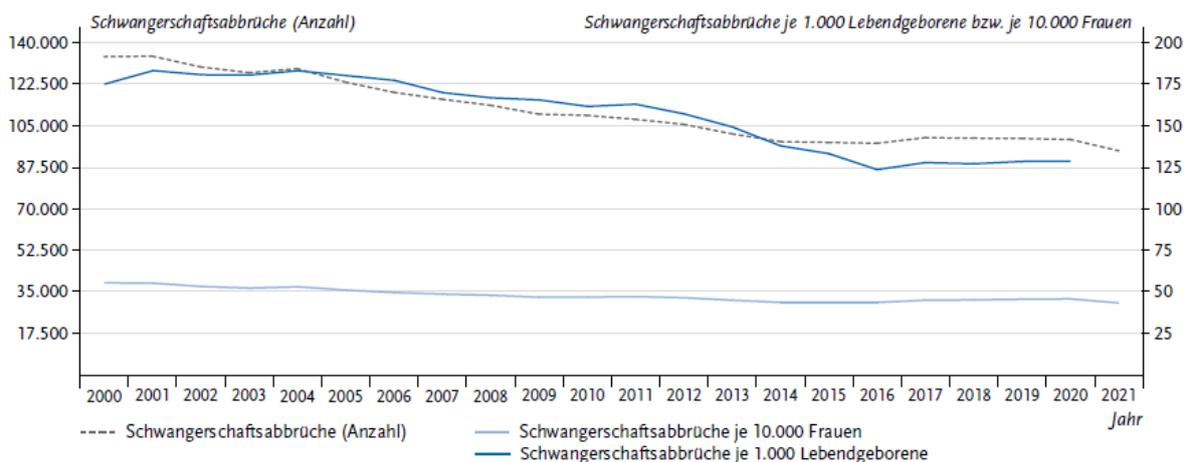


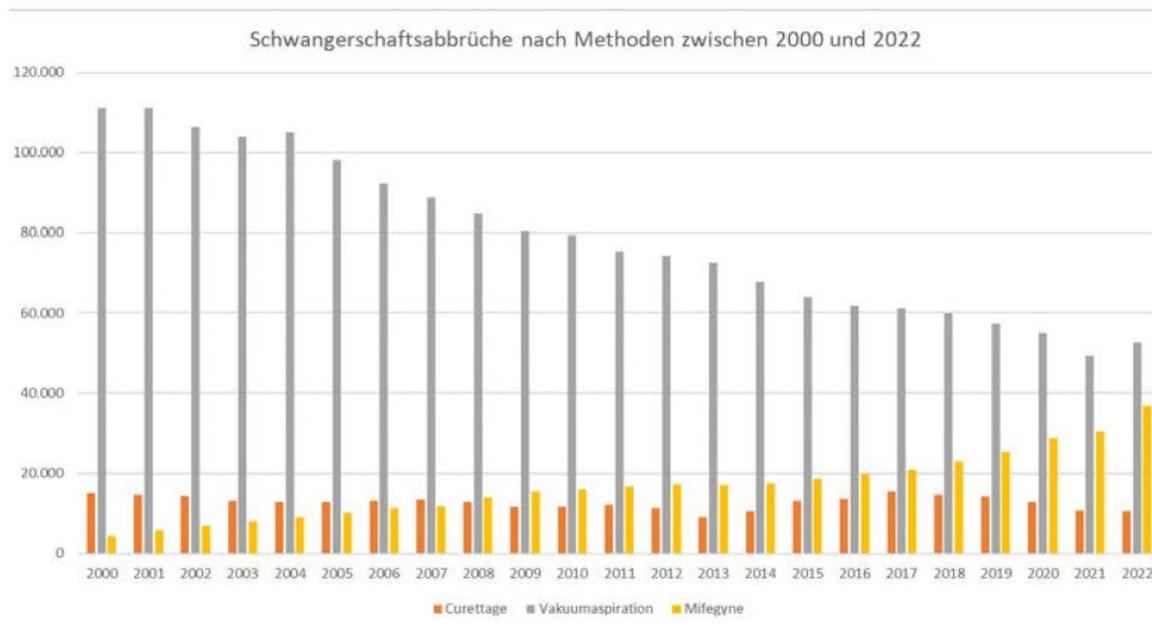
Abbildung 1: Schwangerschaftsabbrüche (Anzahl und je 10000 Frauen bzw. je 1000 Lebendgeborene) über die Jahre 2000 bis 2021 in Deutschland (aus [16]).

Dabei wurden die Schwangerschaftsabbrüche fast ausschließlich ambulant durchgeführt: 81 % der Eingriffe fanden in gynäkologischen Praxen oder OP-Zentren, 16 % fanden ambulant im Krankenhaus und 3 % fanden stationär statt (bezogen auf das Jahr 2021). Dabei wurde als Methode überwiegend die Vakuumaspiration (52 %) eingesetzt. Am zweithäufigsten wurde als Methode der medikamentöse Abbruch durch Mifepriston (32 %) durchgeführt. Der medikamentöse Abbruch mit Mifepriston wird seit dem Jahr 2000 in der Statistik dargestellt, damals betrug der Anteil 3 %, bis zum Jahr 2019 stieg der Anteil auf 25 % (vor der Corona-Pandemie) und die aktuellsten Zahlen setzten den ansteigenden Trend fort, denn im Jahr 2022 betrug der Anteil 35 % (36.729 medikamentöse Abbrüche von 103.927 Abbrüchen insgesamt, [19]). Der Langzeittrend angewandter Methoden zum Schwangerschaftsabbruch sind in Abbildung 2 dargestellt [11].

Der Anteil an medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen variiert zwischen verschiedenen Ländern deutlich. Gemäß dem RKI-Artikel [16] hatte die Schweiz 2020 einen Anteil von 79 %

an medikamentösen Abbrüchen von allen Schwangerschaftsabbrüchen, während Schweden einen Anteil von 96 % (Schwangerschaftsabbrüche vor der 9. Woche) hatte und in Frankreich betrug der Anteil 2019 70 %. In den meisten Ländern überwiegen medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche in frühen Schwangerschaftswochen, während zwischen der 9. und 13. SSW der Anteil operativen Eingriffe zunimmt [9].

Im Jahre 2021 machte ein Schwangerschaftsabbruch durch die Beratungsregelung den Großteil der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche aus (95,8 %). Im Gegensatz dazu machten die beiden anderen Indikationen (kriminologische 0,05 % und medizinische Indikation 4,1 %) nur einen kleinen Teil der Schwangerschaftsabbrüche aus [16]. Die Kosten für den Schwangerschaftsabbruch werden von der gesetzlichen Krankenkasse im Fall der kriminologischen und medizinischen Indikation übernommen [3].



*Abbildung 2: Langzeittrend angewandter Methoden zum Schwangerschaftsabbruch (Anzahl Schwangerschaftsabbrüche über die Jahre 2000 bis 2022 in Deutschland (aus [11])).*

### 3 Methodisches Vorgehen

In dieser Stellungnahme werden die ausgewählten Beratungsunterlagen zusammengefasst und aufbereitet, die im Rahmen der AG Familienplanung beraten wurden. Eine Recherche oder methodische Bewertung der Unterlagen ist nicht Gegenstand dieser Stellungnahme.

Im Rahmen der AG Beratungen wurden u.a. folgende Dokumente diskutiert:

- „Abortion care guideline“ der World Health Organisation (WHO 2022) [20]
- Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG 2022) [5]
- Fachinformation von Mifegyne® 600 mg Tabletten [14]
- Fachinformation von MisoOne® 400 Mikrogramm Tabletten [15]
- Informationen zum Zugang zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in fünf europäischen Ländern [6,18]
- Literatur aus dem Pilotprojekt »Schwangerschaftsabbruch Zuhause« (siehe 4.3) [1,7,8,12]

Darüber hinaus wurde ergänzende Literatur identifiziert, die zur besseren Verständlichkeit mit in diese Stellungnahme eingegangen ist. Die betrifft folgende Dokumente:

- Publikation des RKI: „Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland: aktuelle Daten aus der Schwangerschaftsabbruchstatistik“ [16]
- Aktuellste Destatis Statistik zu Schwangerschaftsabbrüchen, 2022 [19]
- Hintergrundinformationen aus verschiedenen Quellen [3,9,11,13]

## 4 Ergebnisse: Übersicht der Dokumente

### 4.1 Vorgaben der Medikamente und Bedarf der Schwangeren

Zum einen sollen in diesem Abschnitt die Vorgaben der beiden Medikamente dargestellt werden und zum anderen soll auf den Bedarf von Schwangeren eingegangen werden, die sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben. Es soll dabei um die möglichen Nebenwirkungen der beiden Medikamente gehen und damit verbunden der Bedarf an medizinischer Unterstützung.

#### 4.1.1 Vorgaben Mifepriston (Mifegyne®)

Die hier relevanten Informationen der Fachinformation von Mifegyne® 600 mg Tabletten [14] finden sich in folgender Tabelle 1. Die Texte sind wörtlich aus der Fachinformation übernommen.

Tabelle 1: Relevante Angaben und Vorgaben aus der Fachinformation zu Mifegyne® 600 mg.

Bereich	Ausführungen aus der Fachinformation zu Mifegyne® 600 mg
klinische Angaben	Zum Abbruch einer Schwangerschaft dürfen Mifegyne und das Prostaglandin nur in Übereinstimmung mit den aktuell gültigen Gesetzen und Bestimmungen verschrieben und verabreicht werden, insbesondere nach § 47a Arzneimittelgesetz, den Regelungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und des Strafgesetzbuches (§§ 218 ff. StGB). Daher dürfen diese Arzneimittel ausschließlich von Ärzten verordnet werden, die in einem staatlichen oder privaten Krankenhaus oder Zentrum/einer Praxis (berechtigt nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen) tätig sind. Diese Arzneimittel müssen unter Aufsicht eines Arztes oder von diesem ermächtigtes medizinisches Fachpersonal angewendet werden. Die Patientin bestätigt mit der Unterzeichnung einer schriftlichen Einverständniserklärung, dass sie über die Methoden und ihre Risiken ausführlich informiert wurde. Zum Zeitpunkt des ersten Arztbesuches sollte berücksichtigt werden, dass eine Bedenkzeit vor der Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs gefordert wird.
Anwendungsgebiete	<b>1-Medikamentöser Abbruch einer frühen intrauterinen Schwangerschaft.</b> Bei anschließender Verwendung mit einem Prostaglandinanalogen, bis zum 63. Tag der Amenorrhoe (siehe Abschnitt 4.2).
Warnhinweise	Im Zusammenhang mit Mifepriston wurden schwere arzneimittelinduzierte Hautreaktionen, einschließlich toxisch epidermaler Nekrolyse und akuter generalisierter exanthematischer Pustulose, berichtet (siehe Abschnitt 4.8). Bei Patientinnen mit schweren Hautreaktionen sollte die Behandlung mit Mifepriston sofort abgebrochen werden. Eine erneute Behandlung mit Mifepriston wird nicht empfohlen.
Mit dem Verfahren verbundene Risiken	<b>Misserfolge</b> Das nicht vernachlässigbare Risiko einer fortbestehenden Schwangerschaft besteht in 1,3 bis 7,5 % der Fälle und macht den Kontrolltermin unverzichtbar, um zu überprüfen, ob die Austreibung vollständig erfolgt ist. Im seltenen Fall

einer unvollständigen Austreibung kann ein Abbruch nach einer anderen Methode notwendig sein. Die Wirksamkeit der Methode sinkt mit der Parität und folglich mit steigendem Alter der Frau.

### **Blutungen**

Die Patientin muss über das Auftreten längerer und möglicherweise starker vaginaler Blutungen (durchschnittlich etwa 12 Tage oder länger nach der Einnahme von Mifepriston) aufgeklärt werden. Blutungen treten in fast allen Fällen auf und sind nicht immer ein Beweis für eine vollständige Austreibung. Die Blutungen können sehr schnell nach der Einnahme von Misoprostol auftreten, in einigen Fällen aber auch erst später:

- In 60 % der Fälle tritt die Austreibung innerhalb von 4 Stunden nach Verabreichung von Misoprostol ein.
- Bei den restlichen 40 % der Fälle tritt die Austreibung innerhalb von 24 bis 72 Stunden nach Verabreichung von Misoprostol ein.

In seltenen Fällen kann die Austreibung schon vor Verabreichung des Prostaglandinanalogs eintreten (etwa 3 % der Fälle). Dies schließt den Kontrolltermin jedoch nicht aus, bei dem die vollständige Austreibung und Leere des Uterus überprüft wird. Die Patientin sollte angehalten werden, keine weiten Reisen zu unternehmen, solange die vollständige Austreibung nicht nachgewiesen wurde. Sie erhält präzise Anweisungen, wen sie kontaktieren sollte und wohin sie bei Auftreten irgendwelcher Probleme, insbesondere bei sehr starken vaginalen Blutungen, gehen sollte. Dies sind Blutungen, die länger als 12 Tage andauern und/oder stärker als die üblichen Menstruationsblutungen sind.

*Innerhalb eines Zeitraums von 14 bis 21 Tagen nach Einnahme von Mifepriston muss ein Kontrolltermin wahrgenommen werden, bei dem mit geeigneten Mitteln (klinische Untersuchung zusammen mit Bestimmung von Beta-hCG oder Ultraschallscan) verifiziert wird, ob die Austreibung abgeschlossen ist und die vaginale Blutung aufgehört hat. Bei einer persistierenden Blutung (selbst in leichter Form), auch nach dem Kontrolltermin, muss deren Stillstand innerhalb einiger Tage überprüft werden. Wenn eine weiterbestehende Schwangerschaft vermutet wird, kann eine weitere Ultraschalluntersuchung erforderlich sein.*

Das Fortbestehen der vaginalen Blutung zu diesem Zeitpunkt könnte einen unvollständigen Abgang oder eine unbemerkte ektopische Schwangerschaft anzeigen, und es muss eine geeignete Therapie erwogen werden. Da eine starke Blutung, die eine hämostatische Kürettage erfordert, in 0 bis 1,4 % der Fälle während des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs auftritt, muss besonders sorgfältig auf Patientinnen mit Blutgerinnungsstörungen und verminderter Gerinnbarkeit oder mit Anämie geachtet werden. Die Entscheidung zur Anwendung des medikamentösen oder chirurgischen Verfahrens sollte zusammen mit den behandelnden Fachärzten je nach Typ der Blutgerinnungsstörung und dem Grad der Anämie getroffen werden.

Bei einer nach dem Kontrolltermin diagnostizierten weiterbestehenden Schwangerschaft wird der Patientin der Abbruch durch eine andere Methode vorgeschlagen.

	<p><b>Infektion</b> Schwere (einschließlich tödlicher) Fälle eines toxischen oder septischen Schocksyndroms infolge einer Infektion mit atypischen pathogenen Keimen (Clostridium sordellii oder Escherichia coli) wurden nach Schwangerschaftsabbrüchen mit 200 mg Mifepriston gefolgt von einer nicht zugelassenen vaginalen oder bukkalen Applikation von Misoprostol-Tabletten berichtet. Ärzte sollten sich dieser potenziell tödlichen Komplikation bewusst sein.</p>
<p>Nebenwirkungen <sup>1)</sup></p>	<p><b>Infektionen und parasitäre Erkrankungen</b> Häufig: • Infektionen infolge von Schwangerschaftsabbrüchen. Unklare und bestätigte Infektionen (Endometritis, Beckenentzündungen) wurden bei weniger als 5 % der Frauen berichtet. Sehr selten: • Sehr seltene Fälle eines schweren oder tödlichen toxischen oder septischen Schocksyndroms (verursacht durch Clostridium sordellii oder Escherichia coli), die mit oder ohne Fieber oder anderen offensichtlichen Symptomen einer Infektion auftreten, wurden nach medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen mit nicht zugelassenen vaginalen oder bukkalen Applikation von oral anzuwendenden Misoprostol-Tabletten berichtet. Ärzte sollten sich dieser potenziell tödlichen Komplikation bewusst sein (siehe Abschnitt 4.4).</p> <p><b>Erkrankungen des Nervensystems</b> Selten: • Kopfschmerzen</p> <p><b>Gefäßerkrankungen</b> Gelegentlich: • Hypotonie (0,25 %)</p> <p><b>Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts</b> Sehr häufig: • Übelkeit, Erbrechen, Durchfall (diese Auswirkungen auf den Magen- und Darmtrakt stehen in Zusammenhang mit der Prostaglandinanwendung und werden häufig berichtet) Häufig: • Leichte bis moderate Krämpfe</p> <p><b>Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes</b> Gelegentlich: • Überempfindlichkeit: Untypische Hautausschläge (0,2 %) Selten: • einzelne Fälle von Urtikaria, Rötungen und Schuppung, Erythema nodosum und toxischer epidermaler Nekrolyse wurden berichtet Sehr selten: • Angioödem. Nicht bekannt: • Akute generalisierte exanthematische Pustulose</p>

	<p><b>Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse</b></p> <p>Sehr häufig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uteruskontraktionen oder Krämpfe (10 bis 45 %) in den Stunden nach der Prostaglandinanwendung</li> </ul> <p>Häufig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Starke Blutungen treten in etwa 5 % der Fälle auf und können in bis zu 1,4 % der Fälle eine hämostatische Kürettage erforderlich machen.</li> </ul> <p>Selten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Während der Einleitung eines Schwangerschaftsabbruchs im zweiten Trimester oder der Einleitung von Wehen wegen Tod des Fetus in utero im dritten Trimester wurde in seltenen Fällen eine Uterusruptur nach Prostaglandinanwendung berichtet. Diese Berichte ergaben sich insbesondere bei Mehrfachgebärenden oder Patientinnen mit Kaiserschnittnarbe.</li> </ul> <p><b>Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort</b></p> <p>Selten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unwohlsein, vagalen Symptomen (Hitzewallungen, Schwindel, Kältegefühl wurden berichtet) und Fieber.</li> </ul>
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>1)</sup> Bei den Häufigkeitsangaben zu Nebenwirkungen werden folgende Kategorien zugrunde gelegt: sehr häufig ( $\geq 1/10$ ), häufig ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ), gelegentlich ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ), selten ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ), sehr selten ( $< 1/10.000$ )

#### 4.1.2 Vorgaben Misoprostol (MisoOne®)

Die hier relevanten Informationen der Fachinformation von MisoOne® 400 Mikrogramm Tabletten [15] finden sich in folgender Tabelle 2. Die Texte sind wörtlich aus der Fachinformation übernommen.

*Tabelle 2: Relevante Angaben und Vorgaben aus der Fachinformation zu MisoOne® 400 Mikrogramm.*

Bereich	Ausführungen aus der Fachinformation zu MisoOne® 400 Mikrogramm
klinische Angaben	Zum Abbruch einer Schwangerschaft darf das Antiprogesteron Mifepriston und das Prostaglandinanalogen Misoprostol nur in Übereinstimmung mit den aktuell gültigen Gesetzen und Bestimmungen verschrieben und verabreicht werden, insbesondere nach § 47a Arzneimittelgesetz, den Regelungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und des Strafgesetzbuches (§§ 218 ff. StGB).
Anwendungsgebiete	Medikamentöser Abbruch einer frühen intrauterinen Schwangerschaft, nach der Gabe von Mifepriston, bis zum 49. Tag der Amenorrhoe (siehe Abschnitt 4.2).
Vorsichtsmaßnahmen bei der Anwendung	<b>Kardiovaskuläre Risiken</b> Seltene, jedoch schwere kardiovaskuläre Zwischenfälle (Myokardinfarkt und/oder Spasmen der Koronararterien und schwere Hypotonie) sind nach intravaginaler und intramuskulärer Verabreichung von hohen Dosen eines Prostaglandinanalogs, einschließlich Misoprostol, berichtet worden. Aus diesem Grunde sollten Frauen mit Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Frauen im Alter über 35 Jahre, die regelmäßig rauchen,

	<p>Frauen mit Hyperlipidämie oder Diabetes) oder festgestellter kardiovaskulärer Erkrankung mit Vorsicht behandelt werden.</p>
Warnhinweise	<p>Die Anwendung von MisoOne DARF NUR oral erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•in einer Dosis von nicht über 400 Mikrogramm</li> <li>•nach einer vorherigen Gabe von 600 mg Mifepriston</li> <li>•innerhalb eines Intervalls von 36 bis 48 Stunden nach der Einnahme von Mifepriston</li> </ul> <p>Die Anwendung nicht zugelassener (Off-Label) Dosierungsschemata führt zu einer Erhöhung SÄMTLICHER mit dieser Methode verbundenen Risiken.</p> <p>Diese Methode erfordert eine aktive Mitwirkung der Patientin, die über die entsprechenden Voraussetzungen aufgeklärt werden muss:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•die Notwendigkeit, die Behandlung mit Mifepriston zu kombinieren, welches 36 – 48 Stunden vor diesem Arzneimittel einzunehmen ist,</li> <li>•die Notwendigkeit einer Nachuntersuchung innerhalb von 14 bis 21 Tagen nach der Einnahme von Mifepriston, zur Überprüfung der vollständigen Austreibung,</li> <li>•die Möglichkeit des Versagens der Methode, was zum Abbruch der Schwangerschaft durch eine andere Methode führt.</li> </ul> <p>Aufgrund der möglichen akuten Wirkungen von Misoprostol müssen die Patientinnen hinsichtlich der Anzeichen und Symptome, die bei ihnen auftreten können, umfassend aufgeklärt werden und sollten die Möglichkeit des direkten oder telefonischen Kontakts mit dem Behandlungszentrum haben.</p>
Mit dem Verfahren verbundene Risiken	<p><b>Versagen</b></p> <p>Das nicht vernachlässigbare Risiko einer fortlaufenden Schwangerschaft tritt in ca. 1 % der Fälle auf, wenn der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch innerhalb von 49 Tagen der Amenorrhoe und nach oraler Anwendung durchgeführt wurde. Dieses Risiko macht eine Nachuntersuchung zur Überprüfung der vollständigen Austreibung zwingend notwendig. In den seltenen Fällen einer unvollständigen Austreibung kann eine chirurgische Nachbehandlung erforderlich sein.</p> <p><b>Blutung</b></p> <p>Die Patientin muss über das Auftreten längerer und möglicherweise starker vaginaler Blutungen (durchschnittlich etwa 12 Tage oder länger nach der Einnahme von Mifepriston) aufgeklärt werden. Blutungen treten in fast allen Fällen auf und sind nicht immer ein Beweis für eine vollständige Austreibung. Die Blutung kann sehr schnell nach der Einnahme von Misoprostol auftreten, manchmal aber auch erst später:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•In 60 % der Fälle erfolgt die Austreibung innerhalb von 4 Stunden nach der Einnahme von Misoprostol.</li> <li>•In 40 % der Fälle erfolgt die Austreibung innerhalb von 24 bis 72 Stunden nach der Einnahme von Misoprostol.</li> </ul> <p>In seltenen Fällen kann die Austreibung vor der Einnahme von Misoprostol stattfinden (in ca. 3 % der Fälle). Dies schließt die Notwendigkeit einer Nachuntersuchung zur Kontrolle, dass die Austreibung vollständig und die Gebärmutter leer ist, nicht aus.</p>

	<p>Die Patientin sollte angehalten werden, keine weiten Reisen vom Behandlungszentrum weg zu unternehmen, solange die vollständige Austreibung nicht nachgewiesen wurde. Sie erhält präzise Anweisungen, wen sie kontaktieren sollte und wohin sie bei Auftreten irgendwelcher Probleme, insbesondere bei sehr starken vaginalen Blutungen, gehen sollte. Hiermit sind Blutungen gemeint, die mehr als 12 Tage anhalten und/oder schwerer als eine normale Menstruationsblutung verlaufen.</p> <p><i>Innerhalb eines Zeitraums von 14 bis 21 Tagen nach Verabreichung von Mifepriston muss ein Kontrolltermin wahrgenommen werden, bei dem mit geeigneten Mitteln (klinische Untersuchung mit Bestimmung von Beta-hCG oder Ultraschallscan) verifiziert wird, ob die Austreibung abgeschlossen ist und die vaginale Blutung aufgehört hat. Bei einer persistierenden Blutung (selbst in leichter Form) nach dem Kontrolltermin muss deren Stillstand innerhalb einiger Tage überprüft werden.</i></p> <p>Das Fortbestehen der vaginalen Blutung zu diesem Zeitpunkt könnte einen unvollständigen Abgang oder eine unbemerkte extrauterine Schwangerschaft anzeigen, und es muss eine geeignete Therapie erwogen werden. Da eine starke Blutung, die eine hämostatische Kürettage erfordert, in 0 bis 1,4 % der Fälle während des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs auftritt, muss besonders sorgfältig auf Patientinnen mit <u>Blutgerinnungsstörungen</u> und verminderter Gerinnbarkeit oder mit <u>Anämie</u> geachtet werden. Die Entscheidung zur Anwendung des medikamentösen oder chirurgischen Verfahrens sollte zusammen mit spezialisierten Fachärzten je nach Typ der Blutgerinnungsstörung oder dem Grad der Anämie getroffen werden. Bei einer nach dem Kontrolltermin diagnostizierten weiterbestehenden Schwangerschaft wird der Patientin der Abbruch durch eine andere Methode vorgeschlagen.</p> <p><b>Infektion</b> Schwere (auch tödliche) Fälle von toxischem und septischem Schock, verursacht durch Infektionen mit atypischen pathogenen Keimen (Clostridium sordellii und perfringens, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Streptococcus Gruppe A) wurden nach medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen gemeldet. Dabei wurde Misoprostol unzulässig vaginal oder bukkal verabreicht. Ärzte sollten sich über diese potenziell tödliche Komplikation bewusst sein.</p>
Nebenwirkungen <sup>1)</sup>	<p><b>Infektionen und parasitäre Erkrankungen</b></p> <p>Häufig:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Infektion in Folge des Abbruchs. Verdacht auf oder bestätigte Infektionen (Endometritis, Beckenentzündung) wurden bei unter 5 % der Frauen berichtet.</li> </ul> <p>Sehr selten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sehr seltene Fälle schweren oder tödlichen toxischen und septischen Schocks (verursacht durch Clostridium sordellii oder perfringens, Klebsiella pneumoniae, Escherichia coli, Streptococcus Gruppe A), mit oder ohne Fieber oder andere offensichtliche Infektionssymptome wurden bei Anwendung einer nicht zugelassenen vaginalen oder bukkalen Applikation von</li> </ul>

	<p>Misoprostol Tabletten berichtet. Ärzte sollten sich über diese potenziell tödliche Komplikation bewusst sein (siehe Abschnitt 4.4 „Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung“).</p> <p><b>Erkrankungen des Immunsystems</b> Nicht bekannt:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Anaphylaktische Reaktionen, Hypersensibilität.</li> </ul> </p> <p><b>Erkrankungen des Nervensystems</b> Selten:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Kopfschmerzen.</li> </ul> </p> <p><b>Gefäßkrankheiten</b> Seltene, jedoch schwere kardiovaskuläre Zwischenfälle (Myokardinfarkt und/oder Spasmen der Koronararterien und schwere Hypotonie) sind überwiegend nach einer nicht zugelassenen vaginalen Applikation von Misoprostol Tabletten berichtet worden.</p> <p><b>Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes</b> Sehr häufig:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Übelkeit, Erbrechen, Durchfall (diese im Zusammenhang mit der Prostaglandinanwendung stehenden Auswirkungen auf den Magen- und Darmtrakt werden häufig berichtet).</li> </ul> Häufig:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Leichte bis moderate Krämpfe.</li> </ul> </p> <p><b>Erkrankungen der Haut und des Unterhautzellgewebes</b> Gelegentlich:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Hypersensibilität: Untypische Hautausschläge (0,2 %).</li> </ul> Selten:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Einzelne Fälle von Urtikaria, Hautrötung, Erythema nodosum und toxischer epidermaler Nekrolyse wurden ebenfalls berichtet.</li> </ul> Sehr selten:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Angioödem.</li> </ul> </p> <p><b>Skelettmuskulatur- und Bindegewebserkrankungen</b> Nicht bekannt  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Rückenschmerzen.</li> </ul> </p> <p><b>Erkrankungen der Geschlechtsorgane und der Brustdrüse</b> Sehr häufig:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Sehr häufig Uteruskontraktionen oder -krämpfe (10 bis 45 %) in den Stunden nach der Anwendung von Misoprostol.</li> <li>•Uterusblutung</li> </ul> Häufig:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Starke Blutungen treten in ungefähr 5 % der Fälle auf und können in bis zu 1,4 % der Fälle eine hämostatische Kürettage erforderlich machen.</li> </ul> </p> <p><b>Kongenitale, familiäre und genetische Erkrankungen</b> Häufig:  <ul style="list-style-type: none"> <li>•Fötale Missbildungen</li> </ul> Selten:</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tod des Fötus</li> </ul> <p><b>Allgemeine Erkrankungen und Beschwerden am Verabreichungsort</b> Selten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unwohlsein, vagale Symptome (Hitzewallungen, Schwindel, Kältegefühl), Fieber.</li> </ul> <p><b>Verletzung, Vergiftung und durch Eingriffe bedingte Komplikationen</b> Selten:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uterusruptur: Uterusrupturen wurden nach Prostaglandin-Anwendung zur Einleitung eines Schwangerschaftsabbruches im zweiten Trimester oder zur Weheneinleitung wegen Tod des Fetus während des dritten Trimesters berichtet. Das betraf insbesondere Mehrfachgebärende oder Patientinnen mit Kaiserschnitt-Narbe.</li> </ul>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<sup>1)</sup> Bei den Häufigkeitsangaben zu Nebenwirkungen werden folgende Kategorien zugrunde gelegt: sehr häufig ( $\geq 1/10$ ), häufig ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ), gelegentlich ( $\geq 1/1.000$ ,  $< 1/100$ ), selten ( $\geq 1/10.000$ ,  $< 1/1.000$ ), sehr selten ( $< 1/10.000$ ), nicht bekannt (Häufigkeit auf Grundlage der verfügbaren Daten nicht abschätzbar)

#### 4.1.3 Bedarf der Schwangeren

Die Bedürfnisse der betroffenen Frauen beim Schwangerschaftsabbruch sind vielschichtig und die Versorgung sollte möglichst viele Komponenten enthalten, um den Bedürfnissen der Frauen gerecht zu werden. Die WHO baut ihre Leitlinie [20] auf einem konzeptionellen Rahmen auf, der in Abbildung 3 dargestellt ist.

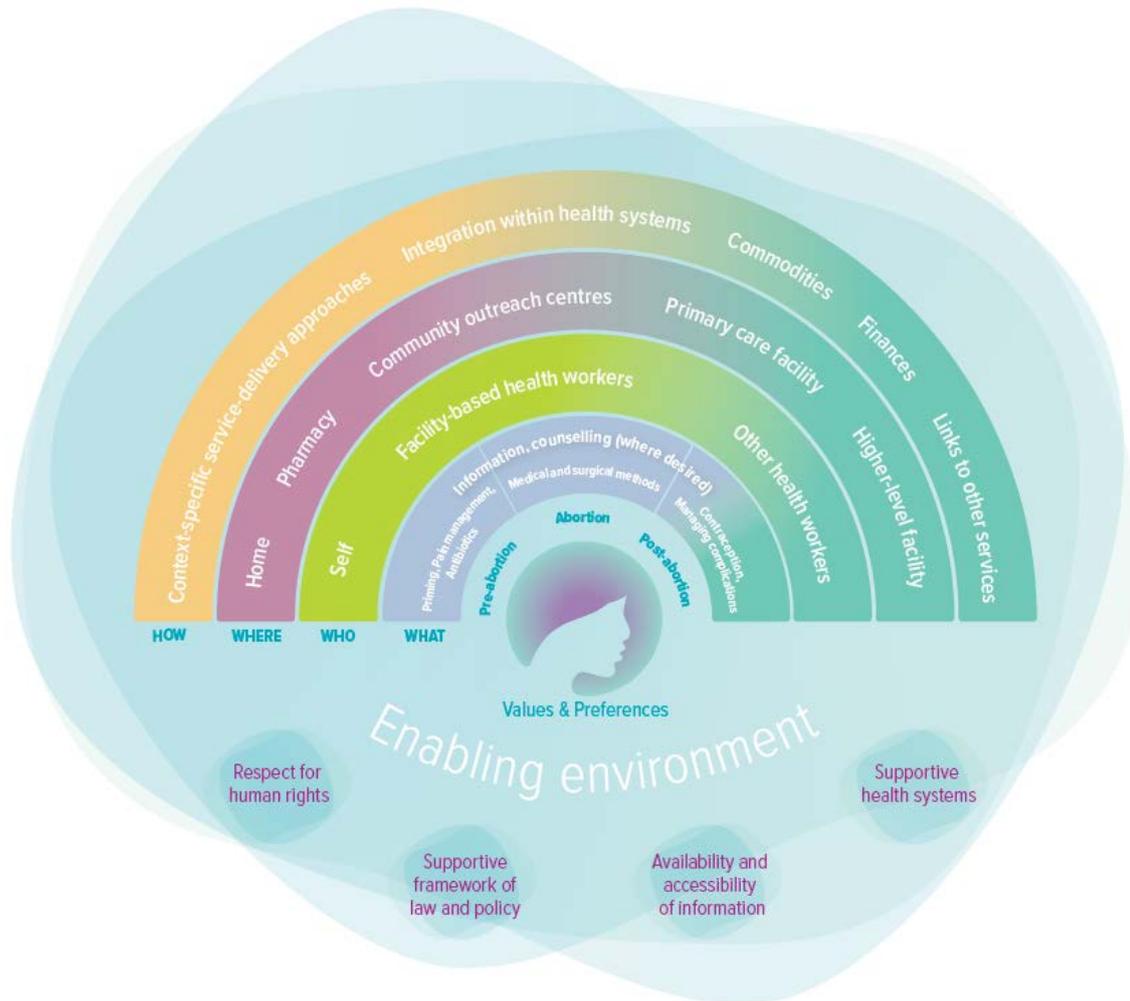


Abbildung 3: Konzeptioneller Rahmen der WHO Leitlinie zur Betreuung von Schwangerschaftsabbrüchen.

Der konzeptionelle Rahmen für die Betreuung von Schwangerschaftsabbrüchen in dieser WHO-Leitlinie [20] betont die Bedürfnisse der Abtreibungswilligen. Dabei werden individuelle Gesundheitspräferenzen berücksichtigt, und bestimmte Grundwerte wie Würde, Autonomie, Gleichheit und Vertraulichkeit sind zentral. Ziel ist es, qualitativ hochwertige Abtreibungsversorgung zu gewährleisten und dabei stets Menschenrechte und Geschlechtergleichstellung zu berücksichtigen.

Dementsprechend ist die Darstellung der Bedürfnisse der betroffenen Frauen, die sich für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch entschieden haben, vielfältig. In den folgenden Abschnitten wird der wesentliche Bedarf insbesondere bezüglich des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs dargestellt. Dabei soll es vor allem um den Abbruch an sich gehen, also weder um Vorbereitung, noch um Nachsorge. Als Quellen werden dabei neben der WHO-Leitlinie [20] auch die deutsche S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon [5] herangezogen.

Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch ist kein diskretes Ereignis, sondern dauert in der Regel mehrere Tage an. Der Abbruch kann von einer oder mehreren Personen (medizinisches Fachpersonal) begleitet werden. Dies kann teils in medizinischen Einrichtungen und teils in der häuslichen Umgebung geschehen. Je nach Bedürfnissen der betroffenen Frauen kann und sollte dies entsprechend angepasst werden [20].

## **Frauen mit speziellem Bedarf**

Bestimmte Vorerkrankungen und psychosoziale Rahmenbedingungen der betroffenen Frauen können mit bestimmten Bedürfnissen einhergehen wie z.B. Ort der Durchführung, die mögliche Anwendung von Telemedizin oder die Einbeziehung einer Begleitperson. Daher sollten bei der Anwendung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs u.a. folgende Aspekte berücksichtigt werden: psychosoziale Aspekte wie Notwendigkeit der „Geheimhaltung“, Schwierigkeiten bei der Kinderbetreuung, lange Anfahrtswege, Gewaltandrohung durch Partner oder Familie, Paar- und /oder Trennungskonflikt oder starke internalisierte Stigmatisierung bei wiederholter ungewollter Schwangerschaft, aber auch somatische Aspekte wie Uterusanomalien, Gerinnungsstörungen oder Anämien [5].

## **Risikoaufklärung / Nebenwirkungen**

Fachgerecht durchgeführte medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche sind sichere Prozeduren, bei denen nur selten ernsthafte Komplikationen auftreten [5].

Die Nebenwirkungen nach den Fachinformationen [14,15] sind bereits oben aufgelistet (siehe Abschnitt 4.1.1 und 4.1.2). Laut der S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon [5] sind folgende Nebenwirkungen die relevantesten:

- Starke Blutungen treten beim medikamentösen Abbruch bei etwa 10 von 1.000 Fällen auf. Bei 1 von 1.000 Fällen ist deswegen eine Bluttransfusion erforderlich.
- Die Schwangerschaft kann nach dem Abbruch bei bis zu 10 von 1.000 Fällen weiterbestehen. In diesen Fällen ist eine anschließende Absaugung notwendig.
- Eine Vakuumaspiration/Absaugung wegen Geweberesten ist in 30-50 von 1.000 Fällen notwendig.
- Infektionen im kleinen Becken treten nach medikamentösen Abbrüchen in 1-2 von 1.000 Fällen auf.

## **Telemedizin**

Laut Fachinformation muss das Medikament Mifegyne® [14] „unter Aufsicht eines Arztes oder von diesem ermächtigtes medizinisches Fachpersonal angewendet werden“ (siehe Abschnitt 4.1.1). Die Einnahme des zweiten Medikaments kann unter bestimmten Umständen (siehe Abschnitt 4.3 Pilotprojekt [12]) in der Praxis oder zu Hause eingenommen werden und somit kann der Ort der Einnahme an die Bedürfnisse der betroffenen Frauen angepasst werden. Im Falle der Telemedizin sollte die betroffene Frau eine Telefonnummer für den Notfall erhalten. Um eine rund um die Uhr ärztliche Erreichbarkeit („24/7“) zu gewährleisten, kann eine Vertretungsregelung oder eine Kooperation mit einem nahegelegenen Krankenhaus sinnvoll sein [5].

## **Nebenwirkungsmanagement**

Die betroffenen Frauen sollten über die wichtigsten Nebenwirkungen und dem Umgang damit aufgeklärt werden. Die häufigsten Nebenwirkungen sind Blutungen, Schmerzen und/oder gastrointestinales Nebenwirkungen. Zudem sollte sie darüber aufgeklärt werden, dass beim abgehenden Schwangerschaftsgewebe ab der 8. bzw. 9. SSW ein Embryo erkennbar sein kann [5].

Nach der Einnahme von Misoprostol treten in der Regel vaginale Blutungen auf. Gelegentlich können diese Blutungen auch bereits nach der Einnahme von Mifepriston beginnen. Sie sind stärker als normale Menstruationsblutungen und können Koagel- oder Endometriumanteile enthalten. Die Blutungen halten im Durchschnitt 9 Tage an, in Einzelfällen sogar bis zu 45 Tage. Wenn stärkere oder länger anhaltende Blutungen auftreten, kann eine weitere Einnahme von

Misoprostol (400 µg) in Betracht gezogen werden. Falls die starken Blutungen nicht aufhören, wird eine Vakuumaspiration (Notfallbehandlung) zur Entfernung verbliebenen Gewebes durchgeführt [5].

Schmerzmanagement: Bei Schmerzen kann Ibuprofen eine Symptomverbesserung bewirken, auch Metamizol kann bei starken Schmerzen oder Unverträglichkeit von nicht-steroidalen Antiphlogistika gegeben werden. Nach dem WHO-Stufenschema der Schmerztherapie kann der betroffenen Frau ein schwaches Opioid wie Tramadol zur Verfügung gestellt werden [5].

Management der Übelkeit: Aufgrund des häufigen Auftretens von Übelkeit und Erbrechen bei der Anwendung von Misoprostol sollte ein Antiemetikum (z.B. Dimenhydrinat, Metoclopramid oder Ondansetron) angeboten werden [5].

Infektionen nach medikamentösem Abbruch sind selten. Bei unklaren Symptomen (z.B. Schwitzen, Krankheitsgefühl, Schwäche) sind ggf. Entzündungsparameter zu bestimmen und eine antibiotische Behandlung einzuleiten [5].

## **4.2 Empfehlungen aus evidenzbasierten Leitlinien zu strukturellen Voraussetzungen**

Im Folgenden sind die Empfehlungen der WHO-Leitlinie („Abortion care guideline“) [20] und der deutschen S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon [5] zu strukturellen Voraussetzungen (insbesondere Empfehlungen zum Personal und dem Ort der Durchführung) dargestellt.

Tabelle 3: Übersicht der Empfehlungen bzw. wesentlichen Aussagen von zwei Leitlinien.

Publikation	Empfehlung / wesentliche Aussage	Hintergrund und Anmerkungen sowie angegebene Quellen
<p><b>DGGG, S2k-Leitlinie, Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon, 2022 [5].</b></p>	<p>Konsensbasierte Empfehlung 5.E35: Anders als bei Mifepriston sollen die Patientinnen die Wahlmöglichkeit erhalten, ob sie die Einnahme des Prostaglandins in Einrichtungen wie Kliniken oder Praxen oder zu Hause vornehmen wollen. (Expertenkonsens; Konsensusstärke ++)</p>	<p>Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs erfordert keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen. Somit ist ein Schwangerschaftsabbruch in unterschiedlichen „Settings“ möglich: ambulant in gynäkologischen, allgemeinmedizinischen oder anderen Praxen, in ambulanten OP-Zentren.</p> <p>Zur Frage, ob die Gabe des Prostaglandins in der Praxis erfolgt oder das Medikament von der Patientin selbst zuhause eingenommen wird, liegen Studien vor [111–113], die bereits 2015 in der Stellungnahme der DGGG zum medikamentösen Abbruch zu der Bewertung geführt haben, dass für die Notwendigkeit der Anwesenheit in einer medizinischen Einrichtung zumindest keine Evidenz vorliege. Diese Empfehlung findet sich auch in Leitlinien aus den USA und Frankreich [59, 67]. Nach systematischen Übersichten ist die Prostaglandineinnahme durch die betroffene Frau zu Hause in der Effektivität, Sicherheit und Akzeptanz mit der in medizinischen Einrichtungen gleichwertig [114–116].</p> <p><u>Quellen:</u></p> <p>111 Fiala C, Winikoff B, Helström L, Hellborg M, Gemzell-Danielsson K. Acceptability of home-use of misoprostol in medical abortion. <i>Contraception</i> 2004; 70(5): 387 – 392  112 Kopp Kallner H, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. <i>Hum. Reprod.</i> 2010; 25(5): 1153 – 1157  113 Løkeland M, Iversen OE, Engeland A, Økland I, Bjørge L. Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days' gestation. <i>Acta Obstet. Gynecol. Scand.</i> 2014; 93(7): 647 – 653</p>

Publikation	Empfehlung / wesentliche Aussage	Hintergrund und Anmerkungen sowie angegebene Quellen
		<p>59 Vayssière C, Gaudineau A, Attali L et al. Elective abortion. Clinical practice guidelines from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2018; 222: 95 – 101</p> <p>67 American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins - Gynecology, Society of Family Planning. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. ACOG Practice Bulletin, Number 225. Obstet. Gynecol. 2020; 136(4): e31-e47</p> <p>114 Ngo TD, Park MH, Shakur H, Free C. Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic. A systematic review. Bull. World Health Organ. 2011; 89(5): 360 – 370</p> <p>115 Gambir K, Kim C, Necastro KA, Ganatra B, Ngo TD. Self-administered versus provider-administered medical abortion. Cochrane Database Syst. Rev. 2020; 3: CD013181</p> <p>116 Wedisinghe L, Elsandabesee D. Flexible mifepristone and misoprostol administration interval for first-trimester medical termination. Contraception 2010; 81(4): 269 – 274</p>
	<p>Konsensbasierte Empfehlung 5.E36: Ein medikamentöser Abbruch kann ergänzend telemedizinisch begleitet werden. (Expertenkonsens; Konsensusstärke ++)</p>	<p>Zur Frage der telemedizinischen Behandlung und Betreuung beim medikamentösen Abbruch liegt ein systematischer Review vor [117]. Die eingeschlossenen Studien haben methodische Mängel, insgesamt ist die Evidenz schwach. Beschleunigt durch die Einschränkung der medizinischen Versorgung unter den Bedingungen der COVID-19 Pandemie in mehreren Ländern erfolgte die Betreuung der Frauen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch auch in größerer Zahl telemedizinisch. Systematische Reviews liegen zu dieser veränderten Situation noch nicht vor, aber es wurden in Großbritannien Kohortenstudien durchgeführt [65, 118]. Übereinstimmend zeigen sie, dass die Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs mit telemedizinischer Begleitung durch Kontakt über Video- oder Telefonanrufe die gleiche Sicherheit und Effektivität hat wie die Durchführung in Praxen. Mehrere internationale Leitlinien [18, 59, 67] empfehlen die telemedizinische Betreuung und Begleitung beim Schwangerschaftsabbruch.</p>

Publikation	Empfehlung / wesentliche Aussage	Hintergrund und Anmerkungen sowie angegebene Quellen
		<p>Ergebnisse einer Kohortenstudie in England zeigen, dass diese dort von den betroffenen Frauen in der Pandemiesituation präferiert wurde, die Frauen zufrieden waren [65]. In einer Studie in Iowa (USA) konnte gezeigt werden, dass die Möglichkeit des telemedizinischen Schwangerschaftsabbruchs den Zugang zu Versorgungsstrukturen erhöhen, Verzögerungen entgegenwirken und dazu beitragen kann, die Rate an Schwangerschaftsabbrüchen in höheren Wochen zu reduzieren [67, 119].</p> <p><u>Quellen:</u></p> <p>117 Endler M, Lavelanet A, Cleeve A, Ganatra B, Gomperts R, Gemzell-Danielsson K. Telemedicine for medical abortion. A systematic review. BJOG 2019; 126(9): 1094 – 1102</p> <p>65 Aiken A, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine. A national cohort study. BJOG 2021; 128(9): 1464 – 1474</p> <p>118 Reynolds-Wright JJ, Johnstone A, McCabe K, Evans E, Cameron S. Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation. A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. BMJ Sex. Reprod. Health 2021; 47(4): 246 – 251</p> <p>18 National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Abortion care. A: Accessibility and sustainability of abortion services. NICE guideline NG140. Evidence reviews, 2019. <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/evidence">https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/evidence</a>, 2022-05-2759</p> <p>67 American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins - Gynecology, Society of Family Planning. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. ACOG Practice Bulletin, Number 225. Obstet. Gynecol. 2020; 136(4): e31-e47</p> <p>119 Grossman DA, Grindlay K, Buchacker T, Potter JE, Schmettmann CP. Changes in ser-vice delivery patterns after introduction of telemedicine provision of medical abortion in Iowa. Am. J. Public Health 2013; 103(1): 73 – 78</p>
	<p>Konsensbasierte Empfehlung 5.E38: Die Patientin soll eine schriftliche Befund- und Behandlungsdokumentation sowie eine Notfall-Telefonnummer erhalten.</p>	<p>Internationale Leitlinien weisen auf die Notwendigkeit mündlicher und schriftlicher Informationen zu Symptomen hin, die auf eine weiterbestehende Schwangerschaft hinweisen, oder die eine dringende Behandlung erfordern.</p>

Publikation	Empfehlung / wesentliche Aussage	Hintergrund und Anmerkungen sowie angegebene Quellen
	<p>(Expertenkonsens; Konsensusstärke ++)</p>	<p>Ebenso benötigt die Patientin eine schriftliche Dokumentation der erfolgten Befunderhebung und zum Behandlungsablauf sowie eine Telefonnummer für den Notfall [23, 69]. Es ist eine telefonische ärztliche Erreichbarkeit rund um die Uhr („24/7“) zu gewährleisten, ggf. mit einer Vertretungsregelung oder in Kooperation mit einem nahegelegenen Krankenhaus.</p> <p><u>Quellen:</u>            23 World Health Organization (WHO). Handbuch für die klinische Praxis zum sicheren Schwangerschaftsabbruch Geneva: World Health Organization, 2014            69 Royal College of Obstetricians &amp; Gynaecologists (RCOG). The Care of Women Requesting Induced Abortion (Evidence-based Clinical Guideline No. 7), 2018.  <a href="https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-re-ports/the-care-of-women-requesting-induced-abortion-evidence-based-clinical-guide-line-no-7, 2022-05-27">https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/other-guidelines-and-re-ports/the-care-of-women-requesting-induced-abortion-evidence-based-clinical-guide-line-no-7, 2022-05-27</a></p>
	<p>Konsensbasierte Empfehlung 5.E40:            Beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch sollten* Anwendungsbeschränkungen sowie besondere gesundheitliche Risiken bei der Anwendung beachtet werden.            (Expertenkonsens; Konsensusstärke ++)</p> <p>*Ergänzende Erläuterung: Die Angaben im Beipackzettel der Herstellerfirma zu Mifepriston und Misoprostol sind nicht evidenzbasiert, daher erfolgte durch die Leitliniengruppe keine „Soll“-Empfehlung</p>	<p>Mifepriston hat eine antigluocorticoide Wirkung. Bei Frauen mit chronischer Nebennierenrinden-Insuffizienz oder mit Erkrankungen, die durch orale Cortisongabe behandelt werden, wie z.B. Asthma bronchiale, kann die Wirksamkeit dieser Therapie durch die Einnahme von Mifepriston reduziert werden. Eine Dosisanpassung ist u. U. für eine Woche sinnvoll. Ob ein medikamentöser Schwangerschaftsabbruch bei diesen Frauen durchgeführt werden kann, ist jeweils kritisch zu prüfen.            Bei Frauen unter Antikoagulation, mit Blutgerinnungsstörungen oder deutlicher Anämie (Hämoglobin &lt; 9,5 g/dl) muss der im Vergleich zum operativen Abbruch höhere Blutverlust bedacht werden [67].            Wird dennoch ein medikamentöser</p>

Publikation	Empfehlung / wesentliche Aussage	Hintergrund und Anmerkungen sowie angegebene Quellen
		<p>Schwangerschaftsabbruch erwogen, ist dieses Risiko sehr sorgfältig abzuwägen.</p> <p>Bei Frauen mit hereditärer Porphyrie kann die Gabe von Mifepriston einen akuten Anfall mit schweren Symptomen auslösen. Sie soll deshalb vermieden werden [121].</p> <p><u>Quellen:</u>          67 American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins - Gynecology, Society of Family Planning. Medication Abortion Up to 70 Days of Gestation. ACOG Practice Bulletin, Number 225. Obstet. Gynecol. 2020; 136(4): e31-e47          121 Bancsi A, Grindrod K. Update on medical abortion. Can. Fam. Physician 2020; 66: 42 – 44</p>
<p><b>World Health Organization. 2022 [20].</b></p>	<p>SERVICE DELIVERY Recommendation 28: Medical management of induced abortion at gestational ages &lt; 12 weeks,<sup>1)</sup> in whole or in part (i.e. performing all or some of the subtasks; see list at start of section 3.4.2) using mifepristone plus misoprostol, or misoprostol alone.</p> <p><b>Who – Type of healthworker:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Community health workers (CHWs)<sup>2)</sup>: Recommended</li> <li>•Pharmacy workers<sup>3)</sup>: Recommended</li> <li>•Pharmacists: Recommended</li> <li>•Traditional and complementary medicine professionals<sup>3)</sup>: Recommended</li> <li>•Auxiliary nurses/ANMs<sup>5)</sup>: Recommended</li> <li>•Nurses: Recommended</li> <li>•Midwives: Recommended</li> <li>•Associate/advanced associate clinicians: Recommended</li> </ul>	<p>Rationale for Who – type of healthworker:</p> <p>For this and all health worker recommendations, given the limited evidence for many of the health worker–task combinations, the discussions of the expert panel focused on the competency framework in WHO's 2011 publication, Sexual and reproductive health: core competencies in primary care (121), which provides information on the competencies (including skills and knowledge) required for each task, and also the WHO-INTEGRATE criteria, in particular on the feasibility, equity and acceptability of the intervention and women's values and preferences.</p>

Publikation	Empfehlung / wesentliche Aussage	Hintergrund und Anmerkungen sowie angegebene Quellen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Generalist medical practitioners, Specialist medical practitioners: Recommended</li> </ul> <p><b>Where – location:</b> No requirement for location (on-site vs off-site).</p> <p><b>Where – implementation considerations:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•It is not essential that the person providing the medical abortion should also be trained and competent in vacuum aspiration provision.</li> <li>•Restrictions on prescribing and dispensing authority for some categories of health workers may need to be modified within the regulatory framework of the health system or other mechanisms put in place to allow these providers to make the medicines available to abortion seekers.</li> <li>•Privacy should be ensured in all settings, in particular in places where a private space may be challenging (e.g. pharmacies).</li> <li>•Support tools can be used to assess eligibility and outcome (e.g. high-sensitivity pregnancy tests, checklists).</li> <li>•A range of service-delivery models exist to facilitate the medical abortion process, such as telemedicine or community outreach (see section 3.6.1).</li> <li>•Mechanisms to ensure access to quality medicines need to be set up. Development of tools like point-of-care tests to assess quality could support both the pharmacy worker and the individual.</li> </ul>	<p><u>Quellen:</u> 121. Sexual and reproductive health: core competencies in primary care. Geneva; World Health Organization; 2011 (<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44507/9789241501002_eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44507/9789241501002_eng.pdf</a>).</p>

Publikation	Empfehlung / wesentliche Aussage	Hintergrund und Anmerkungen sowie angegebene Quellen
	<ul style="list-style-type: none"> <li>•It is important to note that as with all other medicines, pharmacy workers should dispense mifepristone and misoprostol as indicated by prescription.</li> <li>•The person undergoing medical abortion should have access/referral to emergency care in case this becomes necessary.</li> <li>•As part of the enabling environment, health workers should recognize self-management as a legitimate pathway to abortion care and to adapt health systems to facilitate and support women in their self-management of abortion, e.g. adapting clinical protocols.</li> <li>•Mechanisms need to be established to ensure access or referrals to post-abortion contraception services and provision of contraceptives for women who want them.</li> </ul>	
	<p>SERVICE DELIVERY Recommendation 48 (NEW): Telemedicine approaches to delivering medical abortion care</p> <p>Recommend the option of telemedicine as an alternative to in-person interactions with the health worker to deliver medical abortion services in whole or in part.</p> <p>Remarks:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•The above recommendation applies to assessment of eligibility for medical abortion, counselling and/or instruction relating to the abortion process, providing instruction for and</li> </ul>	<p>Rationale</p> <p>A systematic review was undertaken to address this key question. Ten studies reporting on medical abortion provision through telemedicine were identified by the search strategy. Four randomized controlled trials were conducted in Bangladesh, Cambodia, Egypt and Indonesia, and six observational studies took place in Canada, Peru and the USA. In studies comparing telemedicine with in-person medical abortion care services, there was no difference between the two groups in rates of successful abortion or ongoing pregnancies (based on very low-certainty evidence). Referrals for surgical intervention were fewer among women who used telemedicine (based on low-certainty evidence).</p>

Publikation	Empfehlung / wesentliche Aussage	Hintergrund und Anmerkungen sowie angegebene Quellen
	<p>active facilitation of the administration of medicines, and follow-up post-abortion care, all through telemedicine.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hotlines, digital apps or one-way modes of communication (e.g. reminder text messages) that simply provide information were not included in the review of evidence for this recommendation.</li> </ul> <p><b>How – Implementation consideration:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telemedicine services should include referrals (based on the woman's location) for medicines (abortion and pain control medicines), any abortion care or post-abortion follow-up required (including for emergency care if needed), and for post-abortion contraceptive services, which may apply to both medical and surgical abortion.</li> </ul>	<p>Satisfaction with telemedicine services was high and comparable to the usual clinical services (based on very low-certainty evidence). A summary of the evidence is presented in Supplementary material 3, EtD framework on Telemedicine.</p>

<sup>1)</sup> Available evidence for the independent provision of medical abortion by non-physicians is for pregnancy durations up to 10 weeks (70 days).

<sup>2)</sup> CHW: A person who performs functions related to health-care delivery/information provision and has been trained in some way in the context of the task but has received no formal professional or paraprofessional certificate or tertiary education degree. Examples: Lay health worker, village health worker, female community health volunteer, trained birth attendant, trained helpline worker, abortion accompanier, hotline counsellor

<sup>3)</sup> Technicians and assistants who perform a variety of tasks associated with dispensing medicinal products under the guidance of a pharmacist. They inventory, prepare and store medications and other pharmaceutical compounds and supplies, and may dispense medicines and drugs to clients and instruct on their use as prescribed by health professionals. Technicians typically receive two or three years of training in a pharmaceutical school, with an award not equivalent to a university degree. Assistants have usually also been through two or three years of secondary school with a subsequent period of on-the-job training or apprenticeship. Examples: Pharmacy assistant, pharmacy technician dispenser, pharmacist aide, dispensary assistant.

<sup>4)</sup> A professional of traditional and complementary systems of medicine (non-allopathic physician) whose training includes a four- or five-year university degree that teaches human anatomy, physiology, management of normal labour and the pharmacology of modern medicines used in obstetrics and gynaecology, in addition to their systems of medicine. For the purpose of this guideline, these doctors are included with reference to the provision of elements of abortion-related care as per conventional medical practice. Examples: Ayush doctor, Ayurvedic physician, doctor of complementary systems of medicine, non-allopathic physician

<sup>5)</sup> An auxiliary nurse is someone trained in basic nursing skills but not in nursing decision-making. An ANM has basic nursing skills and some midwifery competencies but is not fully qualified as a midwife. The duration of training may vary from a few months up to three years. A period of on-the job training may be included, and this is sometimes formalized in apprenticeships. Examples: Auxiliary midwife, family welfare visitor

### **4.3 Pilotprojekt: telemedizinisch begleiteter, medikamentöser Schwangerschaftsabbruch**

Die Arbeitsgruppe der WHO-Leitlinie von 2022 [20] empfiehlt die telemedizinische Begleitung als gleichwertige Alternative. Auch die deutsche Leitlinie [5] erwähnt diese Option (siehe Tabelle 3).

Zur Erleichterung der Betreuung ungewollt Schwangerer während der COVID19-Pandemie in Deutschland wurden Ende März 2020 telefonische Konfliktberatungen durch die Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen von der Bundesregierung genehmigt [1]. Eine Anfrage an das Gesundheitsministerium Ende 2020 ergab, dass der telemedizinischen Begleitung keine rechtlichen Regelungen entgegenstünden [7]. So wurde das Modellprojekt »Schwangerschaftsabbruch Zuhause« im »Familienplanungszentrum Balance in Berlin« entwickelt und bereits im Dezember 2020 initiiert [8].

Die ersten Erfahrungen des Projekts zeigen, dass hauptsächlich Schwangere die eine unzureichende Versorgung an ihrem Wohnort vorfinden, das Angebot einer telemedizinischen Begleitung nutzen [12].

#### **Ablauf der telemedizinischen Begleitung im Familienplanungszentrum Berlin**

Nach Erstkontakt per Mail oder Telefon werden die Ein- und Ausschlusskriterien für einen telemedizinisch begleiteten medikamentösen Schwangerschaftsabbruch überprüft. Erforderlich sind ein Ultraschallbild mit Darstellung eines intrauterinen Sitzes sowie eine Beratungsbescheinigung einer staatlich anerkannten Beratungsstelle zur Einhaltung der rechtlichen Bedingungen für einen straffreien Abbruch.

Über einen datensicheren Messengerdienst können alle erforderlichen Unterlagen hochgeladen werden. Nach Vollständigkeit der Unterlagen folgt ein ärztliches Videogespräch zur Klärung von Ablauf und Kontrazeption. Optional sind Gespräche über die Gründe des Abbruchs. Außerdem wird geklärt, wie schnell im Notfall eine Klinik mit gynäkologischer Abteilung erreicht werden kann.

Nach dem Gespräch werden auf Wunsch die notwendigen Medikamente, ausführliche Informationen zum Einnahmeschema und ein wenig-sensitiver Urin-HCG-Test versandt. Im zweiten Gespräch nach Erhalt der Medikamente wird das Einnahmeschema und die Wirkung der Medikamente ausführlich erklärt. Mifepriston wird während des Videogesprächs in Anwesenheit der Ärztinnen/der Ärzte eingenommen.

Zwei Tage später wird Misoprostol in Anwesenheit einer vertrauten Person eingenommen. Ein Bereitschaftstelefon ist gesichert. Nach 14–16 Tagen wird selbstständig der Urin-HCG-Test zur Sicherstellung der Beendigung der Schwangerschaft durchgeführt. Bei Bedarf ist ein 3. Videogespräch als Nachuntersuchung möglich.

#### **Evaluation des Projektes**

Eine umfassende Evaluation des Projektes steht noch aus und ist bisher nicht publiziert. Eine Zwischenevaluation umfasste Daten zwischen Dezember 2020 und Juni 2022; in dem Zeitraum brachen 134 Teilnehmende die Schwangerschaft mit telemedizinischer Begleitung ab, davon teilten 84 Frauen ihre Erfahrungen mittels eines Fragebogens mit. Bei der Entscheidung für die Inanspruchnahme spielen eine Vielzahl von Faktoren wie äußere Hürden, Zeitdruck, individuelle Familiensituation und der Wunsch der Geheimhaltung eine Rolle. Daten zur Effektivität und Sicherheit stehen noch aus [12].

#### 4.4 Regelungen in anderen europäischen Ländern

Es liegen basierend auf zwei Dokumenten [6,17] Informationen zum Zugang zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in fünf europäischen Ländern vor. Die wesentlichen Informationen zu strukturellen Voraussetzungen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch sind in Tabelle 4 dargestellt. Die Texte sind wörtlich aus den Dokumenten übernommen.

*Tabelle 4: Strukturelle Voraussetzungen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in anderen europäischen Ländern.*

Land	Wesentliche Informationen zu strukturellen Voraussetzungen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch
<b>Frankreich [6]</b>	<p>Frankreich darf ein freiwilliger Schwangerschaftsabbruch nach Art. L 2212-2 Code de santé publique<sup>24</sup> nicht nur von Ärzten, sondern auch von Hebammen durchgeführt werden. Dies gilt sowohl für operative als auch medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche. Die Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs darf bis zum Ende der siebten bzw. neunten Schwangerschaftswoche<sup>25</sup> erfolgen.</p> <p>Anders als in Deutschland dürfen beide Medikamente sowohl von Ärzten als auch von Hebammen<sup>26</sup> verabreicht werden. Dabei muss die Einnahme des ersten Medikaments in Gegenwart des Arztes bzw. der Hebamme erfolgen, während die Einnahme des zweiten Medikaments nach Ablauf von 36 bis 48 Stunden auch ohne Aufsicht möglich ist. Beide Schritte des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs können auch in häuslicher Umgebung durchgeführt werden.<sup>27</sup> Der Code de santé publique sieht darüber hinaus die Möglichkeit vor, die im Zuge eines Schwangerschaftsabbruchs erforderlichen Konsultationen telemedizinisch durchzuführen.</p>
<b>Niederlande [6]</b>	<p>In den Niederlanden darf eine Behandlung, die auf einen Schwangerschaftsabbruch abzielt, nach Art. 2 WAZ<sup>28</sup> nur von einem Arzt in einem Krankenhaus oder in einer dafür vom niederländischen Ministerium für Gesundheit, Wohlbefinden und Sport (Ministry of Health, Welfare and Sport – VWS) zugelassenen Klinik durchgeführt werden. Der Schwangerschaftsabbruch kann dabei entweder operativ oder medikamentös erfolgen. Derzeit besitzen insgesamt 17 Einrichtungen in den Niederlanden eine Lizenz des VWS zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen.<sup>29</sup> Die Medikamente sind verschreibungspflichtig und dürfen ausschließlich von Ärzten in zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen zugelassenen Einrichtungen verschrieben werden.</p> <p>Eine Gesetzesinitiative, die darauf abzielt, dass zukünftig auch Hausärzte – nach dem Absolvieren einer entsprechenden Fortbildung<sup>32</sup> – einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch vornehmen können, wurde im niederländischen Repräsentantenhaus verabschiedet und befindet sich derzeit zur Beratung im niederländischen Senat.</p>
<b>Österreich [6]</b>	<p>Für die Abgabe von Mifegyne® besteht eine Auflage nach § 18 (3) Z 4 Arzneimittelgesetz<sup>35</sup>, wonach diese nur an Krankenanstalten und – seit Änderung des entsprechenden Zulassungsbescheids Mitte des Jahres 2020 – auch niedergelassene Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfolgen darf. Gemäß der entsprechenden Fachinformation des Medikaments darf dieses nur in Gegenwart des Arztes oder nach schriftlicher ärztlicher</p>

	<p>Anordnung in Gegenwart einer/eines Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege verabreicht werden.<sup>36</sup> Den berufsrechtlichen Regelungen entsprechend sind in Österreich aufgrund der Berufsbilder und der fachlichen Kompetenzen auch Ärzte für Allgemeinmedizin berechtigt, medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Presseberichten zufolge hatte die Ausweitung der Berechtigung zur Durchführung medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche auf niedergelassene Gynäkologen zumindest in Teilen Österreichs in den ersten Monaten kaum Auswirkungen auf die Anzahl der Fachärzte, die medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche vorzunehmen bereit waren.<sup>37</sup></p>
<b>Polen [6]</b>	<p>In Polen finden Schwangerschaftsabbrüche ausschließlich in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems statt. Es existieren keine speziellen gesetzlichen Regelungen im Hinblick auf die Durchführung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen.</p>
<b>Schweiz [17]</b>	<p>Entscheidet sich die Frau für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch, erfolgt die Einnahme von Mifegyne® gemäss dem von der Aerztin/dem Arzt definierten und im gegenseitigen Einvernehmen unterzeichneten ärztlichen Therapie- und Betreuungsprotokoll, welches klarstellt, dass das Präparat nicht an Dritte zur Einnahme weitergegeben darf. Die Möglichkeit dieses Medikament zeitversetzt zur Konsultation einzunehmen, erlaubt es sowohl der Situation der Frau als auch den medizinischen Ressourcen gerecht zu werden.</p> <p>Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch kann in Tageskliniken, Polikliniken oder Praxen erfolgen, welche Kooperationen mit Institutionen haben, die entsprechende Erfahrungen mit der, wenn notwendig, auch chirurgischen Nachbehandlung haben und in Notfällen eine durchgehende Erreichbarkeit garantieren.</p> <p>Wenn es die persönliche Situation der Frau erlaubt und das Vertrauen in die korrekte Anwendung des Medikamentes besteht, kann das MisoOne® autonom zu Hause eingenommen werden. Ein Behandlungsbeginn in der Tagesklinik, Poliklinik oder Praxis mit vorübergehender Aufenthalt zur Beobachtung ermöglicht eine entsprechende Begleitung und Betreuung und eine modulierbare Schmerzlinderung bevor die Patientin nach erfolgter Expulsion oder zur Vervollständigung der Expulsion nach Hause geht.</p> <p>Ob unter ambulanter Überwachung in der Klinik oder in vertrauter Umgebung zu Hause, mit abschliessender Kontrolle und persönlichem Gespräch, oder in ausgewählten Fällen als «One Stop Medical Termination of Pregnancy (MToP)» mit einem einzigen Arztbesuch, entscheidend ist letztlich, dass die Anbieter bei der Wahl des therapeutischen Settings, den gesundheitlichen und psychosozialen Bedürfnisse der Frauen Rechnung tragen und dass die Sicherheit dank der individuellen Disponibilität oder der Einbettung in ein medizinisches Netzwerk garantiert ist.</p>

## 5 Zusammenfassung und Diskussion

Ziel der Stellungnahme war es, die vorliegenden Quellen zu den strukturellen Voraussetzungen beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch bis zum 63. Tag der Amenorrhoe aufzubereiten. Die Unterlagen umfassten neben der Fachinformation der beiden Medikamente Mifepriston und Misoprostol [14,15], Hintergrundliteratur, zwei Leitlinien (WHO-Leitlinie und deutsche S2k-Leitlinie) [5,20] auch zwei Arbeiten, die Informationen zum Zugang zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch in fünf europäischen Ländern darstellen [6,17].

Für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch werden in der Regel die Medikamente Mifepriston und Misoprostol eingesetzt. Die Zulassungsbedingungen für die Anwendung von Mifepriston und Misoprostol und aktuell gültige Gesetze und Bestimmungen insbesondere nach § 47a Arzneimittelgesetz, den Regelungen des Schwangerschaftskonfliktgesetzes und des Strafgesetzbuches (§§ 218 ff. StGB) legen Voraussetzungen fest.

Wichtig ist dabei, dass die Bedürfnisse der betroffenen Frauen berücksichtigt werden. Diese sind beim Schwangerschaftsabbruch vielschichtig und sollten daher mit den Frauen individuell abgestimmt werden, damit mit Aspekten wie beispielsweise dem Ort der Durchführung adäquat umgegangen werden kann.

### 5.1 Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch bis zum 63. Tag p.m.

Bei der Einnahme der Medikamente ist in der Fachinformation von Mifepriston [14] festgelegt, dass die Arzneimittel „unter Aufsicht eines Arztes oder von diesem ermächtigtes medizinisches Fachpersonal angewendet werden“ müssen. Die deutsche S2k-Leitlinie [5] betont, dass der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch (im ersten Trimenon) keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen benötigt und dass daher die Patientinnen die Wahlmöglichkeit erhalten sollten, ob sie die Einnahme des Prostaglandins (Misoprostol) in Kliniken oder Praxen oder zu Hause vornehmen wollen. Bei letzterer Option kann eine telemedizinische Begleitung angeboten werden. Wichtig ist dabei, dass die betroffenen Frauen eine Notfall-Telefonnummer erhalten, um eine ärztliche Erreichbarkeit rund um die Uhr („24/7“) zu gewährleisten. Hinsichtlich des Ortes der Durchführung gibt es auch bei der WHO-Leitlinie [20] keine bestimmten Empfehlungen. Auch in der Leitlinie wird betont, dass ein Zugang zur Notfallversorgung im Falle von unerwünschten Nebenwirkungen im häuslichen Setting möglich sein sollte.

In Deutschland wurde ein Modellprojekt zum telemedizinisch begleiteten, medikamentösen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt. Zu dem Projekt liegt eine Zwischenevaluation vor, die noch keine Informationen zur Wirksamkeit und Sicherheit enthält [12]. Die Leitliniengruppe der DGGG 2022 empfiehlt eine telemedizinische Begleitung optional [5]. Auch die WHO-Leitlinie empfiehlt [20] eine telemedizinische Begleitung beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch. Die britische Regierung hat den telemedizinisch begleiteten Schwangerschaftsabbruch im April 2020 als Reaktion auf die Zugangsbeschränkungen während der COVID-19-Pandemie und seit 2022 dauerhaft zugelassen [12,13].

### 5.2 Strukturelle Voraussetzungen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in anderen europäischen Ländern

Zu den strukturellen Voraussetzungen des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs liegen Informationen aus fünf anderen europäischen Ländern vor [6,17]:

- Frankreich: Verabreichung von Mifepriston durch Ärztinnen und Ärzte oder Hebammen, Einnahme von Misoprostol (36-48 Stunden später) auch ohne Aufsicht möglich; beide Schritte in häuslicher Umgebung möglich. Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch darf bis zum Ende der siebten bzw. neunten Schwangerschaftswoche erfolgen.
- Niederlande: Verabreichung durch Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus oder in einer zugelassenen Klinik. Gesetzesinitiative zur Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs durch Hausärztinnen und Hausärzte wurde beraten (Stand 2022).
- Österreich: Abgabe von Mifepriston nur an Krankenanstalten und ambulante Fachärztinnen und Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Einnahme des Medikaments nur in Gegenwart einer Ärztin oder eines Arztes oder einer oder eines Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege (nach ärztl. Anordnung). Auch Hausärztinnen und Hausärzte berechtigt.
- Polen: Schwangerschaftsabbrüche erfolgen ausschließlich in Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems.
- Schweiz: Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch kann in Tageskliniken, Polikliniken oder Praxen erfolgen (mit Kooperationen zu Institutionen, die ggf. eine chirurgische Nachbehandlung und eine durchgehende Erreichbarkeit garantieren). Misoprostol kann zu Hause eingenommen werden.

### 5.3 Fazit

Die Zulassungsbedingungen für die Anwendung von Mifepriston und Misoprostol und aktuell gültige Gesetze und Bestimmungen legen Voraussetzungen für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch fest. Entsprechend der beiden dargestellten Leitlinien (WHO-Leitlinien und deutsche S2k-Leitlinie), werden für den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch bis zum 63. Tag p.m. keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen benötigt. Prinzipiell erscheint eine Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in der häuslichen Umgebung mit einer telemedizinischen Unterstützung möglich (siehe Pilotprojekt) und wird in den Leitlinien auch als Alternative empfohlen. Eine durchgehende Erreichbarkeit einer Einrichtung, bei der mögliche chirurgische Eingriffe im Falle von Komplikationen durchgeführt werden könnten, sollte garantiert sein.

Entsprechend dieser genannten Empfehlungen gestalten sich die Regelungen in den deutschen Nachbarländern Frankreich, Österreich und Schweiz ähnlich.

## Referenzen

1. Schwangerschaftsberatung online und telefonisch möglich. Zeit Online [online]. 26.03.2020. URL: <https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2020-03/coronavirus-krise-schwangerschaftsabbruch-beratung-online-telefon-pandemie>.
2. **Berufsverband der Frauenärzte Landesverband Schleswig-Holstein (BVF).** Notwendige Aktualisierung der Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch; Schreiben an den Unparteiischen Vorsitzenden des Gemeinsamen Bundesausschusses Prof. Josef Hecken. 05.09.2023.
3. **Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ).** Schwangerschaftsberatung § 218 Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch, 11. Auflage [online]. Berlin (GER): BMFSFJ; 2022. [Zugriff: 07.06.2024]. URL: [https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95282/c0363108ffe226db8fb8d8f876af25da/sc\\_hwangerschaftsberatung-218-data.pdf](https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95282/c0363108ffe226db8fb8d8f876af25da/sc_hwangerschaftsberatung-218-data.pdf).
4. **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Familienplanung.de.** Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch [online]. Köln (GER): BZgA. [Zugriff: 07.06.2024]. URL: <https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/der-medikamentoesse-schwangerschaftsabbruch/>.
5. **Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG).** Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon; S2k-Leitlinie, Langfassung [online]. AWMF-Registernummer 015-094. Berlin (GER): Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF); 2022. [Zugriff: 07.06.2024]. URL: [https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094l\\_S2k\\_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon\\_2023-01.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/015-094l_S2k_Schwangerschaftsabbruch-im-ersten-Trimenon_2023-01.pdf).
6. **Deutscher Bundestag.** Rechtliche Grundlagen des Schwangerschaftsabbruchs in ausgewählten Ländern: Strafbarkeit und Zugang zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch [online]. Berlin (GER): Deutscher Bundestag; 2022. [Zugriff: 07.06.2024]. URL: <https://www.bundestag.de/resource/blob/900302/32ac37fe198ad5c225341855a3b3df8a/WD-7-027-22-WD-9-025-22-pdf.pdf>.
7. **Deutscher Bundestag.** Stenografischer Bericht, 191. Sitzung; Plenarprotokoll 19/191 [online]. Berlin (GER): Deutscher Bundestag; 18.11.2020. [Zugriff: 11.04.2024]. URL: <https://dserver.bundestag.de/btp/19/19191.pdf>.
8. **Doctors for Choice Germany.** Schwangerschaftsabbruch zu Hause [online]. Berlin (GER): Doctors for Choice Germany; 2022. [Zugriff: 07.06.2024]. URL: [http://schwangerschaftsabbruch-zuhause.de/wp-content/uploads/2022/02/Info-PDF\\_Schwangerschaftsabbruch-zuhause.pdf](http://schwangerschaftsabbruch-zuhause.de/wp-content/uploads/2022/02/Info-PDF_Schwangerschaftsabbruch-zuhause.pdf).
9. **Gembruch U.** Schwangerschaftsabbruch im ersten, zweiten und dritten Trimester [online]. In: Die Geburtshilfe. Berlin, Heidelberg: Springer Reference Medicine; 2023. [Zugriff: 30.04.2024]. URL: [https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-44369-9\\_5-4](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-662-44369-9_5-4).
10. **Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA).** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch zuletzt geändert am 20. Juni 2019 [online]. Berlin (GER): G-BA; 2019. [Zugriff: 07.06.2024].

URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1883/ESA-RL\\_2019-06-20\\_iK\\_2019-07-20.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1883/ESA-RL_2019-06-20_iK_2019-07-20.pdf).

11. **Kommission zur Reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin.** Bericht der Kommission zur Reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin [online]. Berlin (GER): Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ); 2024. [Zugriff: 25.06.2024]. URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/238402/c47cae58b5cd2f68ffbd6e4e988f920d/bericht-kommission-zur-reproduktiven-selbstbestimmung-und-fortpflanzungsmedizin-data.pdf>.
12. **Maeffert J, Kühn L.** Der telemedizinisch begleitete medikamentöse Schwangerschaftsabbruch. Gynäkologische Praxis 2023;51(03):478-487.
13. **National Institute for Care and Health Excellence (NICE).** Abortion care [online]. Last updated: September 2022. London (GBR): NICE; 2019. [Zugriff: 01.07.2024]. (NICE guideline; NG 140). URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-care-pdf-66141773098693>.
14. **Nordic Pharma, EXELGYN.** Mifegyne 600 mg Tabletten [online]. 08.2022. [Zugriff: 07.06.2024]. URL: <http://www.fachinfo.de>.
15. **Nordic Pharma, EXELGYN.** MisoOne 400 Mikrogramm Tabletten [online]. 06.2023. [Zugriff: 07.06.2024]. URL: <http://www.fachinfo.de>.
16. **Prütz F, Hintzpeter B, Krause L.** Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland: aktuelle Daten aus der Schwangerschaftsabbruchstatistik. Journal of Health Monitoring 2022;7(2):42-51.
17. **Renteria SC, von Orelli S, Huldi H, Bitzer J, Tschudin S, Spencer B, et al.** Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimester [online]. Bern (SUI): Kommission Qualitätssicherung der Schweizerischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2022. [Zugriff: 07.06.2024]. (Expertenbrief; Band 78). URL: [https://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/1\\_Expertenbriefe/De/78\\_Medikamentoeser\\_Schwangerschaftsabbruch\\_im\\_ersten\\_Trimester\\_ersetzt\\_No\\_65.pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/1_Expertenbriefe/De/78_Medikamentoeser_Schwangerschaftsabbruch_im_ersten_Trimester_ersetzt_No_65.pdf).
18. **Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (SGGG).** Empfehlung zum späten Schwangerschaftsabbruch nach der 12. Woche [online]. Sursee (SUI): SGGG; 2022. [Zugriff: 07.06.2024]. (Guideline; Band 78). URL: [https://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/2\\_Guidelines/De/30-12-2022Guideline\\_Empfehlung\\_spater\\_SSabbruch\\_in\\_der\\_Schweiz.pdf](https://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/2_Guidelines/De/30-12-2022Guideline_Empfehlung_spater_SSabbruch_in_der_Schweiz.pdf).
19. **Statistisches Bundesamt (DeSTATIS).** Schwangerschaftsabbrüche 2022; statistischer Bericht. Wiesbaden (GER): DeSTATIS; 27.03.2023.
20. **World Health Organization (WHO).** Abortion care guideline [online]. Genf (SUI): WHO; 2022. [Zugriff: 07.06.2024]. URL: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349316/9789240039483-eng.pdf?sequence=1>.

**Richtlinie**  
**des Gemeinsamen Bundesausschusses**  
**zur Empfängnisregelung**  
**und zum Schwangerschaftsabbruch**

[vormals: Sonstige Hilfen-Richtlinien]

in der Fassung vom 10. Dezember 1985  
(Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27. März 1986)

zuletzt geändert am 20. Juni 2019  
veröffentlicht im Bundesanzeiger AT 19.07.2019 B2  
in Kraft getreten am 20. Juli 2019

Die vom Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß § 92 Abs.1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGBV) i.V.m. den §§ 24a und b SGB V beschlossenen Richtlinie dient der Sicherung einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen ärztlichen Betreuung der Versicherten im Rahmen der Empfängnisregelung/Empfängnisverhütung, der Sterilisation und des Schwangerschaftsabbruchs.

### **A. Allgemeines**

1. Die nach dieser Richtlinie durch die Ärztin/den Arzt auszuführenden Maßnahmen umfassen:
  - a) die Beratung über Fragen der Empfängnisregelung/Empfängnisverhütung (§ 24a SGB V)
  - b) die in § 24b SGBV vorgesehenen Leistungen zur Durchführung einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation
  - c) die in § 24 b SGB V vorgesehenen Leistungen zur Durchführung eines nicht rechtswidrigen sowie eines rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruches.
2. Die Maßnahmen nach dieser Richtlinie dürfen nur von den Ärztinnen/Ärzten ausgeführt werden, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach dem ärztlichen Berufsrecht dazu befugt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.
3. Lassen sich Ärztinnen/Ärzte bei der Durchführung dieser Maßnahmen vertreten, haben sie darauf hinzuwirken, dass ihre Vertreterinnen/Vertreter diese Richtlinie beachten.
4. Die Verträge, welche die Kassenärztlichen Vereinigungen mit ärztlich geleiteten Einrichtungen abschließen, haben vorzusehen, dass die Träger dieser Einrichtungen sich verpflichten, darauf hinzuwirken, dass die bei ihnen tätigen Ärztinnen/Ärzte diese Richtlinie beachten.

### **B. Empfängnisregelung**

1. Die ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelung umfasst sowohl die Beratung über Hilfen, die geeignet sind, eine Schwangerschaft zu ermöglichen als auch eine Schwangerschaft zu verhüten. Eine allgemeine Sexualaufklärung oder Sexualberatung fällt nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Soweit Maßnahmen zur Ermöglichung einer Schwangerschaft als Bestandteil einer Krankenbehandlung ausgeführt werden oder soweit im

Rahmen einer Krankenbehandlung die Verhütung einer Schwangerschaft medizinisch indiziert ist, finden ausschließlich die Bestimmungen über die Gewährung von Krankenhilfe Anwendung.

2. Die ärztliche Beratung soll die wissenschaftlich anerkannten Methoden der Empfängnisregelung berücksichtigen, individuell erfolgen und sich - wenn erforderlich - auch auf den Partner beziehen.
3. Zur ärztlichen Beratung gehören auch die in dieser Richtlinie aufgeführten Untersuchungen und die Verordnung von empfängnisregelnden Mitteln. Dabei ist zu beachten, dass nicht jede Beratung über Maßnahmen zur Empfängnisregelung eine Untersuchung erfordert.
4. Ergibt sich aus der Beratung der begründete Verdacht auf ein genetisches Risiko, soll die Vorstellung bei einer Ärztin/einem Arzt, die/der zum Führen der Zusatzbezeichnung "Medizinische Genetik" berechtigt ist (Humangenetikerin/Humangenetiker), veranlaßt werden. Die von der Humangenetikerin/vom Humangenetiker durchgeführte Beratung oder Begutachtung, ggf. einschließlich körperlicher Untersuchung und Chromosomenanalyse, gehört zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen dieser Richtlinie.
5. Die Beratung soll sich auch auf die Risiken einer Röteln- und Varizelleninfektion in einer späteren Schwangerschaft erstrecken. Bei Frauen mit dokumentierter zweimaliger Rötelnimpfung ist von Immunität auszugehen. Eine Antikörperbestimmung ist in diesen Fällen nicht erforderlich. Frauen mit fehlender oder nur einmaliger Impfung soll die Rötelnimpfung bzw. deren Komplettierung empfohlen werden.

Ergibt sich in dem Beratungsgespräch, dass die Immunitätslage gegen Varizellen ungeklärt ist, so soll eine entsprechende Antikörper-Bestimmung gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie durchgeführt werden. Das Ergebnis ist in einer besonderen Bescheinigung zu dokumentieren oder im Impfbuch einzutragen.

Die Immunitätslage ist als geklärt anzusehen, wenn das Ergebnis einer früheren Varizellen-Antikörper-Bestimmung den Nachweis spezifischer Antikörper erbracht hat. Eine entsprechende Bescheinigung ist von der Versicherten anzufordern. Wird diese vorgelegt, ist eine Antikörper-Bestimmung nicht mehr erforderlich.

Ist keine Immunität vorhanden, soll eine Varizellen-Schutzimpfung empfohlen werden.

Ferner sollte im Rahmen dieser Beratung auch das Impfbuch der Versicherten auf gemäß Schutzimpfungs-Richtlinie empfohlene Impfungen durchgesehen werden und die Durchführung fehlender Impfungen ggf. empfohlen werden. Insbesondere soll Frauen mit Kinderwunsch eine Pertussisschutzimpfung empfohlen werden, sofern die letzte Impfung gegen Pertussis länger als 10 Jahre zurückliegt.

Die Impfungen selbst sind nicht Gegenstand dieser Richtlinie.

6. Sexuell aktiven Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr soll einmal jährlich die Untersuchung einer Probe auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektionen angeboten werden. Als Hilfestellung für die Information der Frau zu diesem Screening ist das Merkblatt mit dem Titel „Warum wird mir ein jährlicher Chlamydientest angeboten?“ (Muster siehe Anlage I) zur Verfügung zu stellen.

Das Screening wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäure-amplifizierenden Tests (NAT) durchgeführt. Zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann der Test in einem Poolingverfahren durchgeführt werden, bei dem Proben von bis zu fünf Patientinnen gemeinsam getestet werden. Dabei dürfen nur Testkits verwendet werden, die für die Anwendung im Poolingverfahren geeignet sind. Die Zuverlässigkeit der Tests im Poolingverfahren ist in den Laboren durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Schnelltests (sogenannte „bed-side-Tests“, Tests auf vorgefertigtem Reagenzträger) sind für Screeninguntersuchungen nicht geeignet.

Das Chlamydien-Screening wird unter besonderer Berücksichtigung kurz- bzw. mittelfristig erreichbarer Ergebnisse mit vollständig anonymisierten Daten evaluiert. Ziel der Evaluation ist insbesondere die Gewinnung von Informationen zu alters- und regionsspezifischen Prävalenzen im gescreenten Kollektiv.

7. Bei bestehendem Kinderwunsch sollen in die Beratung Hinweise zur Prophylaxe von Neuralrohrdefekten durch Folsäure einbezogen werden. Dabei sind auch Hinweise zur Ernährungsberatung einzubeziehen. Die Verordnung von Folsäure-Präparaten zur Prophylaxe zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen.
8. Ergibt sich aus der ärztlichen Beratung über Hilfen, die geeignet sind, eine Schwangerschaft zu ermöglichen, dass über eine Untersuchung hinaus weitergehende diagnostische und/oder therapeutische Maßnahmen erforderlich sind, so sind diese nicht Gegenstand dieser Richtlinie, sondern Krankenbehandlung.
9. Vor der erstmaligen Verordnung eines Mittels zur Empfängnisverhütung sollen neben der Erhebung der Anamnese die gynäkologische Untersuchung einschließlich Blutdruckmessung und die zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs durchgeführt werden. Ergeben sich hieraus Hinweise auf eine Krankheit, die eine Kontraindikation zur Verordnung des Mittels zur Empfängnisverhütung sein kann, sind die dazu erforderlichen diagnostischen Maßnahmen nicht Gegenstand dieser Richtlinie, sondern Bestandteil der kurativen Versorgung.
10. Kontrolluntersuchungen während der Dauer der Anwendung eines Mittels zur Empfängnisverhütung richten sich hinsichtlich Art und Umfang nach den einzelnen Methoden. Im Einzelfall können folgende Untersuchungen notwendig sein:

- a) bei hormoneller Antikonzeption
    - gynäkologische Untersuchung einschl. Blutdruckmessung
    - zytologische Untersuchung des Portio-Abstrichs
    - mikroskopische Untersuchung des Nativabstrichs des Scheidensekrets
  - b) bei Anwendung des Intrauterinpessars
    - zusätzlich zu den Maßnahmen nach a) eine Ultraschalluntersuchung nach Applikation
11. Die in den Nummern 6, 9 und 10 aufgeführten Untersuchungen entfallen, falls im Laufe der letzten 6 Monate ggf. auch aus anderem Anlaß derartige Untersuchungen ausgeführt worden sind und das Ergebnis eine Wiederholung entbehrlich macht.
  12. Die Verordnung von Arzneimitteln zur Empfängnisverhütung soll möglichst für einen Zeitraum von 6 Monaten erfolgen.
  13. Die Kosten für im Rahmen dieser Richtlinie verordnete Mittel zur Empfängnisverhütung sowie deren Applikation fallen nicht unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Ausgenommen sind Versicherte bis zum vollendeten 22. Lebensjahr, sie haben Anspruch auf Versorgung mit verschreibungspflichtigen empfängnisverhütenden Mitteln. Dies gilt auch für nicht verschreibungspflichtige Notfallkontrazeptiva, soweit sie ärztlich verordnet werden.

### **C. Sterilisation**

1. Versicherte haben Anspruch auf Leistungen zur Durchführung einer Sterilisation, wenn diese durch Krankheit erforderlich ist.
2. Über die Ausführung einer durch Krankheit erforderlichen Sterilisation soll die Ärztin/der Arzt unter Beachtung des ärztlichen Berufsrechts, unter Berücksichtigung der Gegebenheiten des Einzelfalles und nach einer ärztlichen Untersuchung zur Klärung der technischen Ausführbarkeit und Wahl der geeigneten Operationsmethode und nach Maßgabe des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V -Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus entscheiden.

### **D. Schwangerschaftsabbruch**

#### **1. Allgemeines**

Der Schwangerschaftsabbruch ist keine Methode zur Geburtenregelung. Daher hat jede Ärztin/jeder Arzt im Rahmen der von ihr/ihm durchzuführenden ärztlichen Beratung der Schwangeren darauf hinzuwirken, dass die Schwangerschaft ausgetragen wird, soweit nicht schwerwiegende Gründe entgegenstehen.

Erwägt die Schwangere gleichwohl einen Schwangerschaftsabbruch, ist auf die Möglichkeit öffentlicher und privater sozialer Hilfen für Schwangere, Mütter und Kinder hinzuweisen. Zusätzlich ist die Schwangere über die gesundheitlichen Risiken eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten.

Die Ärztin/der Arzt, die/der einen Schwangerschaftsabbruch vornimmt, muß unabhängig von der Art des Schwangerschaftsabbruchs

- der Schwangeren Gelegenheit geben, ihr/ihm die Gründe für ihr Verlangen nach Abbruch der Schwangerschaft darzulegen (§ 218 c Strafgesetzbuch - StGB),
- die Schwangere über die Bedeutung des Eingriffs, insbesondere über Ablauf, Folgen, Risiken, mögliche physische und psychische Auswirkungen ärztlich beraten (§ 218 c StGB),
- die notwendige Nachbehandlung gewährleisten (§ 13 Abs. 1 Schwangerschaftskonfliktgesetz - SchKG).

### **2. Nicht rechtswidriger Schwangerschaftsabbruch**

Der Schwangerschaftsabbruch darf nur mit Einwilligung der Schwangeren von einer Ärztin/einem Arzt vorgenommen werden, wenn die schriftliche Feststellung einer anderen Ärztin/eines anderen Arztes über die Voraussetzungen einer der nachfolgenden Indikationen vorliegt (§ 218 a Abs. 2 und 3 StGB).

#### a) Medizinische Indikation

Bei Vorliegen einer medizinischen Indikation kann der Schwangerschaftsabbruch ohne zeitliche Begrenzung durchgeführt werden, wenn er unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse notwendig ist, um Lebensgefahr oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden (§ 218 a Abs. 2 StGB).

Die Ärztin oder der Arzt, die oder der die schriftliche Feststellung über das Vorliegen einer medizinischen Indikation zu treffen hat, hat vor der schriftlichen Feststellung die Schwangere über die medizinischen und psychischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs zu beraten und über den Anspruch auf weitere und vertiefende psychosoziale Beratung zu informieren. Außerdem sind im Einvernehmen mit der Schwangeren Kontakte zu Beratungsstellen zu vermitteln, soweit dies nicht bereits im Zusammenhang mit der Mitteilung eines pränatal-diagnostischen Befundes gemäß Anlage 1c II. der Mutterschafts-Richtlinien (Mu-RL) geschehen ist (§

2a Abs. 2 SchKG in Verbindung mit §§ 218a Abs. 2, 218b Abs. 1 StGB).

Für die Feststellung über das Vorliegen einer medizinischen Indikation ist eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die erfolgte Beratung nach Abschnitt D Nummer 2 Buchstabe a dieser Richtlinie bzw. den Verzicht darauf und sofern ein Befund gemäß Mu-RL Anlage 1c II. festgestellt wurde, auch eine schriftliche Bestätigung der Schwangeren über die erfolgte Beratung nach Mu-RL Anlage 1c II. bzw. den Verzicht darauf, erforderlich.

Die schriftliche Feststellung (Abbruchindikation) darf nicht vor Ablauf von drei Tagen nach Diagnosemitteilung gemäß Mu-RL Anlage 1c II. oder der Beratung nach Abschnitt D Nummer 2 Buchstabe a dieser Richtlinie erfolgen. Dies gilt nicht, wenn die Schwangerschaft abgebrochen werden muss, um eine gegenwärtige erhebliche Gefahr für Leib oder Leben der Schwangeren abzuwenden (§ 2a Abs. 2 und 3 SchKG).

b) Kriminologische Indikation

Im Falle der kriminologischen Indikation kann ein Schwangerschaftsabbruch bis zur 12. Schwangerschaftswoche post conceptionem durchgeführt werden, wenn dringende Gründe für die Annahme sprechen, dass die Schwangerschaft auf einem Sexualdelikt beruht (§ 218 a Abs. 3 StGB).

Die Ärztin/der Arzt, die/der den Schwangerschaftsabbruch vornimmt, muß sich durch ärztliche Untersuchung, gegebenenfalls durch Ultraschall, von der Dauer der Schwangerschaft überzeugen (§ 218 c Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 StGB).

c) Kostenregelung

Die Kosten für Schwangerschaftsabbrüche bei medizinischer oder kriminologischer Indikation werden von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen (§ 24 b Abs. 1, 2 SGB V).

### **3. Rechtswidriger, aber straffreier Schwangerschaftsabbruch (sog. „Beratungsregelung“)**

#### **3.1 Voraussetzungen**

In besonderen Ausnahmesituationen kann ein Schwangerschaftsabbruch in Betracht kommen, wenn der Schwangeren durch das Austragen des Kindes eine Belastung erwächst, die so schwer und außergewöhnlich ist, dass sie die zumutbare Opfergrenze übersteigt. Wenn die Schwangere in diesem Fall den Abbruch verlangt, kann die Ärztin/der

Arzt nach § 218 a Abs. 1 StGB einen rechtswidrigen, aber straffreien (tatbestandslosen) Schwangerschaftsabbruch innerhalb von 12 Schwangerschaftswochen post conceptionem durchführen.

Wenn durch Anamnese und klinischen Befund eine Bestimmung des Alters der Schwangerschaft und damit der Frist für einen rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbruch mit hinreichender Sicherheit nicht möglich ist, soll sie mittels Ultraschalluntersuchung erfolgen (§ 218 c Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB V).

Voraussetzung für den Schwangerschaftsabbruch nach § 218a Abs. 1 StGB ist weiterhin, dass die Schwangere der Ärztin/dem Arzt durch die Bescheinigung einer nach § 9 SchKG anerkannten Beratungsstelle eine mindestens drei Tage zurückliegende Schwangerschaftskonfliktberatung gemäß § 219 StGB nachgewiesen hat.

### 3.2 Schwangerschaftskonfliktberatung

Die verpflichtende Beratung der Schwangeren in einer Not- und Konfliktlage nach § 219 StGB in Verbindung mit §§ 5 und 6 SchKG dient dem Schutz des ungeborenen Lebens. Sie hat sich von dem Bemühen leiten zu lassen, die Schwangere zur Fortsetzung der Schwangerschaft zu ermutigen und ihr Perspektiven für ein Leben mit dem Kind zu eröffnen; sie soll ihr helfen, eine verantwortliche und gewissenhafte Entscheidung zu treffen. Die Beratung ist ergebnisoffen zu führen und geht von der Verantwortung der Schwangeren aus.

Die Beratung beinhaltet neben medizinischer und sozialer Information auch die Darlegung der Rechtsansprüche von Mutter und Kind und der möglichen praktischen Hilfen sowie das Angebot, die Schwangere bei der Geltendmachung von Ansprüchen zu unterstützen.

Ist die Ärztin/der Arzt nicht selbst als Beraterin/Berater für die Schwangerschaftskonfliktberatung anerkannt, hat sie/er die Schwangere an eine anerkannte Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu verweisen, es sei denn, die Schwangere legt eine Bescheinigung über die bereits durchgeführte Beratung vor.

Soll die/der in Anspruch genommene Ärztin/Arzt den Schwangerschaftsabbruch vornehmen, darf sie/er die Schwangerschaftskonfliktberatung auch als anerkannte/anerkannter Beraterin/Berater nicht durchführen, sondern muß sich die Beratungsbescheinigung einer/eines anderen Ärztin/Arztes oder einer anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle aushändigen lassen. Die der Ärztin/dem Arzt nach den allgemeinen Grundsätzen des ärztlichen Berufsrechts obliegenden Pflichten sind hier in besonderem Maße zu beachten.

Die Schwangerschaftskonfliktberatung erfolgt für die Schwangere unentgeltlich (§ 6 Abs. 4 SchKG).

Die Beratungsstelle hat der Schwangeren nach Abschluß der Beratung hierüber eine mit dem Datum des letzten Beratungsgesprächs und dem Namen der Schwangeren versehene Bescheinigung auszustellen (§ 7 SchKG).

### 3.3 Kostenregelung

#### a) Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (§ 24 b Abs. 3 SGB V)

Im Falle eines unter den Voraussetzungen des § 218 a Abs. 1 StGB vorgenommenen Abbruchs der Schwangerschaft haben gesetzlich krankenversicherte Frauen Anspruch auf Leistungen, die der Gesundheit der Frau oder, wenn es nicht zum Abbruch kommt, dem Schutz des Kindes sowie dem Kindesschutz bei weiteren Schwangerschaften dienen. Hierzu gehören die nachfolgenden Leistungen, für die die Kosten von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden:

#### (aa) bei allen Schwangerschaftsabbrüchen:

- Die ärztliche Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft,
- die ärztliche Behandlung für die Dauer der Schwangerschaft,
- die Feststellung des Schwangerschaftsalters durch eine Ultraschall-Untersuchung vor dem Abbruch,
- die Bestimmung von Blutgruppe und Rhesusfaktor,
- die bei Rhesus-negativen Frauen nach erfolgtem Abbruch durchzuführende Rhesus-Desensibilisierung durch Injektion von Anti-D-Immunglobulin (Anti-D-Prophylaxe),
- die ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln, wenn diese Maßnahmen erforderlich werden, um Komplikationen des Abbruchs zu behandeln,
- die Ausstellung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung;
- die Untersuchung auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektionen:

Die Untersuchung wird an einer Urinprobe mittels eines Nukleinsäure-amplifizierenden Tests (NAT) durchgeführt. Zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes kann der Test in einem Poolingverfahren durchgeführt werden, bei dem Proben von bis zu fünf Patientinnen gemeinsam getestet werden. Dabei dürfen nur Testkits verwendet werden, die für die Anwendung im Poolingverfahren geeignet sind. Die Zuverlässigkeit der Tests im Poolingverfahren ist in den Laboren durch geeignete Qualitätssicherungsmaßnahmen sicherzustellen.

Schnelltests (sogenannte „bed-side-Tests“, Tests auf vorgefertigtem Reagenzträger) sind für diese Untersuchung nicht geeignet."

(bb) beim operativen Abbruch:

- Präoperative Beratungen und Aufklärungsgespräche im Hinblick auf Risiken und Nebenwirkungen des operativen Eingriffs,
- die prophylaktische Gabe eines Uterotonikums postoperativ,
- die histologische Untersuchung des Abradates (Schwangerschaftsgewebes),
- perioperativ und/oder intraoperativ zusätzlich erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen;

(cc) beim medikamentösen Abbruch:

- Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Methode und den Ablauf der Behandlung sowie Ausschluss von Kontraindikationen,
- zusätzlich erforderliche Maßnahmen zur Vermeidung von Komplikationen.

Die Verordnung und Abrechnung erfolgt nach den sonst für die vertragsärztliche Versorgung üblichen Verfahren.

b) Zahlungspflicht der Frau (§ 24 b Abs. 4 SGB V)

Folgende Leistungen, die sich auf den Abbruch der Schwangerschaft unmittelbar erstrecken und zu seiner Durchführung im Regelfall notwendig sind, werden nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen:

(aa) beim operativen Schwangerschaftsabbruch:

- Kombinationsnarkose mit Maske, gegebenenfalls mit endotrachealer Intubation bzw. Spinalanästhesie oder Lokalanästhesie des Gebärmutterhalses, einschließlich der gegebenenfalls intraoperativ erforderlichen Überwachungsmaßnahmen und folgender Laboruntersuchungen der präoperativen Diagnostik, sofern sie im Einzelfall notwendig sind:
  - Kleines Blutbild: Hämoglobin, Hämatokrit,
  - Glucose und Eiweiß im Urin mittels Teststreifen,
  - zusätzlich bei Intubationsnarkose: Kalium,
- der operative Eingriff, - bei rückenmarksnaher Leitungsanästhesie: Partielle Thromboplastinzeit (PTT), Thromboplastinzeit nach Quick (TPZ), Thrombozyten,
- gegebenenfalls eine vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter,
- die Katheterisierung der Harnblase,
- die Injektion von Medikamenten,
- gegebenenfalls die Gabe eines wehenfördernden Medikamentes,
- gegebenenfalls die Assistenz durch eine/einen andere/anderen Ärztin/Arzt,

- die körperliche Untersuchung im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluss an die Operation (Aufwachphase);
- (bb) beim medikamentösen Schwangerschaftsabbruch:
- Durchführung des medikamentös ausgelösten Abbruchs bis zum 63. Tag p.m. einschließlich Überwachung und Betreuung während der Austreibungsphase,
  - gegebenenfalls mit Erweiterung des Gebärmutterhalskanals,
  - gegebenenfalls einschließlich der Gabe von Medikamenten zur Behandlung von Nebenwirkungen der zur Auslösung des Abbruchs verabreichten Medikamente,
  - gegebenenfalls sonografische Untersuchung(en) zur Überprüfung des Behandlungserfolgs.

#### **4. Kostenregelung in besonderen Fällen**

##### a) Gesetzlich krankenversicherte Frauen

Soweit eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nicht gegeben ist, soll die Ärztin/der Arzt auf die Möglichkeiten zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen hinweisen. Nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) haben gesetzlich krankenversicherte Frauen Anspruch auf Leistungen, wenn ihnen die Aufbringung der Mittel für den Abbruch einer Schwangerschaft nicht zuzumuten ist (§ 19 SchKG).

Die Leistungen nach dem Gesetz erstrecken sich auf die Kosten des Schwangerschaftsabbruchs selbst und der medizinisch erforderlichen Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf.

Die Leistungen werden auf Antrag auftragsweise von der örtlich zuständigen gesetzlichen Krankenkasse als Sachleistungen gewährt.

##### b) Nicht gesetzlich krankenversicherte Frauen

Bei nicht gesetzlich krankenversicherten Frauen erfüllt die gesetzliche Krankenversicherung auftragsweise ebenfalls deren Anspruch auf die unmittelbar mit dem Schwangerschaftsabbruch verbundenen ärztlichen Leistungen und Krankenhausleistungen, wenn sie bedürftig im Sinne von § 19 SchKG in besonderen Fällen sind. Die Frau kann einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung am Ort ihres Wohnsitzes oder ihres gewöhnlichen Aufenthaltes wählen (§ 21 SchKG). Die übrigen Leistungen, welche die gesetzliche Krankenversicherung bei gesetzlich krankenversicherten Frauen bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der Beratungsregelung trägt (z. B. Voruntersuchung, Aufklärungsgespräch), fallen bei nicht gesetzlich Krankenversicherten in den

Leistungsbereich anderer Kostenträger (Sozialhilfe, Beihilfe, Private Krankenversicherung).

c) Verfahren

Die berechtigten Frauen haben die freie Wahl unter den Ärztinnen/Ärzten und Einrichtungen, die sich zur Vornahme des Eingriffs bereit erklärt haben. Ärztinnen/Ärzte und andere Einrichtungen haben bei Vornahme eines Schwangerschaftsabbruchs bei bedürftigen Frauen Anspruch auf die Vergütung, welche die Krankenkasse für ihre Mitglieder bei einem nicht rechtswidrigen Schwangerschaftsabbruch zahlt (§ 21 Abs. 3 SchKG).

Die Frau weist den Leistungsanspruch nach mit einem Berechtigungsschein, der von der jeweiligen Krankenkasse ausgestellt wird. Für die Abrechnung verwendet die/der diese Leistungen erbringende Vertragsärztin/Vertragsarzt den Abrechnungsschein (Vordruck-Muster 5). Diesem wird der Berechtigungsschein angeheftet und mit der Quartalsabrechnung an die Kassenärztliche Vereinigung übersandt. Zur Berechnung der Vergütung zieht die Kassenärztliche Vereinigung den bei ihr ermittelten Punktwert heran.

Die Vertragsärztin/der Vertragsarzt kann ihre/seine Leistung auch direkt mit der Krankenkasse abrechnen.

### 5. Einrichtungen

Die Einrichtung, in welcher der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird, muß den notwendigen personellen und sachlichen Anforderungen - auch zur Beherrschung von Notsituationen - genügen. Eine ausreichende ärztliche Überwachung und Nachbehandlung der Frau nach dem Eingriff muß gewährleistet sein (§ 13 Abs. 1 SchKG).

Ergänzend zu Satz 1 und 2 kommen für ambulant durchgeführte operative Schwangerschaftsabbrüche nur Einrichtungen in Betracht, die als an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende die gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zum ambulanten Operieren (Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren) vom 28. November 2011 und solche, die als Krankenhaus die gemäß § 13 des Vertrages nach § 115b Absatz 1 SGB V - Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) vom 18. Dezember 2024 gestellten Anforderungen erfüllen.

Ob der Eingriff zum Abbruch der Schwangerschaft ambulant oder stationär ausgeführt wird, richtet sich insbesondere nach den medizinischen Notwendigkeiten.

~~Als Einrichtung kommt auch eine/ein niedergelassene/niedergelassener Vertragsärztin/Vertragsarzt in Betracht, soweit sie/er die Voraussetzungen für eine notwendige Nachbehandlung (§ 13 SchKG) sowie die nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren (gemäß § 14 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V - ambulantes Operieren im Krankenhaus) vom 13. Juni 1994 gestellten Anforderungen erfüllt.~~

Die/der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin/Arzt hat der Kassenärztlichen Vereinigung zum Nachweis der Erfüllung der in Absatz 1 dieses Abschnittes genannten Voraussetzungen die gegebenenfalls erforderliche staatliche Anerkennung vorzulegen, soweit der Schwangerschaftsabbruch nicht an einem Krankenhaus durchgeführt wird.

Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, die Verweise auf die in diesem Abschnitt D Nummer 5 in Bezug genommenen Verträge und Vereinbarungen zu aktualisieren, soweit dadurch der wesentliche Inhalt der ESA-RL an dieser Stelle nicht verändert wird.

Die Anforderungen an die Einrichtungen zur ärztlichen Vornahme eines Abbruchs i. S. d. § 218a StGB i.V.m. § 24b Absatz 4 SGB V sind nicht Gegenstand dieses Abschnitts.

### **6. Bundesstatistik**

Wer als Ärztin/Arzt unter den Voraussetzungen des Strafgesetzbuches einen Schwangerschaftsabbruch durchgeführt hat, ist verpflichtet, zum Quartalsende (§ 16 Abs. 2 SchKG) die Angaben für die Erhebung einer Bundesstatistik an das Statistische Bundesamt zu richten (§§ 15 ff. SchKG). Der Name der Schwangeren darf dabei nicht angegeben werden.

Für die Erhebung der Bundesstatistik besteht Auskunftspflicht der Inhaberinnen/Inhaber der Arztpraxen und der Leiterinnen/Leiter der Krankenhäuser, in denen innerhalb von zwei Jahren vor dem Quartalsende, in dem die Erhebung erfolgt, Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt wurden (§ 18 Abs. 1 SchKG).

## Anlage I

der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch

Merkblatt:

### Warum wird mir ein jährlicher Chlamydientest angeboten?

Liebe Leserin,

dieses Merkblatt erläutert, warum beschwerdefreien Frauen bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr in Deutschland ein jährlicher Test auf Chlamydien angeboten wird und will Ihnen unterstützend zu dem ärztlichen Beratungsgespräch eine Entscheidungshilfe für die Durchführung des Tests bieten. Bei weitergehenden Fragen können Sie sich an Ihren Arzt oder Ihre Ärztin wenden.

Die wichtigsten Informationen:

- Chlamydien (sprich: "Klamüdien") sind Bakterien und gehören zu den am häufigsten sexuell übertragbaren Infektionen.
- Viele Menschen tragen diese Bakterien in sich, ohne davon zu wissen und können sie an andere weitergeben.
- Auch wenn die Infektion mit Chlamydien meistens keine Beschwerden verursacht, kann sie dennoch für junge Frauen ernste Folgen haben; im schlimmsten Fall kann es zur Unfruchtbarkeit kommen.
- Wird die Infektion rechtzeitig erkannt, kann sie gut mit Antibiotika behandelt werden.

Wie Sie sich anstecken können:

- Vor allem beim ungeschützten Geschlechtsverkehr .

Wie Sie sich nicht anstecken können:

- Durch Umarmungen, gemeinsames Baden, Schwimmbäder und Toilettenbrillen.

Wie Sie sich schützen können:

- Vor allem durch die Benutzung von Kondomen.
- Andere Verhütungsmittel, wie zum Beispiel die Pille, schützen nicht vor einer Infektion mit Chlamydien.

Was bedeutet eine Chlamydieninfektion?

Die Chlamydieninfektion gehört zu den am häufigsten vorkommenden sexuell übertragbaren Erkrankungen. Die Bakterien können sich im Intimbereich ansiedeln und vermehren.

In Deutschland geht man von 300.000 Neuerkrankungen pro Jahr aus. Etwa 7 von 10 infizierten Frauen und 5 von 10 infizierten Männern haben keine Symptome und merken daher von der Infektion nichts. Eine Infektion kann man auch niemandem ansehen. Sie hat auch gar nichts mit Unsauberkeit zu tun.

Wenn Symptome auftreten, sind sie meist leicht. Auf eine mögliche Infektion bei einer Frau

können hindeuten: ungewöhnlicher Ausfluss aus der Scheide, Zwischenblutungen, Blutungen direkt nach dem Verkehr, Schmerzen beim Wasserlassen. Lassen Sie sich bitte bei Ihrem Arzt bzw. Ihrer Ärztin beraten, wenn Sie solche Symptome bemerken.

Vor allem bei Frauen sind Folgeerkrankungen durch die Infektion mit Chlamydien bekannt.

Unbehandelte Chlamydieninfektionen können zu Entzündungen der Gebärmutter und der Eileiter führen (das passiert bei ungefähr 4 von 10 infizierten Frauen). Hierdurch können dauerhafte Schäden insbesondere an den Eileitern entstehen. Diese können unter anderem dazu führen, dass Frauen später nicht mehr auf natürlichem Weg schwanger werden können.

Die Infektion kann auch ohne Behandlung und ohne schwere Folgen ausheilen. Keiner kann jedoch vorhersagen, ob eine Infektion von alleine ausheilen oder zu schweren Folgeerkrankungen führen wird.

Warum wird mir ein Test auf Chlamydien angeboten?

Jeder sexuell aktive Mensch kann sich mit Chlamydien anstecken. Junge Frauen sind besonders oft von einer Infektion betroffen (in Deutschland ca. 4 bis 10 von 100). Das Risiko steigt mit der Zahl der Sexualpartner.

Weil vor allem bei Frauen schwere und dauerhafte Folgeerkrankungen bekannt sind, die man durch rechtzeitige Behandlung größtenteils verhüten kann, wird Ihnen ein Chlamydientest angeboten.

Der Test kann mit Hilfe einer Urinprobe (nicht wie sonst Mittelstrahlurin, sondern die erste Urinportion beim Wasserlassen) durchgeführt werden, da sich die Erreger im Urin nachweisen lassen. Der Test ist sehr zuverlässig und das Ergebnis liegt meist in wenigen Tagen vor.

Die Chlamydieninfektion wird mit Antibiotika behandelt. Die verwendeten Medikamente sind meist gut verträglich, selten treten Nebenwirkungen wie Erbrechen und Durchfall auf. Wenn man das Medikament in der vorgeschriebenen Weise einnimmt, heilt die Infektion in der Regel folgenlos aus. Wenn schon vor der Behandlung Schäden eingetreten sind, können sie durch die Behandlung allerdings nicht rückgängig gemacht werden.

Was sollte ich bei einem positiven Chlamydientest bedenken?

Wenn bei Ihnen eine Chlamydieninfektion festgestellt wird, muss auch Ihr Partner behandelt werden, da er auch infiziert sein kann. Sonst kann es nach Abschluss Ihrer Behandlung zu einer Neuinfektion durch Ihren Partner kommen. Schützen Sie sich beim Sex mit Kondom, solange die Behandlung – auch Ihres Partners – andauert.

Der Test auf eine Chlamydieninfektion kann Ihnen nicht sagen, wie lange Sie schon infiziert sind. Da häufig auch keine Symptome auftreten, ist es schwierig festzustellen, wann und bei wem man sich möglicherweise angesteckt hat. Eine Infektion bedeutet daher nicht unbedingt, dass ihr Partner fremdgegangen ist.

Bei Bedenken oder Sorgen können Sie mit Ihrem behandelnden Arzt oder Ihrer behandelnden

Ärztin sprechen.

Wer erfährt von dem Test?

Außer Ihnen und Ihrem Arzt oder Ihrer Ärztin, die Ihnen das Testergebnis mitteilen, erfährt niemand von dem Test. Die Ärzte und ihr Personal unterliegen der Schweigepflicht.

Was kostet der Test auf Chlamydien?

Die Kosten für einen Früherkennungstest bei beschwerdefreien Frauen werden einmal jährlich bis zum abgeschlossenen 25. Lebensjahr von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Chlamydieninfektionen und andere durch Sex übertragbare Erkrankungen

Die Chlamydieninfektion ist nur eine von den Krankheiten, die durch Sex übertragen werden können. Einen sicheren Schutz vor einer Ansteckung mit einer solchen Krankheit gibt es nur bei völligem Verzicht auf Sex oder lebenslanger Treue zweier nicht infizierter Partner. Die Wirklichkeit ist aber oft anders, deshalb sollte man sich vor einer möglichen Ansteckung schützen.

Der wichtigste Schutz:

Der Gebrauch von Kondomen vermindert das Risiko einer Ansteckung mit sexuell übertragbaren Krankheiten deutlich. Bitte beachten Sie, dass die Pille nicht vor einer Infektion mit einer sexuell übertragbaren Krankheit schützen kann.

Wo bekomme ich weitere Informationen?

Ihre Ärztin oder Ihr Arzt informiert Sie gern bei weiteren Fragen.

Darüber hinaus bieten die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA, Internetadresse: [www.bzga.de](http://www.bzga.de)) und andere Organisationen weitere Informationen zum Thema sexuell übertragbare Erkrankungen an.

**Stand:** Oktober 2009

Das Merkblatt ist eine Anlage der Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch.

**Herausgeber:**

Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)

Wegelystraße 8

10623 Berlin

Telefon: 030/ 27 58 38 – 0

Telefax: 030 / 27 58 38 - 990

[www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist ein Gremium der Gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern in Deutschland, in dem seit 2004 auch Patientenvertreter aktiv mitwirken. Entscheidungen des G-BA stehen unter der Rechtsaufsicht des Bundesministeriums für Gesundheit.

**Erstellung:**

Dieses Merkblatt wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach Kriterien der evidenzbasierten Patienteneinfor-  
mation entwickelt.

**Literatur:**

De Carvalho Gomes H, Velasco-Garrido M, Busse R. Screening auf urogenitale Chlamydia trachomatis-Infek-  
tion. DAHTA@DIMDI 2005

Nelson HD, Saha S, Helfand M, 2001: Screening for Chlamydial Infection. Systematic Evidence Review Number  
3. AHRQ Publication No.01 - S003.

Centers for Disease Control and Prevention, 1993. Recommendations for the Prevention and Management of  
Chlamydia trachomatis Infections (update 2001).

Health Council for the Netherlands, 2004. Screening for Chlamydia (Summary).



## Stellungnahme zur Änderung der ESA-RL: Änderung in Abschnitt D Nummer 5

Deutsche Gesellschaft für Humangenetik	
19.03.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
mit dem Hinweis auf Anl. 3, Punkt B, Nr. 4 „genetisches Risiko“, ist bitte zu ändern <b>in rot</b>	<p>„Ergibt sich aus der Beratung der begründete Verdacht auf ein genetisches Risiko, soll die Vorstellung bei einer Ärztin/einem Arzt, die/der zum Führen der Zusatzbezeichnung "Medizinische Genetik" berechtigt ist (Humangenetikerin/Humangenetiker), veranlaßt werden. Die von der Humangenetikerin/vom Humangenetiker durchgeführte Beratung oder Begutachtung, ggf. einschließlich körperlicher Untersuchung und Chromosomenanalyse, gehört zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen dieser Richtlinie.“</p> <p>„Ergibt sich aus der Beratung der begründete Verdacht auf ein genetisches Risiko, soll die Vorstellung bei einer Ärztin/einem Arzt, <b>die/der nach dem „Gesetz über genetische Untersuchungen bei Menschen“ für die vorgeburtliche genetische Untersuchung und genetische Beratung</b> berechtigt ist, veranlasst werden. Die von der <b>berechtigten Ärztin/ Arzt durchgeführte genetische Untersuchung und Beratung</b> oder Begutachtung, ggf. einschließlich körperlicher Untersuchung und Chromosomenanalyse, gehört zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen dieser Richtlinie.“</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2025 statt.

<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.</b>	Wir nehmen teil
<b>Wir nehmen nicht teil.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	

**Stellungnahme zur Änderung der ESA-RL: Änderung in Abschnitt D Nummer 5**

Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)	
19.03.2025	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
Keine Änderungsvorschläge	<p>Die Loslösung der Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs von den Vorgaben zur Qualitätssicherung für das ambulante Operieren im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung wird durch die DEGUM begrüßt.</p> <p>Dies steht im Einklang mit den derzeitigen nationalen und internationalen Leitlinien zum medikamentösen Schwangerschaftsabbruch.</p>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2025 statt.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.</b>	Wir nehmen teil. Prof. Dr. med. Christian Bamberg
<b>Wir nehmen nicht teil.</b>	<b>Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.</b>	<b>Bitte klicken Sie hier und geben dann "Wir nehmen nicht teil." ein</b>



## Stellungnahme zur Änderung der ESA-RL: Änderung in Abschnitt D Nummer 5

### Stellungnahme zur Änderung der ESA-RL: Änderung in Abschnitt D Nummer 5

DGPF (Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe)	
25. März 2025	
<b>Stellungnahme / Änderungsvorschlag</b>	<b>Begründung</b>
<b>Vorbemerkung:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Die Änderungsvorschläge erfüllen nicht das in den tragenden Gründen formulierte Ziel, den medikamentösen Abbruch leitliniengerecht und evidenzbasiert zu ermöglichen.</li><li>• §13 SchKG führt zu einer Verunsicherung in Bezug auf die Standardprozeduren der Nachuntersuchung. Daher sollte überlegt werden, ob der Bezug zum § 13 SchKG in der Richtlinie ganz gestrichen wird.</li></ul>

<p><b>Betreff 5. Einrichtungen</b></p> <p><b>Absatz 1</b> Die Einrichtung, <b>in durch</b> welcher der Schwangerschaftsabbruch durchgeführt wird, muß den notwendigen personellen und sachlichen Anforderungen - auch zur Beherrschung von Notsituationen - genügen. Eine ausreichende ärztliche Überwachung und Nachbehandlung der <b>Frau schwangeren Person</b> nach dem Eingriff muß gewährleistet sein (<b>§ 13 Abs. 1 SchKG</b>).</p> <p><b>Neuer Absatz 2</b> Für die Durchführung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen mit für diese zugelassenen Arzneimitteln sind keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen erforderlich. Der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch kann mit ärztlicher Begleitung per Videochat und Telefon, unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften und des Zeitpunkts für den Schwangerschaftsabbruch auch zu Hause durchgeführt werden, weil die gleiche Sicherheit und Effektivität vorliegt, wie bei der Durchführung in ambulanten oder stationären gynäkologischen, allgemeinmedizinischen oder anderen darauf spezialisierten Einrichtungen.</p>	<p>Die in „tragende Gründe“ sehr gut ausgeführte Notwendigkeit einer verbesserten Zugangsregelung für den medikamentösen Abbruch wird in der vorgelegten Formulierung nicht umgesetzt. Strafunsicherheit und damit Angst vor dem Angebot in der Einrichtung macht vor allem der Verweis auf §13(1) SchKG somit muss dieser aus der Richtlinie entfernt werden genauso wie die Formulierung „in“ der Einrichtung, da hinlänglich belegt ist, dass die Begleitung „durch“ eine Einrichtung ausreichende Sicherheit bietet (siehe dazu home-use und Telemedizin Ausführungen) Deshalb sollte dies auch explizit als neuer Absatz 2 aufgenommen werden.</p> <p>Es muss eine klare Trennung zwischen den Anforderungen an den medikamentösen und instrumentellen Abbruch im Text ersichtlich sein.</p> <p>Am Ende sollte auch erwähnt werden, dass es keine medizinische Evidenz entsprechend der WHO-Guideline gibt, dass für die Durchführung von Abbrüchen eine fachärztliche Qualifikation vorliegen muss. Sämtliche trainierte „healthworker“ sind adäquat.</p> <p>Zeitgemäße inklusive Sprache könnte zu besseren Akzeptanz der Richtlinie führen, deshalb könnte das Wort „Frau“ ersetzt werden von „Personen, die schwanger werden können“.</p>
<p><b>Absatz 3</b> (ehemals 2) Ergänzend zu Satz 1 und 2 kommen</p>	<p>Beim instrumentellen Abbruch handelt es sich um einen kleinen invasiven Eingriff:</p>

<p>Für ambulant durchgeführte operative Schwangerschaftsabbrüche kommen Einrichtungen in Betracht, die den räumlichen und apparativen Qualitätsstandards des ambulanten Operierens § 6 (kleinere invasive Eingriffe) als an der vertragsärztlichen Versorgung Teilnehmende und die als Krankenhaus die gemäß § 13 des Vertrages nach § 115b Absatz 1 SGB V - Ambulantes Operieren, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen im Krankenhaus (AOP-Vertrag) vom 18. Dezember 2024 gestellten Anforderungen erfüllen.</p>	<p>Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren</p> <p>§ 6 Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen (1) Die Eingriffe gemäß § 115b SGB V gliedern sich nach Ausmaß und Gefährdungsgrad auf der Grundlage der Empfehlungen des Robert Koch-Institutes<sup>3</sup> in:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Operationen,</li> <li>2. kleinere invasive Eingriffe,</li> <li>3. invasive Untersuchungen, vergleichbare Maßnahmen und Behandlungen,</li> <li>4. Endoskopien.</li> </ol> <p>2. Kleinere invasive Eingriffe</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Räumliche Ausstattung <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eingriffsraum</li> <li>- Umkleiemöglichkeit für das Personal (einschließlich der Möglichkeit zur Händedesinfektion und zur Entsorgung), getrennt vom Eingriffsraum</li> <li>- Fläche für die Lagerung, Entsorgung und Aufbereitung von Geräten bzw. Verbrauchsmaterial</li> <li>- ggf. Ruheraum für Patienten</li> <li>- ggf. Umkleibereich für Patienten.</li> </ul> </li> </ol>
<p><b>Absatz 4 neu</b></p> <p>Als Einrichtung kommt auch eine/ein niedergelassene/niedergelassener Vertragsärztin/Vertragsarzt in Betracht, soweit sie/er die Voraussetzungen für eine notwendige Nachbehandlung (§ 13 SchKG) sowie die nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gestellten Anforderungen erfüllt.</p>	<p>Eine komplette Streichung erscheint nicht zielführend. Wie oben angemerkt sollte der Verweis auf § 13 SchKG an dieser Stelle gestrichen werden, damit nicht ausschließlich Krankenhäuser für die Versorgung in Frage kommen, die beispielsweise Hysterektomien durchführen können.</p>
<p><b>Absatz 5 neu</b></p> <p>Für die Durchführung operativer Schwangerschaftsabbrüche ist keine fachspezifische Facharztqualifikation notwendig</p>	<p>Es besteht keine medizinische Evidenz entsprechend der WHO Guideline, dass für operative Abbrüche eine fachärztliche Qualifikation vorliegen muss.</p> <p>Nachweise sind zu erbringen.</p>
<p><b>Nun Absatz 6 und folgende (inhaltlich nicht geändert nur formal angepasst)</b></p> <p>Ob der Eingriff zum Abbruch der Schwangerschaft ambulant oder statio-</p>	

<p>när ausgeführt wird, richtet sich insbesondere nach den medizinischen Notwendigkeiten <b>und den Vorgaben der freien Arztwahl.</b></p> <p>Die/der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztin/Arzt hat der Kassenärztlichen Vereinigung zum Nachweis der Erfüllung der in <b>Absatz 1 dieses Abschnittes genannten entsprechender</b> Voraussetzungen die gegebenenfalls erforderliche staatliche Anerkennung vorzulegen, soweit der Schwangerschaftsabbruch nicht an einem Krankenhaus durchgeführt wird.</p> <p>Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses ist berechtigt, die Verweise auf die in diesem Abschnitt D Nummer 5 in Bezug genommenen Verträge und Vereinbarungen zu aktualisieren, soweit dadurch der wesentliche Inhalt der ESA-RL an dieser Stelle nicht verändert wird.</p> <p>Die Anforderungen an die Einrichtungen zur ärztlichen Vornahme eines Abbruchs i. S. d. § 218a StGB i.V.m. § 24b Absatz 4 SGB V sind nicht Gegenstand dieses Abschnitts.</p>	
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

**Ergänzend bitten wir Sie den Anfang der Richtlinie zeitgemäß anzupassen in dem Sie den folgenden Abschnitt streichen:**

~~D. Schwangerschaftsabbruch~~

~~1. Allgemeines~~

~~Der Schwangerschaftsabbruch ist keine Methode zur Geburtenregelung. Daher hat jede Ärztin/jeder Arzt im Rahmen der von ihr/ihm durchzuführenden ärztlichen Beratung der Schwangeren darauf hinzuwirken, dass die Schwangerschaft ausgetragen wird, soweit nicht schwerwiegende Gründe entgegenstehen.~~

**Begründung:**

Dies ist nicht die Aufgabe eines/er Ärzt\*in insbesondere da es eine Pflichtberatung gibt.

Außerdem sind Ärzt\*innen durch das Gesetz verpflichtet:

... unabhängig von der Art des Schwangerschaftsabbruchs

- der Schwangeren Gelegenheit (zu) geben, ihr/ihm die Gründe für ihr Verlangen nach Abbruch der Schwangerschaft darzulegen

(§ 218 c Strafgesetzbuch - StGB), ...

Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

<b>DGPFG</b>		
<b>Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2025 statt.</b>		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
<b>Wir nehmen teil.</b>	<b>Eine</b>	
<b>Dr. med. Jana</b>	<b>gesonderte</b>	
<b>Maeffert</b>	<b>Einladung</b>	
	<b>wird Ihnen</b>	
	<b>zugesandt.</b>	
		<b>-</b>

Stellungnahme zur Änderung der ESA-RL: Änderung in Abschnitt D Nummer 5

DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin)	
24.03.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<p>Übernahme des Satzes in die Richtlinie:</p> <p>„Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs erfordert keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen.“</p>	<p>Wir begrüßen die geplante differenzierte Ausgestaltung getrennt für medikamentöse und operative Schwangerschaftsabbrüche. Im Text sollte diese Ausgestaltung für den medikamentösen Abbruch auch benannt sein. In den „Tragenden Gründen“ wird die S2k Leitlinie zitiert mit dem Satz:</p> <p>„Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs erfordert keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen.“</p> <p>Dieser Satz sollte in die Richtlinie übernommen werden oder sinngemäß formuliert werden.</p> <p>„Die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs erfordert keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen.“</p>

<p>Der operative Schwangerschaftsabbruch ist in den allermeisten Fällen als kleinerer invasiver Eingriff zu werten. Dieser Eingriff erfordert sowohl nach der in Deutschland bestehenden Gesetzeslage, als auch nach der in der Leitlinie benannten Evidenz die ärztliche Durchführung, ist jedoch nicht an eine Facharztqualifikation gebunden.</p>	<p>Beim operativen Schwangerschaftsabbruch könnte die Koppelung an die Genehmigung für ambulantes Operieren bedeuten, dass zukünftig nur noch ambulante OP-Zentren, die in der Regel anästhesiologisch geführt werden, Schwangerschaftsabbrüche anbieten. Damit würde die Versorgungslage, welche verbessert werden soll, eingeschränkt werden. Schwangerschaftsabbrüche in Lokalanästhesie, die u.a. in allgemeinmedizinischen, gynäkologischen oder chirurgischen Praxen durchgeführt werden können würden ggf. ganz entfallen.</p> <p>96 % der Schwangerschaftsabbrüche erfolgten im ersten Trimenon (1). Die Vakuumaspiration ist im ersten Trimenon die Methode der Wahl als operativer Eingriff. Es ist eine sehr effektive und risikoarme Methode. Die Durchführung der Vakuumaspiration in Lokalanästhesie wird in internationalen Leitlinien als Methode der Wahl eingestuft (2)</p> <p>Schwangerschaftsabbrüche im 1. Trimenon (zu 98% medikamentös/Valuumaspiration/Cürettage) sind kleinere invasive Eingriffe, sie können von Ärztinnen und Ärzten nach Einarbeitung durchgeführt werden und erfordern keine Facharztweiterbildung, wie auch in internationale Empfehlungen empfohlen (2).</p> <p>Die operativen Schwangerschaftsabbrüche erfolgten überwiegend ambulant, derzeit 81 % in Arztpraxen bzw . OP-Zentren und 16% ambulant in Krankenhäusern.</p> <p>Es liegt keinerlei Evidenz dafür vor, dass Eingriffe ein besseres Outcome haben wenn sie beispielsweise in Kliniken oder OP-Zentren durchgeführt werden im Vergleich zur Durchführung in Praxen. Andererseits werden durch Verzögerung des Eingriffs oder lange Transportzeiten die Risiken eines solchen Eingriffs erhöht.</p> <p>Fachgerecht durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche sind sichere Prozeduren, die nur in sehr seltenen Fällen zu ernststen Komplikationen führen. Explizierte Auflistung der Risiken siehe S2k Leitlinie „Schwangerschaftsabbruch im ersten Trimenon“.</p> <p>Quellen: 1) Statistisches Bundesamt (Destatis). Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche 2020</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2) WHO - Abortion care guideline 2022  
<https://srhr.org/abortioncare/>

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Bitte klicken Sie hier und geben dann den Namen der stellungnehmenden Organisation ein.

Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2025 statt.

Teilnahmeoptionen	Einladung	Ihre Rückmeldung zur Teilnahme
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	



**Bundesärztekammer**  
Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern

Berlin, 27.03.2025

Bundesärztekammer  
Herbert-Lewin-Platz 1  
10623 Berlin  
www.baek.de

**Dezernat 3**  
**Qualitätsmanagement,**  
**Qualitätssicherung und**  
**Patientensicherheit**

Fon +49 30 400 456-430  
Fax +49 30 400 456-455  
E-Mail dezernat3@baek.de

Diktatzeichen: Zo/Wd  
Aktenzeichen: 872.010

Bundesärztekammer | Postfach 12 08 64 | 10598 Berlin

**per E-Mail**

Gemeinsamer Bundesausschuss  
Abteilung Methodenbewertung und  
veranlasste Leistungen

████████████████████  
Gutenbergstraße 13  
10587 Berlin

**Stellungnahme der Bundesärztekammer gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung der  
Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL):  
Änderung in Abschnitt D Nummer 5**

*Ihr Schreiben vom 27.02.2025*

████████████████████  
vielen Dank für Ihr Schreiben vom 27.02.2025, in welchem der Bundesärztekammer  
Gelegenheit zur Stellungnahme gem. § 91 Abs. 5 SGB V zur Änderung des Abschnitts D  
Nummer 5 der ESA-RL gegeben wird.

Die Bundesärztekammer wird in dieser Angelegenheit von ihrem Stellungnahmerecht  
keinen Gebrauch machen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. rer. nat. Ulrich Zorn, MPH  
Leiter Dezernat 3



Geschäftsstelle der  
Bundesärztekammer  
in Berlin



## Stellungnahme zur Änderung der ESA-RL: Änderung in Abschnitt D Nummer 5

Deutscher Hebammenverband e.V.	
26.03.2025	
Stellungnahme / Änderungsvorschlag	Begründung
<b>Grundsätzliches zur Entkriminalisierung Schwangerschaftsabbruch</b>	<b>Ausdrücklich unterstützen wir die Forderung nach Entkriminalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, um die Stigmatisierung zu reduzieren und den Zugang zu sicheren und qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen zu verbessern. Diese Forderung steht im Einklang mit internationalen Menschenrechtsstandards und -abkommen, wie der Frauenrechtskonvention (CEDAW), die in Deutschland unmittelbar geltendes Recht ist. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt ebenfalls, unnötige politische und administrative Barrieren zu beseitigen, um eine sichere Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen zu etablieren.</b>
<b>Zuspruch zu Änderungen im Bezug auf medikamentösen Schwangerschaftsabbruch</b>	<b>Der DHV begrüßt die Vorlage des gemeinsamen Bundesausschuss, weil es den Zugang zu medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen in der Praxis dadurch erleichtern wird, dass die Anforderungen an die Praxisausstattung angepasst und hier ausdrücklich zwischen dem medizinischen Angebot von medikamentösen und operativen Schwangerschaftsabbrüchen unterschieden wird.</b> <b>Diese Entwicklung ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der reproduktiven Gesundheitsversorgung in Deutschland und trägt dazu bei, dass Frauen auch in strukturschwachen Regionen leichter Zugang zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen erhalten können.</b>
<b>Änderungsvorschlag: Einbindung von Hebammen in die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen</b>	<b>Der Deutsche Hebammenverband e.V. sieht eine verpasste Chance darin, dass die geplante Veränderung nicht die Einbindung von Hebammen in die Versorgung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen umfasst. Hebammen spielen eine zentrale Rolle im Gesundheitssystem, insbesondere in der Betreuung von Schwangeren und im Wochenbett. Ihre Expertise in der reproduktiven Gesundheit und ihre enge Beziehung zu den Patientinnen machen sie zu idealen Ansprechpartnern für die Begleitung von Schwangerschaftsabbrüchen.</b>

26.03.2025

	<p><b>Das Hebammengesetz bietet bereits heute die Grundlage für eine solche Erweiterung der Kompetenzen. Hebammen werden als Expertinnen anhand der reproduktiven Lebensphase ausgebildet. In der Praxis werden spontane Frühaborte eigenständig von Hebammen betreut und regulär mit den Leistungserbringern abgerechnet. Die medizinisch fachliche Kompetenz ist im Bereich der Frühaborte gegeben und in der Praxis vorhanden. Die Einbindung von Hebammen in die Versorgung von medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen wäre daher nicht nur eine logische Erweiterung ihrer beruflichen Kompetenz, sondern auch eine Möglichkeit, eine lückenlose Versorgung in Deutschland zu gewährleisten und die Versorgungslage insgesamt zu verbessern und zu stärken.</b></p> <p><b>Dies erfordert lediglich die Aufnahme dieser Tätigkeit in die Berufsordnungen der Länder. Zudem ist es wünschenswert, die Vermittlung tieferer Kenntnisse des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs in die theoretischen und praktischen Studieninhalte zu verankern, um sicherzustellen, dass Hebammen die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten dazu bereits in der Ausbildung vermittelt bekommen. Auch Fort- und Weiterbildungen sind niedrigschwellig anbietbar. Großrahmiger Anpassungsbedarf ist dadurch nicht zu erwarten.</b></p> <p><b>In anderen europäischen Ländern sind Hebammen bereits in die Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen eingebunden. Beispielsweise dürfen in Frankreich Hebammen bereits seit 2016 medikamentöse Abtreibungen durchführen. Die Erfahrungen in Frankreich zeigen, dass eine solche Einbindung der Berufsgruppe nicht nur möglich, sondern auch sinnvoll ist, um eine umfassende und patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten.</b></p>
<p><b>Flächendeckende Versorgung durch Ausweitung der Telemedizin und Einbindung weiterer Berufsgruppen</b></p>	<p><b>Der DHV gibt zu bedenken, dass es für eine flächendeckende Versorgung zwingend notwendig ist, die Telemedizin auszuweiten und die Betreuung und Beratung zu Schwangerschaftsabbrüchen auf andere medizinische Fachberufe als bisher zu erweitern. Dies würde nicht nur den Zugang verbessern, sondern auch die Versorgungskontinuität stärken. Hebammen könnten hierbei eine entscheidende Rolle spielen, indem sie Frauen in der Frühschwangerschaft unterstützen und begleiten.</b></p>

26.03.2025

**Ausblick/Forderungen für zukünftige Anpassungen**

**Der DHV fordert eine umfassende Reform der Schwangerschaftsabbruchregelung, die die Entkriminalisierung und die Einbindung von Hebammen in die Versorgung umfasst. Diese Maßnahmen würden nicht nur den Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung verbessern, sondern auch die Rolle der Hebammen im Gesundheitssystem stärken und erweitern. Wir hoffen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss diese Aspekte in zukünftigen Entscheidungen berücksichtigt.**

**Der DHV bleibt bei seiner Forderung, dass der Schwangerschaftsabbruch als Teil der gesundheitlichen Basisversorgung organisiert werden muss, um sicherzustellen, dass alle Frauen niedrigschwelligen Zugang zu qualitativ hochwertigen Gesundheitsleistungen haben. Die Finanzierung des Schwangerschaftsabbruchs sollte im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassenleistung erfolgen, um sicherzustellen, dass keine finanziellen Barrieren den Zugang behindern.**

**Weitere Informationen siehe:**

**[https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/11/2023\\_11\\_17-Stellungnahme-DHV-Kommission-reproduktive-Selbstbestimmung-AG1-3.pdf](https://hebammenverband.de/wp-content/uploads/2023/11/2023_11_17-Stellungnahme-DHV-Kommission-reproduktive-Selbstbestimmung-AG1-3.pdf)**

## Voraussichtliche Teilnahme an der mündlichen Anhörung

Deutscher Hebammenverband e.V.		
Die Anhörung findet voraussichtlich im II. Quartal 2025 statt.		
<b>Teilnahmeoptionen</b>	<b>Einladung</b>	<b>Ihre Rückmeldung zur Teilnahme</b>
Wir nehmen teil.	Eine gesonderte Einladung wird Ihnen zugesandt.	Wir nehmen teil.
Wir nehmen nicht teil.	Sie werden nicht zur Anhörung eingeladen.	

# Wortprotokoll

## **einer Anhörung zum Beschlussentwurf des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Richtlinie zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch (ESA-RL): Änderung in Abschnitt D Nummer 5**

Vom 12. Juni 2025

<b>Vorsitz</b>	Herr Dr. van Treeck
<b>Beginn:</b>	11:03 Uhr
<b>Ende:</b>	11:16 Uhr
<b>Ort:</b>	Videokonferenz des Gemeinsamen Bundesausschuss Gutenbergstraße 13, 10587 Berlin

## **Teilnehmer der Anhörung**

Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM)  
Herr Prof. Dr. Bamberg

Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH)  
Frau Dr. Maeffert

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)  
Frau Walter-Haase

Deutscher Hebammenverband e.V. (DHV)  
Frau Köbke

Beginn der Anhörung: 11:03 Uhr

(Die angemeldeten Teilnehmer sind der Videokonferenz beigetreten.)

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Guten Tag! Willkommen im Unterausschuss Methodenbewertung zur mündlichen Anhörung zur Änderung der ESA-Richtlinie Abschnitt D Nummer 5.

Ich werde jetzt zunächst abfragen, ob die angemeldeten Teilnehmerinnen und Teilnehmer alle auch virtuell im Raum sind, und möchte Sie bitten, dann mit „Ja“ zu antworten, wenn ich Sie mit Namen aufrufe.

Vorweg: Es wird ein Wortprotokoll von der Anhörung geben, das Wortprotokoll wird veröffentlicht. Wenn Sie etwas sagen wollen, machen Sie bitte ein X in den Chat, wenn wir nachher diskutieren, und wenn Sie nicht sprechen, bitte stumm schalten, sonst gibt es Störgeräusche.

Ich fange jetzt an, die Teilnehmenden aufzurufen, die gemeldet sind: Ich beginne mit Prof. Dr. Christian Bamberg von der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin, sind Sie da? – Sind Sie nicht, ich werde Sie gleich noch einmal aufrufen, was Sie nicht hören, weil Sie nicht da sind. – Dann die Deutsche Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. Jana Maeffert, sind Sie da?

**Frau Dr. Maeffert (DGPF):** Ja.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Wunderbar. – Dann die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Frau Walter-Haase, sind Sie auch wieder da?

**Frau Walter-Haase (DEGAM):** Ja, ich bin auch wieder da.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Sehr schön. – Und der Deutsche Hebammenverband, durch Frau Köbke vertreten, sind Sie jetzt da, Frau Köbke? – Nein, noch nicht. Dann würde ich jetzt damit starten, dass die Anwesenden noch einmal kurz die Möglichkeit haben, Kernpunkte ihrer Stellungnahme aufzuführen, die Stellungnahmen sind hier bekannt. Und im Anschluss daran, wenn es Fragen aus dem Unterausschuss gibt, werden wir Ihnen diese stellen. – Einen Moment, jetzt wurde ich darauf hingewiesen, dass Frau Köbke zu uns getreten ist. – Genau. Frau Köbke Sie sind jetzt auch da, oder?

**Frau Köbke (DHV):** Ja, Entschuldigung, ich hatte ein paar technische Schwierigkeiten, herzlichen Dank für die Einladung.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Gut, danke schön. – Dann beginnen wir jetzt mit – Ach nein, Herr Bamberg war ja noch nicht – Doch, Herr Bamberg ist jetzt auch da? Herr Prof. Bamberg Sie sind auch da, richtig? – Jetzt haben Sie die Aufklärung natürlich noch nicht mitbekommen. Also wir beginnen jetzt einfach mal mit denjenigen, die schon länger drin sind. Frau Dr. Jana Maeffert von der Deutschen Gesellschaft für psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe, möchten Sie kurz zusammenfassen, was Ihnen wichtig ist bei Ihrer Stellungnahme?

**Frau Dr. Maeffert (DGPF):** Ja, sehr gern. Herzlichen Dank für die Einladung. – Wir haben uns als DGPF sehr darüber gefreut, dass es Veränderungen und auch Verbesserungen geben soll.

Es gibt zwei sehr wichtige Punkte, zu denen wir Stellung genommen haben, und zwar einmal, dass wir das, was bisher jetzt beschrieben ist, eigentlich nicht so richtig das Ziel erreicht – oder erreichen würde –, was ja so schön formuliert ist, nämlich, dass der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch, also die medikamentöse Methode, unterstützt wird oder erleichtert wird. Und zwar ist da der wichtigste Punkt, den wir auch sehr einfach zu ändern finden eigentlich, dass wir sagen, es sollte nicht mehr „in einer Einrichtung“ heißen, sondern „durch eine Einrichtung“, weil es sich zeigt, dass sowohl das, was praktisch durchgeführt wird

in Deutschland, als auch das, was durch Leitlinien gestützt ist, durch die WHO, auch durch die neue S3-Leitlinie, die ja bald veröffentlicht sein wird, und die bestehende S2-Leitlinie, also alles leitliniengerecht sozusagen, dass das eigentlich das, was wir tun, nämlich, dass wir die Medikamente zu Hause anwenden lassen von den Schwangeren, dass das eben nicht in der Einrichtung passiert, sondern dass das durch die ärztliche Einrichtung bereitgestellt wird. Also das wäre im Prinzip nur ein Wort, das da geändert werden müsste, also „durch“ und nicht „in“ einer Einrichtung, das ist unser wichtigster Punkt.

Und der zweite wichtige Punkt ist, dass sich die Anforderung für den instrumentellen Eingriff einfach im Laufe der letzten Jahrzehnte stark geändert hat. Es ist ja so, dass 80 % aller Schwangerschaftsabbrüche in der ambulanten Versorgung stattfinden und dass da eigentlich auch keine – oder fast nie – eine Notfallversorgung stattfinden kann, weil wir als ambulant operierende Gynäkolog:innen nicht in die OP-Zentren nachts reinkönnen, oder am Wochenende, wenn eben der ganz seltene Fall von wirklich sehr starken Blutungen auftritt, sowohl beim medikamentösen als auch beim instrumentellen Eingriff. Also wenn das passiert, diese Komplikation, dann können wir da sowieso nicht rein, in die Zentren. Insofern wäre es gut, wenn da einfach noch mal ein bisschen geguckt wird und geändert wird, dass die Anforderungen an die Notfallversorgung nicht so hoch sind, sondern der ambulante instrumentelle Schwangerschaftsabbruch ist eben ein kleinerer invasiver Eingriff und keine Operation, so wird er auch von der Hygiene gesehen. Also da sollte einfach noch mal überlegt werden, geändert werden in kleinere invasive Eingriffe, dass das eben eingefügt wird in Abs. 3.

Und dann war uns noch wichtig, dass eigentlich in diesen Ausführungen der § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes gestrichen werden könnte – oder sollte –, weil der zu starken Verunsicherungen bei niedergelassenen Gynäkolog:innen führt, gerade durch diese – das ist ja der Absatz oder der Artikel, bezieht sich eben auf die erforderliche Nachbehandlung. Und das führt dazu, dass sich Gynäkolog:innen in der Praxis immer fragen: Was sind die notwendigen Nachbehandlungen? – Und das sollte eben nicht sein – die Möglichkeit, jederzeit in ein OP-Zentrum zu gehen mit eben einer Frau mit starken Blutungen. Also das könnte in diesem – ich finde – oder wir finden, dass das da eigentlich gar keine Berechtigung hat, dieser Verweis auf den § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes.

Dann wäre noch wichtig, dass vielleicht ein neuer Absatz hineinkommt, den haben wir als „Abs. 5“ bezeichnet: dass für die Durchführung operativer oder eben instrumenteller Schwangerschaftsabbrüche auch keine fachspezifische Facharztqualifikation notwendig ist. Wir sehen, dass in Deutschland auch Allgemeinmediziner:innen – nicht viele, aber einige – eben den Abbruch durchführen, und das ist von der WHO auch so gestützt, genauso wie beim medikamentösen Abbruch. Erst recht braucht man dafür keinen gynäkologischen Facharztstandard – jedenfalls nicht aus medizinischer Sicht. Genau, das wäre das Wichtigste.

Dann haben wir noch so allgemeine Sachen, aber das, glaube ich, würde jetzt zu weit gehen, das haben Sie ja schriftlich – oder soll ich das noch ausführen?

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Nein, es gibt hier keine Reaktionen in dieser Richtung aus dem Unterausschuss. Vielen Dank, Frau Maeffert. – Dann kommt jetzt die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Frau Walter-Haase, die Fragen kommen dann im Anschluss.

**Frau Walter-Haase (DEGAM):** Ja, vielen Dank. – Genau, wir hatten zwei Dinge angemerkt. Insgesamt begrüßen wir die geplante differenzierte Ausgestaltung für medikamentöse und operative Schwangerschaftsabbrüche. Nur haben wir das Gefühl – oder wir lesen das nicht so raus: dass im Text das nicht so ausgestaltet ist für den medikamentösen Abbruch. Also wir schlagen deswegen vor, den Satz „die Durchführung des medikamentösen Schwangerschaftsabbruchs erfordert keine speziellen räumlichen oder apparativen Voraussetzungen“ hineinzubringen – genau.

Die andere Sache ist das, was so als operativer Schwangerschaftsabbruch bezeichnet wird. Das sind ja in den allermeisten Fällen kleine Eingriffe, das hat ja die Kollegin eben auch schon geschildert, die jetzt – also was uns so ein bisschen aufstößt, ist so dieses „wollen wir das wirklich jetzt zukünftig nur noch an ambulante OP-Zentren binden?“, denn so ist die Realität nicht. Das würde die Versorgungslage deutlich einschränken, anstatt sie zu verbessern, was ja eigentlich das Ziel ist – jedenfalls wird das so gesagt: „Hier ist die Versorgung zu verbessern“; das würde aus unserer Sicht aber nicht passieren, wenn man das jetzt an ambulante OP-Zentren knüpft; und an die Kopplung des ambulanten Abortierens.

Deswegen hatten wir vorgeschlagen, das eher so zu formulieren: „Der operative Schwangerschaftsabbruch ist in den allermeisten Fällen halt ein kleinerer invasiver Eingriff, und der erfordert sowohl nach der in Deutschland bestehenden Gesetzeslage als auch nach den bekannten Leitlinien die ärztliche Durchführung, die nicht an eine Facharztqualifikation gebunden ist“, dass wir das noch mal mit reinbringen, genau.

Und Sie haben das ja auch groß schriftlich ausgeführt mit Quellen, darauf würde ich jetzt erst mal nicht eingehen.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Danke schön. – Dann jetzt Prof. Christian Bamberg. Für Sie: Sie waren, glaube ich, eben, bei der Aufklärung, noch nicht dabei: Also es gibt ein Wortprotokoll und das wird veröffentlicht, falls Ihnen das noch nicht bekannt war. Das wollte ich ergänzen.

**Herr Prof. Bamberg (DEGUM):** Vielen Dank. Also ich bin ja der DEGUM-Vertreter. Ich war auch an der S2k-Leitlinie beteiligt und wir haben ja da schon in der Leitlinie festgestellt – oder festgehalten –, dass die Durchführung mit dem medikamentösen Schwangerschaftsabbruch keine speziellen räumlichen und apparativen Voraussetzungen erfordert, da war ich auch mit beteiligt.

Und als DEGUM haben wir natürlich eher so einen marginalen Aspekt bei dem Schwangerschaftsabbruch, dem ersten Trimenon, bei der Ultraschalldiagnostik, aber insbesondere als DEGUM begrüßen wir diese differenzierte Ausgestaltung zwischen dem medikamentösen und dem operativen Eingriff und befürworten diese Differenzierung.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Danke schön. – Dann kommt jetzt Frau Köbke vom Deutschen Hebammenverband. Bitte.

**Frau Köbke (DHV):** Herzlichen Dank. Hören Sie mich?

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Ja, wunderbar.

**Frau Köbke (DHV):** Sehr schön. – Ja, also auch wir begrüßen diesen Entwurf und freuen uns, dass eine niedrigschwelligere Versorgungsrealität geschaffen werden soll.

Und bezugnehmend auf unsere Stellungnahme würde ich einfach gern noch einmal wiederholen, dass wir uns perspektivisch wünschen würden, dass die Rolle im Gesundheitssystem, sowohl der Hebammen als auch anderer Pflegefachpersonen, dahingehend erweitert wird, auch in den medikamentösen Schwangerschaftsabbruch eingebunden zu werden. Das ist ein Modell, das in anderen europäischen Ländern sehr erfolgreich ist, insbesondere in Frankreich, da sind Hebammen nach ihrem Studium und erweiterter Ausbildung auch in die operativen Schwangerschaftsabbrüche eingebunden. Das führt dazu, dass diese medizinische Versorgungsleistung deutlich besser erreichbar ist, weil Hebammen eben auch eine Berufsgruppe sind, die an der Versorgungsrealität der Familien in der reproduktiven Phase dran sind. Und wir sehen das schon so, dass die Ausweitung der medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland sehr wünschenswert ist, dass dafür keine apparative Ausstattung notwendig ist und dass Hebammen eine prädestinierte Berufsgruppe sind, eben auch diese Versorgungsleistungen mit anzubieten.

**Herr Dr. van Treeck (Vorsitzender):** Danke schön. Ja, der Rechtsrahmen, in dem sich der G-BA bewegt, ist ja, glaube ich, auch bekannt. – Gibt es Fragen aus dem Unterausschuss? Wenn ja,

an wen? – Es gibt keine Fragen. Ich gucke zur Linken, zur Rechten. – Alle Fragen sind beantwortet.

Dann darf ich mich für Ihre heutige Teilnahme bedanken und Ihnen noch einen schönen weiteren Tag wünschen. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben!

Schluss der Anhörung: 11:16 Uhr