

Journal of Health Monitoring · 2022 7(2)
DOI 10.25646/9955
Robert Koch-Institut, Berlin

Franziska Prütz, Birte Hintzpeter,
Laura Krause

Robert Koch-Institut, Berlin
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-
monitoring

Eingereicht: 08.04.2022
Akzeptiert: 16.05.2022
Veröffentlicht: 29.06.2022

Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland – Aktuelle Daten aus der Schwangerschaftsabbruchstatistik

Abstract

Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche sind Erfahrungen, die von vielen Frauen geteilt werden. Vor dem Hintergrund, dass sich derzeit in Deutschland einige Rahmenbedingungen ändern und die Corona-Pandemie eine besondere Herausforderung für die Versorgung ungewollt Schwangerer darstellt, werden aktuelle Daten aus der Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes dargestellt. Deutschland hat im europäischen Vergleich einen niedrigen Anteil an Schwangerschaftsabbrüchen. 2021 wurden 94.596 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Sowohl die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche als auch die Abbruchraten bezogen auf die Anzahl der Frauen und der Lebendgeborenen haben seit 2001 abgenommen. 95,8% der Schwangerschaftsabbrüche erfolgten nach der sogenannten Beratungsregelung. Mehr als die Hälfte der Schwangerschaftsabbrüche (52,1%) wurden mittels Vakuumaspiration durchgeführt, 11,4% durch eine Kürettage, 32,3% medikamentös mit dem Wirkstoff Mifepriston (Handelsname Mifegyne). Dabei gibt es bei der eingesetzten Methode starke regionale Unterschiede.

📌 SCHWANGERSCHAFTSABBRUCH · FRAUENGESUNDHEIT · SEXUELLE GESUNDHEIT · DEUTSCHLAND

Einleitung

Eine ungewollte Schwangerschaft stellt Frauen vor eine Entscheidungssituation, die grundsätzliche Fragen zur weiteren Lebensplanung aufwerfen kann [1]. Der Entscheidung zu einem Schwangerschaftsabbruch geht meist eine intensive Auseinandersetzung voraus. Ungewollte Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüche werden von vielen Frauen erlebt. Etwa jede sechste (16,8%) der rund 4.000 in der Studie „frauen leben 3“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) aus dem Jahr 2012 [2] befragten Frauen zwischen 20 und 44 Jahren gab an, dass sie mindestens einmal ungewollt schwanger gewesen war. 42,9% der Frauen, die ungewollt schwanger geworden

waren, hatten verhütet. Weniger als die Hälfte (43%) der ungewollten Schwangerschaften wurden abgebrochen. Bezogen auf alle an der Studie teilnehmenden Frauen hatte jede zwölfte Frau (8,2%) in ihrem Leben mindestens einmal einen Schwangerschaftsabbruch [2]. Als wichtigste Gründe wurden hierbei eine „schwierige Partnerschaftssituation“ (34,0%) und „berufliche und finanzielle Unsicherheit“ (20,3%) angegeben. Die Gründe „in Ausbildung oder Studium“ (17,6%) und „jung, unreif“ (16,4%) wurden eher von jüngeren, „gesundheitliche Bedenken“ (19,7%) eher von älteren Frauen genannt [2]. Der Anteil der Frauen, die ungewollt schwanger wurden, war unter Frauen mit höherem Bildungsstatus deutlich geringer als in der unteren

Infobox Straflosigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs

Ein Schwangerschaftsabbruch bleibt nach § 218a Abs. 1 (**Beratungsregelung**) straflos, wenn

- ▶ die Schwangere den Abbruch der Schwangerschaft verlangt,
- ▶ die Schwangere eine Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 219 StGB wahrgenommen und dort den Beratungsschein erhalten hat und eine dreitägige Wartezeit zwischen Beratung und Eingriff eingehalten wurde,
- ▶ der Schwangerschaftsabbruch durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen wird und seit der Empfängnis (Befruchtung) nicht mehr als zwölf Wochen vergangen sind. Dies entspricht der 14. Schwangerschaftswoche, wenn nicht vom Tag der Empfängnis, sondern vom ersten Tag der letzten Regelblutung gerechnet wird.

Ein Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig im Falle einer

- ▶ **medizinischen Indikation** (§ 218a Abs. 2 StGB): Der Schwangerschaftsabbruch wird durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen und ist unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse aus ärztlicher Sicht notwendig, um eine Gefahr für das Leben oder für eine schwerwiegende Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren zu verhindern; für Schwangerschaftsabbrüche mit medizinischer Indikation gibt es keine zeitliche Begrenzung. Zwischen der Mitteilung der ärztlichen Diagnose und der schriftlichen Indikationsstellung müssen drei volle Tage liegen, es sei denn, das Leben der Schwangeren ist in unmittelbarer Gefahr.

Fortsetzung nächste Seite

Bildungsgruppe. Gleichzeitig wurden ungewollte Schwangerschaften von Frauen mit höherer Bildung häufiger abgebrochen [2].

Der Anteil der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland ist mit rund 4,5 Abbrüchen je 1.000 Frauen im europäischen Vergleich niedrig [3]. Die höchsten Schwangerschaftsabbruchraten in Europa sind nach Angaben der Europäischen Amts für Statistik (Eurostat) in Georgien, Armenien und Bulgarien zu finden, aber auch das Vereinigte Königreich und Island haben Raten von mehr als zehn Schwangerschaftsabbrüchen je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter [3]. Am niedrigsten ist die Rate der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche in Polen, das eine sehr restriktive Gesetzgebung hat und Schwangerschaftsabbrüche praktisch vollkommen verbietet – mit der Folge, dass diese illegal durchgeführt werden oder Frauen dafür in andere Länder reisen [4, 5]. Für Deutschland beschreibt der 2020 erschienene Frauengesundheitsbericht des Robert Koch-Instituts (RKI) [6] unter anderem anhand der Daten der Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamtes [7], dass die Anzahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche sowie die Abbruchraten bezogen auf die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter und der geborenen Kinder seit dem Jahr 2001 zurückgegangen sind.

In Deutschland ist der Schwangerschaftsabbruch nach § 218 Strafgesetzbuch (StGB) grundsätzlich rechtswidrig und somit strafbar [8, 9]. Es gibt drei Ausnahmen: die sogenannte Beratungsregelung sowie die kriminologische und die medizinische Indikation (**Infobox**). § 219 StGB regelt die Beratung der Schwangeren, wobei Inhalt und Durchführung der Schwangerschaftskonfliktberatung im Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) behandelt werden. Die

Schwangerschaftskonfliktberatung soll dem Schutz des ungeborenen Lebens dienen, ist ergebnisoffen zu führen und geht von der Verantwortung der Frau aus. Sie kann nur in staatlich anerkannten Beratungsstellen erfolgen. Über 95% der Abbrüche erfolgen nach der sogenannten Beratungsregelung [6].

Im Februar 2019 trat eine Neufassung des § 219a StGB in Kraft, der ein Werbungsverbot für Schwangerschaftsabbrüche beinhaltet. Diese erlaubt es Ärztinnen und Ärzten darauf hinzuweisen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Um zu ermöglichen, dass Ärztinnen und Ärzte auch ausführlichere Informationen über Schwangerschaftsabbrüche öffentlich bereitstellen können, ohne eine Strafverfolgung befürchten zu müssen, wurde am 24.6.2022 vom Deutschen Bundestag die Abschaffung des § 219a beschlossen [10, 11].

Zudem wurde durch die Corona-Pandemie der Blick auf die Versorgungssituation von Frauen, die ungewollt schwanger geworden waren, gelenkt und es wurden verstärkt die Hürden deutlich, Möglichkeiten zur Beratung und zum Schwangerschaftsabbruch zu finden [12]. Um dem entgegenzuwirken, wurde die Möglichkeit zur Schwangerschaftskonfliktberatung über digitale Medien oder per Telefon geschaffen [13]. Ende 2020 wurde ein Modellprojekt zur telemedizinischen Betreuung von Schwangerschaftsabbrüchen zu Hause entwickelt, die, wie sich herausstellte, vor allem von Frauen in unterversorgten Regionen in Anspruch genommen wurde [14]. Dabei erfolgte der Schwangerschaftsabbruch medikamentös mit dem Wirkstoff Mifepriston (Handelsname Mifegyne). Diese Methode wird neben der Absaugmethode (Vakuumaspiration) von der WHO empfohlen [15]. Sie wird jedoch in Deutschland,

Infobox (Fortsetzung) Straflosigkeit eines Schwangerschaftsabbruchs

Vor der Ausstellung der medizinischen Indikation muss die Schwangere ärztlicherseits über die medizinischen und psychologischen Aspekte eines Schwangerschaftsabbruchs beraten und über die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung informiert werden; Ärztin oder Arzt sind verpflichtet, auf ihren Wunsch Kontakte zu Beratungsstellen zu vermitteln. Die Schwangere muss, wenn ihr die Indikation ausgehändigt wird, schriftlich bestätigen, dass sie ärztlich beraten wurde (§ 2a Absatz 2 und 3 SchKG).

- **kriminologischen Indikation** (§ 218a Abs. 3 StGB): Der Schwangerschaftsabbruch wird durch eine Ärztin oder einen Arzt vorgenommen. Es sprechen nach ärztlicher Erkenntnis dringende Gründe dafür, dass die Schwangerschaft durch eine Vergewaltigung oder durch sexuellen Missbrauch entstanden ist; für alle Mädchen, die vor Vollendung des 14. Lebensjahrs schwanger werden, gilt immer eine kriminologische Indikation. Seit der Empfängnis dürfen nicht mehr als zwölf Wochen (14 Wochen nach dem ersten Tag der letzten Regelblutung) vergangen sein. Die Schwangere muss keine Anzeige erstatten. Es gibt keine Beratungspflicht, allerdings einen Anspruch auf Beratung, falls die Schwangere dies wünscht.

Für beide Indikationen gilt, dass der Schwangerschaftsabbruch nicht von der Ärztin oder dem Arzt durchgeführt werden darf, die oder der die Indikation gestellt hat.

Quellen: RKI, Frauengesundheitsbericht, S. 279 [6]; BZgA, www.familienplanung.de [13]

im Gegensatz zu einigen anderen europäischen Ländern, bislang vergleichsweise selten genutzt [16].

Dass Frauen nach einem Schwangerschaftsabbruch kein höheres Risiko für das Auftreten psychischer Erkrankungen haben als Frauen, die eine Schwangerschaft ausgetragen haben, wird inzwischen nicht mehr in Frage gestellt [6]. Die psychosoziale und medizinische Versorgungssituation sowie Einflussfaktoren auf das Erleben und die Verarbeitung einer ungewollten Schwangerschaft werden derzeit in einer großen Kooperationsstudie wissenschaftlich untersucht („Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung“, ELSA [17]). Um die Versorgung zu verbessern, sollen Schwangerschaftsabbrüche in die medizinische Aus- und Weiterbildung aufgenommen werden [11] und es wurde mit der Erarbeitung einer Leitlinie Sicherer Schwangerschaftsabbruch (Evidenzgrad S2k) begonnen, die im April 2023 fertiggestellt sein soll [18].

Das vorliegende Fact sheet liefert aktuelle Daten zum Schwangerschaftsabbruch, auch vor dem Hintergrund der oben beschriebenen aktuellen Entwicklungen.

Methodik

Die Statistik der Schwangerschaftsabbrüche wird vom Statistischen Bundesamt vierteljährlich durchgeführt. Rechtsgrundlage ist das Gesetz zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten vom 27. Juli 1992 (BGBl. I S. 1398), zuletzt geändert durch Artikel 13a des Gesetzes vom 14. Dezember 2019 (BGBl. I S. 2789). Im Mittelpunkt der Statistik stehen die in Deutschland durchgeführten Abbrüche (gemäß § 16 Schwangerschaftskonfliktgesetz); die Dauer der abgebrochenen Schwangerschaften wird seit

2010 in vollendeten Wochen angegeben. Auskunftspflichtig sind sogenannte Meldestellen, also Kliniken und ärztliche Praxen, in denen Schwangerschaftsabbrüche stattfinden. Insgesamt liefert die Statistik Informationen über die Größenordnung, Struktur und Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland sowie über ausgewählte Lebensumstände der Frauen [19].

Dargestellt wird im Folgenden die Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche anhand aktueller Daten für das Jahr 2021. Dabei werden die Abbruchquoten nach Alter der Frauen in Prozent ausgewiesen und in Relation gesetzt zu je 10.000 Frauen im gebärfähigen Alter beziehungsweise je 1.000 Lebendgeborenen. Die Angaben zur Anzahl der Frauen und der Lebendgeborenen basieren auf der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung des Statistischen Bundesamts, die Auskunft über Veränderungen der Zahl und der Struktur der Bevölkerung (z. B. hinsichtlich Geburtenhäufigkeit) gibt [20]. Daten zu Geburten stehen für das Jahr 2021 noch nicht zur Verfügung, sodass sich die Angaben zu den Abbrüchen je 1.000 Lebendgeborene auf das Jahr 2020 beziehen. Darüber hinaus gibt der vorliegende Beitrag Auskunft über die Entwicklung der Schwangerschaftsabbrüche im Zeitverlauf sowie über die gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche nach rechtlicher Begründung. Zudem informiert er über die gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche nach Dauer der abgebrochenen Schwangerschaft, nach Familienstand und der Anzahl der vorangegangenen Lebendgeburten sowie nach dem Ort und der Art des Eingriffs.

Die Schwangerschaftsabbruchraten in Deutschland sind niedrig im europäischen Vergleich; im Jahr 2021 wurden 94.596 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet.

Ergebnisse und Einordnung

Im Jahr 2021 wurden 94.596 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland durchgeführt [19]. Dies entspricht 43,0 Abbrüchen je 10.000 Frauen. Da sich die Anzahl der Frauen in einer Bevölkerung ändern kann, ist diese Zahl besonders relevant für Vergleiche von Altersgruppen oder im Zeitverlauf. Um das Verhältnis zwischen abgebrochenen und ausgetragenen Schwangerschaften zu beschreiben, wird die Zahl der Abbrüche je 1.000 Lebendgeborene angegeben. Diese beträgt für das Jahr 2020 128,5 Abbrüche je 1.000 Lebendgeborene. Die Anzahl der Abbrüche und die Abbruchquote je 10.000 Frauen sind bei den unter 18-Jährigen sehr gering, während die Abbruchquote bezogen auf 1.000 Lebendgeborene hoch ist. Das heißt, dass unter 18-Jährige selten schwanger werden, im Falle einer Schwangerschaft diese aber mit hoher Wahrscheinlichkeit abbrechen. Bei den 40-jährigen und älteren Frauen sind sowohl die Anzahl der Abbrüche und die Abbruch-

quote je 10.000 Frauen als auch die Abbruchquote bezogen auf 1.000 Lebendgeborene eher gering. Das bedeutet, dass Frauen ab 40 Jahren selten schwanger werden und, im Falle einer Schwangerschaft, diese eher auch austragen (Tabelle 1).

Seit der Jahrtausendwende sinkt die Zahl der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland, von 134.964 im Jahr 2001 auf 94.596 im Jahr 2021 (Abbildung 1) [19]. Dies entspricht einem Rückgang von etwa 30%. Gegenüber dem Vorjahr ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche 2021 um 5,4% zurückgegangen. Die Zahl der Abbrüche im ebenfalls von der Corona-Pandemie geprägten Jahr 2020 war lediglich um 0,9% zurückgegangen [21].

Auch die Abbruchraten von Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis 49 Jahre) sinken, von etwa 68 Abbrüchen je 10.000 Frauen im Jahr 2001 auf rund 56 Abbrüche je 10.000 Frauen 2021. Parallel dazu ist auch die Abbruchrate bezogen auf die Lebendgeborenen rückläufig. Das bedeutet,

Altersgruppe	Abbrüche		Abbrüche je 10.000 Frauen ¹	Abbrüche je 1.000 Lebendgeborene
	Insgesamt	Von Frauen mit inländischem Wohnsitz		
			2021	2020
15–17 Jahre	2.183		19,7	–
18–24 Jahre	21.944		73,7	292,0
25–29 Jahre	21.154		87,6	115,0
30–34 Jahre	23.187		85,9	82,3
35–39 Jahre	17.973		68,5	113,2
40–44 Jahre	7.300		29,3	217,0
45–49 Jahre	580		2,2	–
Unter 18 Jahre	2.442	2.434	8,4	857,7
45 Jahre und älter	596	592	1,0	313,0
15–49 Jahre zusammen	94.321	93.752	55,8	–
Insgesamt²	94.596	94.026	43,0	128,5

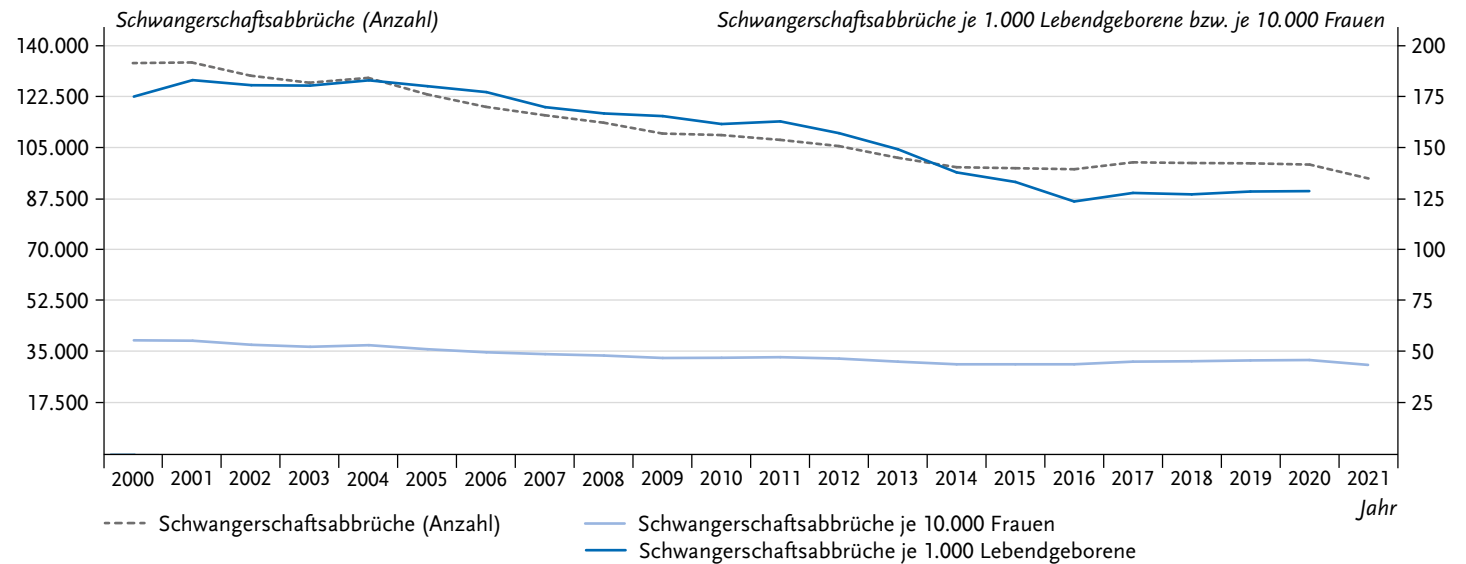
¹ vorläufige Berechnung auf Basis der Bevölkerungszahlen 2020

² Frauen im Alter von 10–54 Jahren

Tabelle 1
Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche (bezogen auf alle Wohnsitze) und Abbruchquoten (bezogen auf Frauen mit ständigem Wohnsitz im Inland) je 10.000 Frauen nach Altersgruppen

Quelle: Statistik der Schwangerschaftsabbrüche, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [7, 20]

Abbildung 1
Schwangerschaftsabbrüche
 (Anzahl, je 10.000 Frauen (10 bis 54 Jahre)
 und je 1.000 Lebendgeborene)
 Quelle: Statistisches Bundesamt,
 Statistik der Schwangerschaftsabbrüche [7]



Sowohl die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche als auch die Abbruchraten bezogen auf die Anzahl der Frauen und der Lebendgeborenen haben seit 2001 abgenommen.

dass in den letzten 20 Jahren die Schwangerschaftsabbrüche stärker abgenommen haben als die Lebendgeburten.

Mit 95,8 % wurde der Großteil der im Jahr 2021 gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche nach der Beratungsregelung vorgenommen. Indikationen aus medizinischen Gründen (4,1 %) und aufgrund von Sexualdelikten (0,05 %) waren in nur wenigen Fällen der Grund für den Abbruch. Der größte Teil der Schwangerschaftsabbrüche findet früh innerhalb der 12-Wochen-Frist statt: Bei 42,2 % der Frauen betrug das Schwangerschaftsalter unter sieben Wochen, bei 33,6 % sieben bis acht Wochen, bei 21,0 % neun bis elf Wochen. Diese Anteile haben sich seit 2010 nicht wesentlich verändert.

Mit 58,2 % waren die meisten Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, ledig; 38,0 % waren verheiratet, 3,8 % verwitwet oder geschieden. Hier gab es deutliche Änderungen im Vergleich zu 1996 mit einem

höheren Anteil verheirateter (52,3 %) und einem geringeren Anteil lediger Frauen (40,6 %). Mehr als die Hälfte der Frauen hatte bereits Kinder geboren: 21,7 % ein Kind, 23,5 % zwei, 13,9 % drei und mehr Kinder, 40,9 % der Frauen hatte keine Kinder. Der Anteil der Frauen ohne Kinder hat sich seit 1996 etwas erhöht (36,5 %), die anderen Anteile sind entsprechend etwas gesunken beziehungsweise gleichgeblieben.

Schwangerschaftsabbrüche werden fast ausschließlich ambulant durchgeführt: 2021 fanden 81,0 % der Eingriffe in gynäkologischen Praxen oder OP-Zentren statt, 15,7 % ambulant im Krankenhaus, 3,3 % stationär. 1996 wurden noch 13,6 % der Eingriffe stationär im Krankenhaus durchgeführt (52,1 % in Praxen, 34,3 % ambulant im Krankenhaus) [7]. Regionalisierte Daten zeigen Unterschiede zwischen dem Wohnort der Frauen und dem Bundesland, in dem der Abbruch stattfindet. So erfolgte bei mehr als einem

95,8% der Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2021 erfolgten nach der sogenannten Beratungsregelung.

Drittel (38,7%) der Frauen aus Rheinland-Pfalz und gut einem Sechstel (18,6%) der Frauen aus Niedersachsen der Schwangerschaftsabbruch in einem anderen Bundesland, meist im Saarland oder in Bremen [19]. Die Zahl der Einrichtungen, die grundsätzlich Schwangerschaftsabbrüche vornehmen (sogenannte Meldestellen), wird vom Statistischen Bundesamt seit dem vierten Quartal 2018 systematisch ermittelt. Im vierten Quartal 2021 gab es 1.092 Meldestellen [22]. Deren Zahl hat stark abgenommen: 1999 waren rund 1.650 Meldestellen, 2003 etwa 2.050 Meldestellen vorhanden [23].

Als Methode zum Schwangerschaftsabbruch wird überwiegend die Vakuumaspiration eingesetzt, über die Hälfte (52,1%) der Schwangerschaftsabbrüche wurden im Jahr 2021 auf diese Weise durchgeführt. 11,4% der Abbrüche erfolgen durch eine Kürettage, knapp ein Drittel (32,3%) medikamentös mit Mifepriston/Mifegyne (andere Methoden: 4,2%). Der medikamentöse Abbruch mit Mifepriston/Mifegyne wird seit 2000 in der Statistik ausgewiesen, damals mit einem Anteil von 3,1%, 2019 – vor der Corona-Pandemie – waren es 25,0%. Der Anteil der Vakuumaspirationen ist deutlich gesunken (2000: 82,6%, 2019: 56,9%), während der Anteil der Kürettagen bei einigen Schwankungen insgesamt in etwa gleichgeblieben ist (2000: 11,2%, 2019: 14,1%). Auch hier zeigen sich Unterschiede zwischen den Bundesländern: So ist der Anteil der Vakuumaspirationen in Rheinland-Pfalz am höchsten (77,7%) und es werden anteilmäßig weniger medikamentöse Abbrüche (12,5%), aber auch weniger Kürettagen (8,8%) durchgeführt als im Bundesdurchschnitt. Dagegen hat Schleswig-Holstein (52,9%) vor Berlin (51,6%) den höchsten Anteil an medikamentösen Abbrüchen, aber auch der

Anteil der Kürettagen (18,5%) ist deutlich höher als der Bundesdurchschnitt, während der Anteil der Vakuumaspirationen (27,0%) unter dem Bundesdurchschnitt liegt. Den niedrigsten Anteil an Kürettagen hat Hamburg (4,5%) [19]. Es ist allerdings darauf hinzuweisen, dass in der Schwangerschaftsabbruchstatistik nur eine Methode zum Schwangerschaftsabbruch angegeben werden kann. In der Praxis kommt es jedoch vor, dass Methoden kombiniert werden (z. B. Vakuumaspiration nach Medikamentengabe), so dass möglicherweise die entsprechenden Anteile über- oder unterschätzt werden können.

Bei fachgerechter Durchführung hat der Schwangerschaftsabbruch ein sehr geringes Risiko für Komplikationen. 2021 wurden insgesamt 279 Komplikationen gemeldet, was 0,29% der Eingriffe entspricht. Unter diesen waren Nachblutungen (30,8%) am häufigsten, an zweiter Stelle stand ein Blutverlust von über 500 ml (27,6%) [19].

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Deutschland ein Land mit einer vergleichsweise geringen und weiter sinkenden Rate an Schwangerschaftsabbrüchen ist. Ob die Abnahme der absoluten Zahl an Schwangerschaftsabbrüchen im Jahr 2020 und die relativ starke Abnahme im Jahr 2021 mit der Corona-Pandemie zusammenhängen, lässt sich zum jetzigen Zeitpunkt nicht feststellen. Gleiches gilt für den deutlichen Anstieg der medikamentösen Schwangerschaftsabbrüche. Jedoch zeigen die aktuellen Zahlen auch, dass deren Anteil in Deutschland mit etwa einem Drittel immer noch vergleichsweise gering ist; beispielsweise hatten 2020 die medikamentösen Abbrüche in der Schweiz einen Anteil von 79% [24], in Schweden von 96% (Schwangerschaftsabbrüche vor der 9. Woche) [25], in Frankreich von 70% (2019) [26]. Auch wird immer noch

– regional unterschiedlich – zum Teil ein relativ hoher Anteil an Kürettagen durchgeführt, obwohl diese Methode laut WHO-Empfehlungen in der Zeit bis zu 14 Schwangerschaftswochen nicht mehr eingesetzt werden sollte [15]. Dies könnte sich ändern durch die Vermittlung von Kompetenzen und Standards in der medizinischen Aus- und Weiterbildung sowie durch die derzeit in Arbeit befindliche Leitlinie zum sicheren Schwangerschaftsabbruch [18]. In Deutschland sind die Bundesländer gesetzlich verpflichtet, ausreichend und professionell ausgestattete Einrichtungen für Schwangerschaftsabbrüche zur Verfügung zu stellen (§ 13 Abs. 2 SchKG). Die sinkende Zahl der Meldestellen und der Anteil der Abbrüche, die nicht in dem Bundesland stattfindet, in dem die Frauen wohnen, weisen allerdings darauf hin, dass das Angebot und die Zugänglichkeit der Versorgung erhöht werden müssen.

Für Frauen spielt in der Diskussion um ungewollte Schwangerschaften die Frage nach Selbstbestimmung eine zentrale Rolle [1, 6]. Selbstbestimmung erfordert, so der erste Frauengesundheitsbericht von 2001, „zum einen eine Verbesserung der gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für das Leben mit Kindern und zum anderen den Zugang zu möglichst wenig körperlich und psychisch belastenden, sicheren und frauenfreundlichen Abbruchmöglichkeiten, wenn eine Frau sich für einen Abbruch entscheidet“ [1]. Neben guter Sexualaufklärung und guten Gesundheitsinformationen kann auch ein niedrigschwelliger Zugang zu sicheren Verhütungsmitteln dazu beitragen, die Anzahl ungewollter Schwangerschaften und damit einhergehend die Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen weiter zu reduzieren [6].

Korrespondenzadresse

Dr. Franziska Prütz
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
E-Mail: PruetzF@rki.de

Zitierweise

Prütz F, Hintzpeter B, Krause L (2022)
Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland –
Aktuelle Daten aus der Schwangerschaftsabbruchstatistik.
J Health Monit 7(2): 42–51.
DOI 10.25646/9955

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:
www.rki.de/journalhealthmonitoring-en

Datenschutz und Ethik

Die Darstellungen im vorliegenden Beitrag basieren auf anonymisierten aggregierten Daten der Schwangerschaftsabbruchstatistik des Statistischen Bundesamts. Rechtsgrundlage ist §§ 15 bis 18 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) in Verbindung mit dem Bundesstatistikgesetz (BStatG). Die erhobenen Angaben werden nach § 16 BStatG grundsätzlich geheim gehalten.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Danksagung

Wir danken Heiko Schirmmacher vom Statistischen Bundesamt für die Bereitstellung und Prüfung der Daten.

Literatur

1. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg) (2001) Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Band 209. Kohlhammer, Stuttgart

2. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg) (2016) Frauen leben 3 – Familienplanung im Lebenslauf von Frauen, Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. BZgA, Köln

3. Eurostat (2021) Abortion indicators. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_fabortind&lang=en (Stand: 19.05.2022)

4. Europäisches Parlament (2021) Pressemitteilung: Polen: Restriktives Abtreibungsgesetz darf keine weiteren Opfer fordern. <https://www.europarl.europa.eu/news/de/press-room/20211108IPR16844/polen-restriktives-abtreibungsgesetz-darf-keine-weiteren-opfer-fordern> (Stand: 01.04.2022)

5. Swash R (2021) More than 30,000 Polish women sought illegal or foreign abortions since law change last year. <https://www.theguardian.com/global-development/2021/oct/22/more-than-30000-polish-women-sought-or-foreign-abortions-since-law-change-last-year> (Stand: 19.05.2022)

6. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2020) Gesundheitliche Lage der Frauen in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin

7. Statistisches Bundesamt (2022) Statistik der Schwangerschaftsabbrüche. www.gbe-bund.de (Stand: 07.04.2022)

8. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019) Schwangerschaftsberatung § 218. Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch. BMFSFJ, Berlin. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/95282/ed384270cb-deco132e2ccfb335561982/schwangerschaftsberatung-218-data.pdf> (Stand: 28.03.2022)

9. Pro Familia (2017) Schwangerschaftsabbruch. Fakten und Hintergründe. <https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/Schwangerschaftsabbruch/Hintergrund-Schwangerschaftsabbruch.pdf> (Stand: 29.08.2019)

10. Bundesregierung (2022) Werbeverbot für Abtreibungen aufgehoben: Bundestag beschließt Aufhebung des § 219a. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/parag-219a-2010222> (Stand: 27.06.2022)

11. SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021) Mehr Fortschritt wagen – Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN und den Freien Demokraten (FDP). www.bundesregierung.de/resource/blob/974430/1990812/04221173eef9a6720059cc353d759a2b/2021-12-10-koav2021-data.pdf?download=1 (Stand: 25.02.2022)

12. Doctors for Choice e.V. (2021) Pressemitteilung: Schwangerschaftsabbrüche in Zeiten der Corona-Krise. <https://doctorsforchoice.de/2020/03/pm-schwangerschaftsabbruch-corona/> (Stand: 18.03.2022)

13. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (o. D.) familienplanung.de: Schwangerschaftsabbruch. <https://www.familienplanung.de/schwangerschaftskonflikt/schwangerschaftsabbruch/> (Stand: 16.05.2022)

14. Maeffert J (2022) Der telemedizinisch begleitete medikamentöse Schwangerschaftsabbruch – zwischen Selbstbestimmung und Versorgungsnotstand. Gyne (01/2022). <https://dgpfg.de/blog/vulvodynie-2-2/> (Stand: 31.03.2022)

15. World Health Organization (Hrsg) (2022) Abortion care guideline. WHO, Geneva

16. pro familia Bundesverband (2018) 8 Fakten zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland. https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/8_Fakten_zum_Schwangerschaftsabbruch-WEB.pdf (Stand: 19.05.2022)

17. ELSA-Studie (2022) ELSA – Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer – Angebote der Beratung und Versorgung. <https://elsa-studie.de/> (Stand: 18.03.2022)

18. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (2021) Angemeldetes Leitlinienvorhaben Sicherer Schwangerschaftsabbruch, Klassifikation S2k, Registernummer 015 - 094. www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/ll/015-094.html (Stand: 18.03.2022)

19. Statistisches Bundesamt (2022) Gesundheit: Schwangerschaftsabbrüche. Fachserie 12, Reihe 3. 2021. Destatis, Wiesbaden

20. Statistisches Bundesamt (2021) Fortschreibung des Bevölkerungsstandes, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. www.gbe-bund.de (Stand: 01.04.2022)

21. Statistisches Bundesamt (2022) Zahl der Schwangerschaftsabbrüche im Jahr 2021 um 5,4% gesunken. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_154_233.html (Stand: 07.04.2022)

22. Statistisches Bundesamt (2022) Schwangerschaftsabbrüche – Meldestellen zur Schwangerschaftsabbruchstatistik in Deutschland im Jahr 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/meldestellen-2021.html> (Stand: 07.04.2022)

23. Statistisches Bundesamt (2022) Schwangerschaftsabbrüche – Meldestellen in der Schwangerschaftsabbruchstatistik. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/aktuell-meldestellen.html;jsessionid=1A98AB527AD3D3D33E01370B219378B1.live732> (Stand: 04.04.2022)

24. Bundesamt für Statistik (2021) Schwangerschaftsabbrüche. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/reproduktive/schwangerschaftsabbrueche.html> (Stand: 06.04.2022)

25. Socialstyrelsen (2021) Statistik om aborter 2020. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2021-5-7373.pdf> (Stand: 06.04.2022)

26. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (2020) Interruptions volontaires de grossesse: une hausse confirmée en 2019. Études & résultats Septembre 2020, Numéro 1163. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/ER%201163.pdf> (Stand: 06.04.2022)

Impressum

Journal of Health Monitoring

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter, Dr. Franziska Prütz,
Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel, Dr. Livia Ryl,
Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling, Dr. Thomas Ziese
Robert Koch-Institut
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung
General-Pape-Str. 62–66
12101 Berlin
Tel.: 030-18 754-3400
E-Mail: healthmonitoring@rki.de
www.rki.de/journalhealthmonitoring

Satz

Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer
Creative Commons Namensnennung 4.0
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit