

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen

aktuell 2023

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp

Daphne Hahn, Ines Thonke

Das Projekt ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer.
Angebote der Beratung und Versorgung“ – Konzept und Hintergründe der Studie
Seite 190–209

doi: 10.30433/GWA2023-190

Daphne Hahn, Ines Thonke

Das Projekt ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“ – Konzept und Hintergründe der Studie

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland ein wenig beforschtes Gebiet. Dies steht im Gegensatz zu international verfügbaren Daten. Die Autorinnen beschreiben, warum das Thema in den letzten Jahren stark an Bedeutung zugenommen hat und welche Daten und Informationen für Deutschland fehlen. Die im Jahr 2020 begonnene und auf drei Jahre angelegte Studie ELSA – „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung“ stellt sich zentralen Forschungsfragen zu Erfahrungen und Bedarfen ungewollt Schwangerer und der medizinischen Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch. Konzept und Zielsetzung der Studie werden in diesem Beitrag vorgestellt.

Einführung

Die Aufmerksamkeit für das Thema Schwangerschaftsabbruch in gesundheitspolitischen Debatten und in der medialen Berichterstattung hat seit dem Jahr 2017 deutlich zugenommen. Im Fokus steht der § 219a Strafgesetzbuch (StGB), denn das sogenannte Werbeverbot untersagte Ärztinnen und Ärzten, sowohl darüber zu informieren, dass sie Schwangerschaftsabbrüche in ihrer Praxis/Klinik anbieten, als auch die Weitergabe von medizinischen Informationen, etwa welche Methoden in einer Einrichtung angewendet werden. Setzte sich ein Arzt oder eine Ärztin darüber hinweg, konnte das eine Anzeige nach sich ziehen. Diese politischen Auseinandersetzungen um das Informationsrecht von Frauen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen führte am 21. Februar 2019 zur Neuregelung des § 219a und zur vollständigen Streichung des Paragraphen im Juni 2022.

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hatte die Neuregelung zum Anlass genommen, einen Förderschwerpunkt ins Leben zu rufen, mit dem Ziel, aktuelle Erkenntnisse zu Lebenslagen, psychosozialer Situation, Gesundheit und zu Unterstützungsbedarfen von Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft in Deutschland zu gewinnen

und den Stand des Wissens auszubauen. Zur Gestaltung dieses Forschungsvorhabens wurden im März und April 2019 durch das BMG Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen, wissenschaftliche und Fachverbände sowie Einzelpersonen eingeladen, die über Expertise zum Thema verfügen und auf der Grundlage internationaler wissenschaftlicher Evidenz den Rahmen für die Ausschreibung absteckten. Im September 2019 wurde die Ausschreibung mit dem Titel „Förderung von Forschungsvorhaben zu psychosozialer Situation und Unterstützungsbedarf von Frauen mit ungewollter Schwangerschaft“ veröffentlicht.

Die Ausschreibung umfasst zwei Module. Das Modul 1 sieht die Erforschung von „Einflussfaktoren für die Entstehung, das Erleben und die Verarbeitung einer ungewollten Schwangerschaft“ vor – hier ist auch die psychosoziale Unterstützung aufgenommen. Das Modul 2 sieht die „Untersuchung der medizinischen Versorgungssituation zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs“ vor. Zu den erwarteten Ergebnissen zählen Aussagen darüber, welche psychosozialen, gesundheitlichen und gegebenenfalls weiteren Belastungen sich vor und auch nach dem Austragen oder Abbrechen einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft feststellen lassen, wie sich die Belastungen im zeitlichen Verlauf entwickeln und welchen Unterstützungsbedarf ungewollt Schwangere aufweisen. Weiterhin sollen Einflussfaktoren ermittelt werden, die in einem statistischen Zusammenhang mit den Belastungen und deren Entwicklung bei ungewollten Schwangerschaften stehen. Auch Aussagen zur Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Versorgung und Unterstützung sowie zu den Erwartungen und Bedarfen von Unterstützungsangeboten sollen getroffen werden. Für Deutschland liegen hierzu kaum Daten vor.

Zentrale übergreifende Hypothesen des Forschungsprojektes fokussieren daher auf die Belastungen im Zusammenhang mit ungewollten Schwangerschaften. Der Begriff „Belastungen“ steht hierbei für Belastungen unterschiedlicher Art, darunter psychische, soziale, gesundheitliche und gegebenenfalls finanzielle Belastungen. Als Beispiele sind folgende Untersuchungshypothesen genannt:

- Ungewollte Schwangerschaften gehen mit erhöhten Belastungen nach der Geburt oder einem Schwangerschaftsabbruch einher, verglichen mit auf den Zeitpunkt hin gewollten Schwangerschaften.
- Das Ausmaß der Belastungen und die Entwicklungsverläufe nach dem Ereignis hängen sowohl bei einer Geburt als auch bei einem Abbruch von den verfügbaren Ressourcen und darunter wesentlich von der sozialen Unterstützung, die Partnerschaft einbezogen, von den strukturellen Lebensbedingungen und von Stigmatisierungsprozessen ab.
- Das Ausmaß der Belastungen und die Entwicklungsverläufe nach dem Ereignis hängen sowohl bei einer Geburt als auch bei einem Abbruch von der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme angemessener und geeigneter Hilfen und Versorgung ab.

Die Versorgungssituation und der Zugang zu Informationen sind Gegenstand weiterer Hypothesen:

- Es liegt eine qualitativ und quantitativ regional unterschiedliche Versorgungssituation zum Schwangerschaftsabbruch vor.
- Im ländlichen Raum gibt es eine geringere Zahl an Möglichkeiten, einen Abbruch durchzuführen, längere Zugangswege für die Frauen, schlechtere Informationen, geringere Auswahlmöglichkeiten der Ärzte und Ärztinnen und Abbruchmethoden.
- Die Versorgung mit Schwangerschaftsabbrüchen entspricht nicht dem Anspruch einer flächendeckenden Versorgung.
- Die bundesweit vorgehaltene psychosoziale Versorgungsstruktur unterscheidet sich regional in Quantität und Qualität, etwa hinsichtlich fachlicher Vernetzung, barrierearmer Zugänglichkeit oder Angeboten für Zielgruppen mit besonderen Bedarfen.

Die Studie wird aktuell durchgeführt, Ergebnisse werden in diesem Beitrag noch nicht präsentiert.

Die Frage nach der Belastung durch ungewollte Schwangerschaften

Durch internationale Forschung ist bereits bekannt, dass Belastungen in der Vorgesichte ungewollt Schwangerer zum Zeitpunkt der ungewollten Schwangerschaft als stärkste Einflussfaktoren für das Erleben und die Verarbeitung nach einer Geburt oder

einem Abbruch gelten (Biggs et al. 2020). Eine erhöhte Prävalenz von ungewollten Schwangerschaften in Verbindung mit belastenden Lebenslagen finden sich besonders bei sogenannten vulnerablen Gruppen, bei denen sich verschiedene Belastungsfaktoren bündeln, wie beispielsweise Frauen mit Gewalterfahrungen und traumatisierten Frauen (Hall et al. 2018; Helfferich 2019). Ebenso finden sie sich bei migrierten und geflüchteten Frauen (Endler et al. 2020). Internationale Studien geben keine Hinweise auf gravierende negative Folgen, die ursächlich und linear einem Schwangerschaftsabbruch zugerechnet werden können (Major et al. 2008). Die Turnaway-Study (Foster 2020), eine Langzeitstudie, in der 1.000 Frauen mit ungewollt ausgetragener und abgebrochener Schwangerschaft zehn Jahre lang begleitet wurden, bestätigt diese Ergebnisse. In dieser Studie zeigen sich höhere Ausprägungen negativer gesundheitlicher Folgen bei ausgetragenen im Vergleich mit abgebrochenen ungewollten Schwangerschaften, wobei den Frauen, die die Schwangerschaften ausgetragen hatten, ein Abbruch verwehrt worden war.

Für Deutschland sind diesbezüglich kaum Informationen verfügbar. Zwar gibt es im Rahmen der Studie „Frauenleben 3“ Erkenntnisse zur Entstehung von und Entscheidung bei ungewollter Schwangerschaft (Helfferich et al. 2016), es liegen aber bisher kaum Daten zu den psychosozialen und gesundheitsbezogenen Belastungen und Ressourcen bei ungewollten Schwangerschaften vor, auch nicht für das Zusammenspiel von Belastungen, Bedarf und der Inanspruchnahme von Hilfen. Insofern kann die hier vorgestellte Studie dazu beitragen, die Lebenssituation von Frauen bei der Entstehung und den Folgen von ungewollten Schwangerschaften zu erhellen, unabhängig davon, ob die Schwangerschaft ausgetragen oder abgebrochen wird.

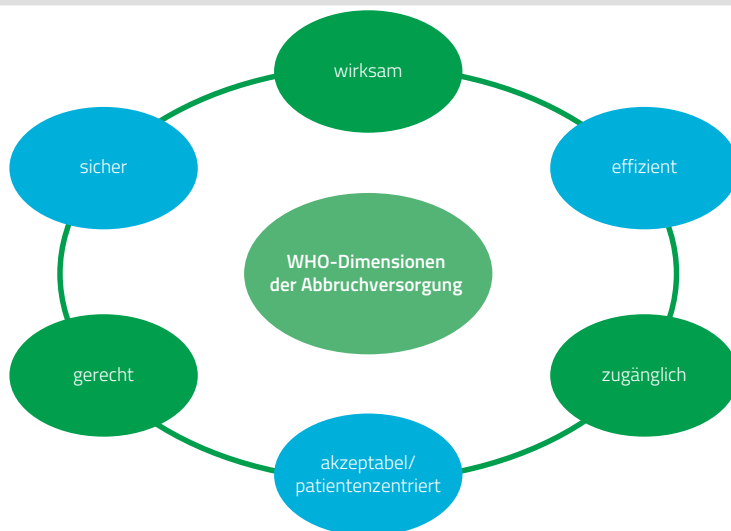
Versorgung – international ein zentraler Fokus

In der Übersichtsarbeit von Coast et al. (2018) wird die Versorgung zum Schwangerschaftsabbruch als vielschichtiger Prozess beschrieben. Betont werden in diesem multidimensionalen Geschehen die vielen bis zum Abbruch notwendigen Schritte und der wichtige Faktor Zeit; das bedeutet, ob eine Schwangerschaft beispielsweise früh oder spät festgestellt wird, hat Auswirkungen auf die zur Verfügung stehenden Abbruchmethoden und das abbruchspezifische Erleben sowie die Erfahrungen damit. Als wichtige Einflussfaktoren auf die Versorgungsprozesse im jeweiligen nationalen

Kontext finden sich hier auf der strukturellen und institutionellen Ebene die rechtliche beziehungsweise strafrechtliche Einbettung des Schwangerschaftsabbruchs, der Einfluss religiöser Institutionen und die Orientierung der Politik. Als Weiteres nennt die Studie das formelle und informelle Gesundheitssystem mit seinem Versorgungsangebot, seiner Versorgungsqualität und -kapazität, der Wissensumgebung, also der Zugänglichkeit und Qualität von Informationen, sowie die Rolle der Medien. Auch wird die Bedeutung des soziokulturellen Kontextes, hier im Besonderen Normen und Akzeptanz des Schwangerschaftsabbruchs, betont.

Diese Vielschichtigkeit der Versorgung bei einem Schwangerschaftsabbruch wird auch in der aktuellen Leitlinie der Weltgesundheitsorganisation (WHO 2022) deutlich. Die WHO setzt evidenzbasierte Normen für die umfassende Versorgung, die medizinischen Behandlungsstandards und die rechtliche Einordnung konsequent um und berücksichtigt dabei die sexuellen und reproduktiven Rechte, die in den 1990er Jahren von den Menschenrechten abgeleitet und als eigenständige Rechte beschrieben wurden (UN Population Fund 1994).

Abbildung 1: Die Dimensionen der Abbruchversorgung



Quelle: eigene Darstellung nach WHO Abortion care guideline 2022

Die Zugänglichkeit beinhaltet neben der räumlichen und zeitlichen Erreichbarkeit, dass die Versorgung erschwinglich, also bezahlbar, gerecht und sicher ist. Patientenzentrierung berücksichtigt Bedürfnisse, Werte und Präferenzen der betroffenen Person und bezieht diese in die eine Behandlung betreffenden Entscheidungen mit ein. Gerechtigkeit beim Zugang zur Abbruchbehandlung zielt darauf ab, dass die Qualität der Behandlung unabhängig von persönlichen Merkmalen der Person gewährleistet ist, die die Behandlung in Anspruch nimmt, das heißt, Geschlecht, Religion, ethnische Zugehörigkeit, sozioökonomischer Status, Bildung, eine körperliche oder psychische Beeinträchtigung oder der Wohnort innerhalb eines Landes dürfen keine Gründe für eine Benachteiligung sein. Sicherheit steht für eine qualitativ hochwertige Abbruchbehandlung, die Risiken und Schäden bestmöglich vermeidet.

Die Bundesrepublik Deutschland hat sich mit der Ratifizierung des Übereinkommens der Vereinten Nationen (VN) zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) am 10. Juli 1985 zur Umsetzung dieser VN-Konvention verpflichtet. Im Rahmen der kontinuierlichen nationalen Umsetzungsüberprüfung hat der CEDAW-Ausschuss die Beseitigung von Zugangsbarrieren beim Schwangerschaftsabbruch angemahnt, so etwa die Aufhebung der Wartezeiten für ungewollt Schwangere zwischen Beratung und Abbruch, die Abschaffung einer Beratungspflicht und die Überführung des Schwangerschaftsabbruchs in eine reguläre Krankenkassenleistung. Auch die Verortung des Schwangerschaftsabbruchs im Strafrecht wird als negativer Einfluss auf die Versorgung bewertet (Committee on the Elimination of Discrimination against Women 2020). Die Konvention verschränkt damit Menschenrechte mit der Versorgungsthematik beim Schwangerschaftsabbruch unmittelbar.

Die Versorgungslage in Deutschland

Eine Untersuchung zur medizinischen Versorgungssituation zum Schwangerschaftsabbruch in Deutschland ist ein großer Schwerpunkt dieses Forschungsvorhabens. Die aktuelle Situation bestätigte die Notwendigkeit, denn auch mit der Neuregelung und letztendlichen Aufhebung des § 219a StGB im Juni 2022 ebte die fachliche wie auch gesundheitspolitische Diskussion um die Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch nie ab: Regional wird seit einigen Jahren ein Versorgungsnotstand beschrieben

(Neue Zürcher Zeitung 2022), Gehsteigbelastung vor Arztpraxen und Beratungseinrichtungen berichtet (taz 2022) und fehlende Qualitätsstandards wie verbindliche Leitlinien angemahnt (German Alliance for Choice 2020). Auch werden alternative Behandlungsangebote bekannt, zum Beispiel werden ungewollt Schwangere in einem Modellprojekt telemedizinisch bei ihrem Schwangerschaftsabbruch begleitet (Deutsche Welle 2021). Eines haben diese Themen gemeinsam: Sie alle haben unmittelbar mit dem Thema Versorgung zu tun.

Der Schwangerschaftsabbruch ist in Deutschland in §§ 218 ff. StGB geregelt. Prinzipiell rechtswidrig bleibt er für die betroffene Frau straffrei nach Beratungsregelung, wenn er innerhalb von zwölf Wochen seit Befruchtung vorgenommen wird, eine Pflichtberatung in einer anerkannten Beratungsstelle erfolgt ist und der Abbruch frühestens am vierten Tag nach der Beratung durchgeführt wird. Nicht rechtswidrig ist ein Abbruch nach medizinischer Indikation und kriminologischer Indikation (§ 218a Absatz 2 und 3). Im Jahr 2022 wurden insgesamt 103.927 Schwangerschaften abgebrochen, davon 96,2 Prozent nach Beratungsregelung (StBA 2023). Die Kosten müssen von den Frauen selbst getragen werden, einen Anspruch auf Kostenübernahme haben Frauen ohne oder mit einem geringen Einkommen. Der Antrag auf Kostenübernahme muss vor dem Eingriff bei einer Krankenkasse erfolgen, die Kosten übernimmt das jeweilige Bundesland. Die grundsätzliche Strafbarkeit verhindert die Aufnahme des Schwangerschaftsabbruchs als reguläre Krankenkassenleistung und die Aufnahme in die Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung (Bundesverfassungsgericht 1993).

Quantität und Qualität: Eine verlässliche Datenlage fehlt

Um zu gewährleisten, dass bundesweit ein Angebot zum Schwangerschaftsabbruch vorgehalten wird, sind die Länder nach § 13 Absatz 2 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) verpflichtet, ein „ausreichendes“ Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicherzustellen. Mit Ausnahme der Stadtstaaten Hamburg, Berlin, Bremen besteht jedoch nur wenig Transparenz über die regionale Situation in den Bundesländern (Deutscher Bundestag, Drucksache 19/5957). Es gibt beispielsweise kein Monitoring-System, das dokumentiert, ob und wie Daten erhoben werden.

Neben den Bundesländern sind auch die Ärztekammern verpflichtet, dem Statistischen Bundesamt Namen und Adressen der Einrichtungen mitzuteilen, in denen Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen wurden oder durchgeführt werden können. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes kommen die Bundesländer und Kammern dieser Verpflichtung jedoch nur sehr unregelmäßig nach (Deutscher Bundestag, Drucksache 19/5957).

Das Statistische Bundesamt (StBA) führt gemäß §§ 15 ff. SchKG die Bundesstatistik über in Deutschland vorgenommene Schwangerschaftsabbrüche und verfügt aufgrund der Meldepflicht der Anbieter und Anbieterinnen von Schwangerschaftsabbrüchen über umfassende Daten. Die Einrichtungen, die Abbrüche an das Bundesamt melden, werden als Meldestellen geführt. Seit dem Jahr 2003 ist die Zahl dieser Meldestellen von 2.050 auf 1.105 im Jahr 2022 um etwa 46 Prozent gesunken (StBA 2023). Dieser Rückgang der Meldestellen kann als starker Hinweis auf eine Verschlechterung der Versorgung gedeutet werden. Aber auch die Zahl der Meldestellen lässt laut StBA keine Rückschlüsse auf genaue Zahlen zu Arztpraxen beziehungsweise Kliniken zu, die Abbrüche vornehmen, da „zum einen auch Meldestellen mit Fehlmeldungen (keine Abbrüche im Quartal) enthalten sind, zum anderen melden zentrale ambulante OP-Praxen hier zum Beispiel für mehrere Arztpraxen mit“ (StBA 2023). Aufgrund hoher Datenschutzbestimmungen ist das StBA nicht berechtigt, detailliertere Daten auszugeben, etwa eine geografische Verteilung oder genauere Angaben zum quantitativen oder qualitativen Leistungsspektrum der Meldestellen.

Um eine bundesweite Übersicht für informationssuchende Frauen zu gewährleisten, hat die Bundesärztekammer seit dem Jahr 2019 nach §13 Absatz 3 SchKG den gesetzlichen Auftrag, eine Liste von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und Einrichtungen zu veröffentlichen. Da diese Erhebung auf freiwilliger Basis erfolgt, ist diese Liste sehr lückenhaft: Sie enthält bundesweit etwa 366 Ärztinnen und Ärzte (BÄK 2023), deutlich weniger als beispielsweise die Meldestellenliste des Statistischen Bundesamtes, und ist damit als zuverlässige Datenquelle nicht gut nutzbar.

Hinweise auf regionale Versorgungsprobleme werden von Ärzteverbänden (Harlfinger und Gaase 2019), Beratungsinstitutionen (pro familia 2019) und den Medien beschrieben (Die Zeit 2022). Die von dem Journalistenteam Correctiv durchgeführte Befragung von 309 öffentlichen Krankenhäusern ergab, dass nur 38 Prozent der Krankenhäuser Abbrüche nach Beratungsregelung durchführen (Correctiv 2022). Weitere Entwicklungen, die im Zusammenhang mit einer defizitären Versorgung diskutiert werden können, betreffen eine zunehmende Nachfrage telemedizinisch durchgeführter Schwangerschaftsabbrüche und Angebote außerhalb der offiziellen Gesundheitsversorgung, wie durch Women on Web (WoW). Diese internationale Organisation versendet die Medikamente für einen medikamentösen Abbruch per Post hauptsächlich in die Länder, in denen ein Abbruch faktisch illegal ist, aber sie hatte bereits im Jahr 2021 über 2.041 Anfragen aus Deutschland (Auskunft WomenOnWeb, März 2023) (Endler et al. 2020; Killinger et al. 2020; Maeffert 2022).

Auch ins Ausland reisen ungewollt Schwangere für einen Abbruch weiterhin: In der niederländischen Abbruchstatistik liegt die Anzahl von Frauen aus Deutschland konstant über 1.000 (Inspectie voor de Gezondheidszorg 2022). In einer aktuellen Fünf-Jahres-Mixed-Methods-Studie zum Thema Reisen für einen Schwangerschaftsabbruch innerhalb Europas findet sich bei Personen, die für einen Schwangerschaftsabbruch in andere Länder reisen, obwohl das Verfahren in ihrem Land legal ist, als Hauptgrund das Überschreiten des rechtlich festgelegten Schwangerschaftsalters für einen Abbruch in ihrem Heimatland. Qualitative Daten zeigen, dass die Teilnehmerinnen in ihren Heimatländern durch eine Reihe von Verzögerungen und Hindernissen die zeitlichen Fristen nicht einhalten konnten oder wegen Zugangsbarrieren primär ins Ausland reisen. Als Beispiele werden ein Mangel an Informationen, die mangelnde Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte, einen Schwangerschaftsabbruch zu betreuen und zu überweisen, und in einigen Fällen eine falsche Berechnung des Schwangerschaftsalters zum Zeitpunkt der Bestätigung der Schwangerschaft genannt (de Zordo et al. 2021). Diese Daten bestätigt die Studie von pro familia (2021: 22-23). Daher wäre es dringend geboten, verlässliche Instrumente für ein flächendeckendes Versorgungsmonitoring zu etablieren und Strategien zu entwickeln, um Versorgung systematisch bewerten und Defizite frühzeitig erkennen und ihnen entgegenwirken zu können.

Bisher ist die Datenlage zur medizinischen Versorgungsqualität nicht ausreichend. Weder können Aussagen darüber getroffen werden, ob Frauen der Zugang zu allen Methoden des Schwangerschaftsabbruchs regional offensteht, noch, auf welcher Grundlage medizinischer Standards die Abbrüche durchgeführt werden. Unklar ist auch, welche medizinischen Qualifikationen für die Durchführung der unterschiedlichen Methoden medikamentös, chirurgisch, ambulant oder stationär erforderlich sind. Einen Hinweis auf qualitative Defizite bietet die offizielle Abbruchstatistik (StBA 2022) deutlich: Für bundesweit 11,4 Prozent der Fälle wird als Abbruchmethode die Kürettage angegeben, eine Methode, die seit vielen Jahren für den Abbruch in der Frühschwangerschaft als obsolet eingestuft wird (WHO 2012: 31).

Auch ist nicht klar ersichtlich, welche Abbruchmethoden von einzelnen Ärztinnen und Ärzten angeboten werden. Hier zeigt die offizielle Statistik aus dem Jahr 2021, dass der Anteil medikamentöser Schwangerschaftsabbrüche in den Bundesländern zwischen 12,5 und 52,9 Prozent liegt und damit stark variiert. Der prozentuale Anteil medikamentöser Abbrüche in Deutschland liegt bundesweit bei 32,3 Prozent und ist im europäischen Vergleich als niedrig zu bewerten (Miani 2021; StBA 2022).

Im Januar 2023 sind erstmalig Qualitätsstandards zum Schwangerschaftsabbruch, die S2k-Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch, veröffentlicht worden (DGGG 2023). Kritisch bewertet wurde sie bereits, da sie die aktuellen WHO-Richtlinien und Versorgungsfragen nicht ausreichend berücksichtigt (Doctors for Choice 2023).

Wer steht hinter „ELSA“ und welche Erkenntnisse sind von der Studie zu erwarten?

Eine Gruppe Wissenschaftlerinnen aus sechs Hochschulen mit unterschiedlichen wissenschaftlichen Erfahrungen zum Thema schloss sich zu einem Projektverbund zusammen und reichte im November einen Antrag ein, der alle ausgeschriebenen Inhalte umfasste. Dazu gehören Prof. Dr. Daphne Hahn (Hochschule Fulda), Prof. Dr. Cornelia Helfferich (†) (SoFFI F. Freiburg), Prof. Dr. Maika Böhm (Hochschule Merseburg), Prof. Dr. Christine Knaevelsrud (Freie Universität Berlin), Prof. Dr. Silvia Krumm (Universitätsklinikum Ulm), Prof. Dr. Petra Brzank (Hochschule Nordhausen). Beratend stand bei der Antragstellung

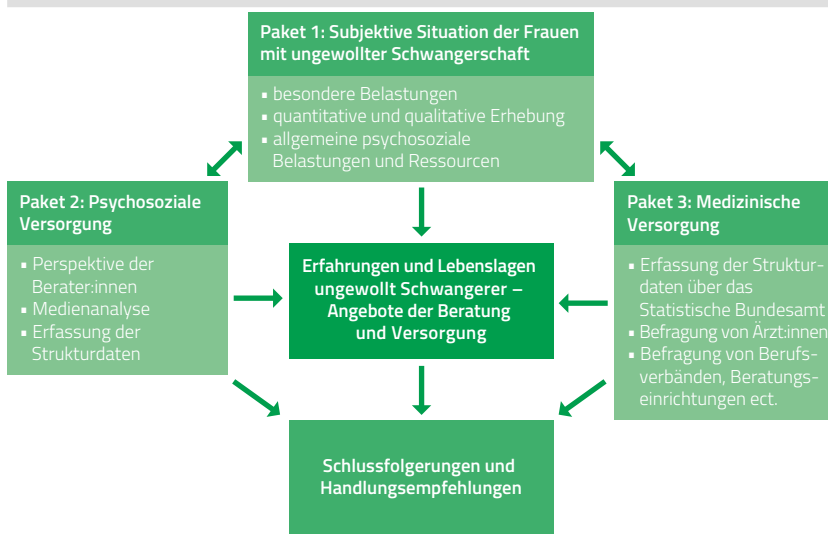
und steht bei der Durchführung des Projektes Prof. Dr. Ulrike Busch von der Hochschule Merseburg zur Seite.

Das Projekt trägt den Titel „Erfahrungen und Lebenslagen ungewollt Schwangerer. Angebote der Beratung und Versorgung. ELSA“. Es wird vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) finanziert. Ziel des Forschungsvorhabens ELSA ist es, Erkenntnisse über die sozialen und gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen von Frauen, die ungewollt schwanger sind und diese Schwangerschaft austragen oder abbrechen, zu gewinnen und zu ergründen, wie die Unterstützung und Versorgung, die sie erfahren, die Verarbeitungsprozesse fördern oder erschweren. Ziel der Studie ist auch, Schlussfolgerungen für eine Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung ungewollt schwangerer Frauen auf der Grundlage wissenschaftlich-empirischer Erkenntnisse zu ziehen. Ein hochkarätig zusammengesetzter wissenschaftlicher Beirat begleitet das Projekt (<https://elsa-studie.de>).

Gestützt auf internationale Forschungsergebnisse, nach denen nicht der Abbruch einer Schwangerschaft, sondern die ungewollt eingetretene Schwangerschaft unter schwierigen Lebensumständen die Belastungen erzeugt, werden die Entwicklungen bei gewollt und ungewollt eingetretenen sowie bei ausgetragenen und abgebrochenen ungewollten Schwangerschaften untersucht. Dabei sollen über individuelle Lebensbedingungen hinaus auch Stigmatisierungserfahrungen einbezogen werden. Es wird eine übergreifende Entwicklungsperspektive eingenommen und in einer quantitativen Studie unter Einbeziehung einer Wiederholungsstudie erforscht. Berücksichtigt werden in der Studie auch verschiedene vulnerable Gruppen wie Frauen mit psychischen Belastungen, traumatisierte Frauen, Frauen mit Fluchthintergrund sowie Frauen mit Gewalterfahrungen. Um Schlussfolgerungen für die Unterstützung von Männern und Paaren ziehen zu können, werden in einer qualitativen Teilstudie Partner (bei tragfähigen Partnerschaften) interviewt. Unter Berücksichtigung der jeweiligen Situationen vor der Schwangerschaft wird die Verfügbarkeit, Inanspruchnahme und Wirksamkeit von professioneller Hilfe im psychosozialen und medizinischen Bereich aus Sicht von betroffenen Frauen und Fachkräften untersucht. Die Ergebnisse aus der Befragung der Frauen werden mit Analysen zum aktuellen Stand der psychosozialen und medizinischen Unterstützungs- und Versorgungsangebote in ihren regionalen Unterschieden

verknüpft. Abbildung 2 stellt dar, wie die einzelnen Projektteile miteinander verbunden sind und wie die Ergebnisse der Arbeitspakete sich wechselseitig ergänzen.

Abbildung 2: Übersicht über die Beziehungen zwischen den Arbeitspaketen



Quelle: eigene Darstellung

Für das Arbeitspaket 1 – die Befragung der Frauen – werden in einer großen, repräsentativen Einwohnermeldeamtsstichprobe in Deutschland wohnhafte Frauen mit mindestens einem Kind unter sechs Jahren angefragt, an der Befragung zu Erfahrungen und Lebenslagen (un)gewollt Schwangerer teilzunehmen. Zunächst machen sie detaillierte Angaben zu ihren bisherigen Schwangerschaften, im Anschluss werden sie gebeten, einen von drei Fragebögen zu gewollter, ungewollt ausgetragener oder ungewollt abgebrochener Schwangerschaft zu beantworten.

Frauen mit Schwangerschaftsabbruch für eine Befragung zu erreichen, stellt eine besondere Herausforderung dar, da Tabuisierung und Geheimhaltung weitverbreitet sind (Astbury-Ward 2012). Da eine ausschließliche Rekrutierung über eine Einwohnermeldestichprobe nicht möglich scheint, erfolgt für diese Gruppe geplant ein weiterer Zugang über ein bundesweites Netz unterstützender Ärztinnen und Ärzte, die Abbrüche in ihren

Einrichtungen anbieten. Die Stichproben der Befragung sind demnach Frauen mit einer ungewollten Schwangerschaft, die ausgetragen wurde, mit einer Zielgröße von $n = 700$, Frauen mit ungewollter Schwangerschaft, die abgebrochen wurde, Zielgröße $n = 500$, und eine Kontrollgruppe von Frauen, die eine gewollte Schwangerschaft austragen.

Die erste standardisierte Online-Befragung ist abgeschlossen. Eine Wiederholungsbefragung als Kurzzeitlängsschnitt wird aktuell mit mindestens sechsmonatigem Abstand bei den Frauen mit ungewollter ausgetragener beziehungsweise abgebrochener Schwangerschaft durchgeführt, um Veränderungen zu spezifischen Fragen herauszufinden. Neben der standardisierten Befragung gibt es auch einen umfangreichen qualitativen Untersuchungsteil. Es werden mit je etwa 40 Frauen in Gewaltbeziehungen, Frauen mit psychischen Belastungen, Frauen mit Migrationshintergrund/Fluchterfahrungen/illegalisierten Frauen, traumatisierten Frauen und Frauen mit Partnerschaftsproblemen Interviews durchgeführt sowie mit Männern, um auch deren Perspektive einbeziehen zu können.

Das zweite Arbeitspaket schließt die psychosozialen Angebote einerseits und eine Medienanalyse zu den Informationsangeboten zum Schwangerschaftsabbruch andererseits ein. Beides wird von der Hochschule Merseburg verantwortet. Nach explorativen Vorgesprächen mit Vertretern und Vertreterinnen von Ministerien, Trägerverbänden und Beratungsstellenleitungen wird ein Fragebogen für die standardisierte Online-Befragung aller 1.300 Beratungsstellen bundesweit entwickelt und die Befragung durchgeführt. Anhand einer systematischen Medienanalyse soll die Frage beantwortet werden, was ungewollt schwangere Ratsuchende erleben, wenn sie im Internet nach Informationen suchen. Untersucht werden drei Bereiche:

- 1) die Struktur der Internet-Seite und damit einhergehend deren Anwendbarkeit,
- 2) die Angaben zur Erreichbarkeit der Beratungsstelle sowie
- 3) der Informationsgehalt der Angebote.

Ergänzend werden die Treffer nach einer Suche mit Google zu den Themen „Abtreibung“, „Schwangerschaftsabbruch“ und „ungewollt schwanger“ diskursanalytisch ausgewertet.

Die Hochschule Fulda verantwortet den gesamten Untersuchungsteil zur medizinischen Versorgung (im Rahmen von Arbeitspaket 3). Dies geschieht auf fünf unterschiedlichen Wegen.

Abbildung 3: Untersuchung der medizinischen Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbruch (Hochschule Fulda)



Quelle: eigene Darstellung

In einem ersten Schritt wurden verschiedene Daten zusammengeführt, um die deutschlandweite Versorgungssituation abzubilden. Dazu wurde zum Beispiel auf die Adresslisten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und Daten des Statistischen Bundesamtes zurückgegriffen, soweit sie zur Verfügung standen. Im Anschluss daran wurden in einem zweiten Schritt in allen 16 Bundesländern Interviews mit denjenigen durchgeführt, die in den Ländern die Aufgaben für die Sicherstellung der medizinischen Versorgungsangebote nach § 13 Absatz 2 SchKG innehaben. Hier besteht ein großer Bedarf, Transparenz darüber zu schaffen, wie in den Bundesländern die Bewertung der

Versorgungssituation erfolgt und wie die Versorgungslage auf Länderebene sichergestellt wird. Drittens wurden alle Ärztinnen und Ärzten standardisiert befragt, die in Deutschland Schwangerschaftsabbrüche gemäß § 13a SchKG vornehmen. Ärztinnen und Ärzte wurden zu ihrer fachlichen und überfachlichen Qualifikation befragt. Ein wichtiger Fokus lag auf der Ermittlung der Dienstleistungsangebote wie etwa die Zahl an durchgeführten Abbrüchen pro Ärztin oder Arzt, die verwendeten Methoden und Gründe für deren Anwendung und Präferenz. Weitere Fragen ermittelten Einstellungen und Motive, Einschätzungen der Versorgungssituation und mögliche Hindernisse, mit denen Ärzte und Ärztinnen konfrontiert sein können. Auch wurden Fragen zur Qualifikation des medizinischen Personals gestellt. Zu Ärztinnen und Ärzten, deren Adressen nirgendwo zugänglich sind und die wahrscheinlich auch unbekannt und unerkannt bleiben wollen, bestand kein Zugang. Die Befragungen hierzu sind bereits abgeschlossen.

Um die Gründe für regionale Unterschiede erforschen zu können, werden in einem vierten Schritt aus den Ergebnissen der Befragung der Frauen mit abgebrochener Schwangerschaft und dem Überblick über die regionale Versorgungssituation drei Regionen (Regionen mit unterschiedlichen Siedlungsstrukturen, besonders guter beziehungsweise schlechter Versorgung) ausgewählt, in denen alle Gynäkologinnen und Gynäkologen standardisiert befragt werden. Dabei interessiert insbesondere die persönliche Einstellung zum Schwangerschaftsabbruch und zu ungewollter Schwangerschaft, wie auch die subjektive Wahrnehmung des lokalen „Klimas“, das heißt der vorherrschenden Haltung zum Schwangerschaftsabbruch in der Bevölkerung und der lokalen Öffentlichkeit. Eine zentrale Frage ist, welche Gründe Ärztinnen und Ärzten haben, Schwangerschaftsabbrüche anzubieten oder auch nicht. Und auch hier wird erhoben, ob es aus ärztlicher Sicht Zugangshindernisse gibt und ob ein Verbesserungsbedarf gesehen wird. Unklar ist beispielsweise, ob die Strafbewehrung von Ärztinnen und Ärzten einen Einfluss auf die Versorgungssituation hat.

Zum vertiefenden Verständnis der regionalen Unterschiede werden ergänzend als fünfter Schritt Experteninterviews durchgeführt. In diesem Erhebungsteil wird in den ausgewählten Regionen untersucht, inwieweit die Versorgungssituation aus Expertensicht dem Bedarf gerecht wird, welche Zugangshindernisse bestehen, welchen

Verbesserungsbedarf es gibt und wie dieser gedeckt werden könnte. Geplant sind je 15 Interviews, die ebenfalls mit der Methode des Experteninterviews erhoben und ausgewertet werden.

Welche Ergebnisse werden erwartet?

Die übergeordneten Ziele bestehen darin

- Schlussfolgerungen für die Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung ungewollt schwangerer Frauen auf der Basis wissenschaftlich-empirischer Ergebnisse zu gewinnen. Die inhaltlichen Ziele betreffen Aussagen zu Belastungen allgemein und bei spezifischen Teilgruppen ungewollt Schwangerer, zu deren Determinanten (standardisiert) sowie zur subjektiven Wahrnehmung (qualitativ) und zu Veränderungen und Verarbeitungsprozessen im zeitlichen Verlauf,
- eine deutschlandweite Erfassung der Zahlen und Inhalte psychosozialer Versorgung bei ungewollter Schwangerschaft durch nach § 3 SchKG anerkannte Beratungsstellen zu erreichen sowie ihre Vernetzung, die digitale Präsenz psychosozialer Versorgungsangebote und eine Überprüfung von deren Benutzerfreundlichkeit zu ermöglichen,
- Aussagen über die Versorgungslage zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs in Deutschland und zur Übersicht über die regionale Verteilung der Anbieter, die Zahl der jeweils durchgeführten Abbrüche, die Qualifikationen von Ärzten und Ärztinnen und die verwendeten Methoden, Begründungen für regionale Versorgungsunterschiede sowie über die Verantwortung in den einzelnen Bundesländern für die Sicherstellung der Versorgung zu erlangen.

Literatur

- Astbury-Ward, E., Parry, O. und R. Carnwell (2012). Stigma, abortion, and disclosure – findings from a qualitative study. In: *J Sex Med*, 9 (12). S. 3137–47. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02604.x.
- BÄK – Bundesärztekammer (2023). Liste von Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen nach § 13 Abs. 3 SchKG. Online unter www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/schwangerschaftsabbruch (Download am 6. April 2023).
- Biggs, M.A., Kaller, S. und L. Ralph (2020). Barriers accessing abortion care and their association with psychological well-being. *Contraception* 101 (5). S. 355.
- Bundesgesetzblatt (BGBl) (1985). Gesetz zu dem Übereinkommen vom 18. Dezember 1979 zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau. Online unter www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bg-bl285s0647.pdf#_bgbl_%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl285s0647.pdf%-27%5D__1677833124807 (Download am 13. April 2023).
- BVerfG – Bundesverfassungsgericht (1993). Urteil vom 28.05.1993, Az.: 2 BvF 2/90. Lebensrecht; Schwangerschaftsabbruch; Schutzpflicht; Interessenkollision; Indikationstatbestände; Untermaßverbot; Lohnfortzahlung. Online unter <https://research.wolterskluwer-online.de/document/43325c26-9331-47aa-b567-c58c291d1b7a;Stand:13.Januar2021> (Download am 13. April 2023).
- Coast, E., Norris, A. H., Moore, A. M. und E. Freemann (2018). Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. Review. In: *Social science and medicine* Mar, 200. S. 199–210.
- Committee on the Elimination of Discrimination against Women (2020). List of issues and questions prior to the submission of the ninth periodic report of Germany. 9. März 2020. Online unter www.bmfsfj.de/resource/blob/160448/91d35091e-9383d6b4f9b757d7fc27f82/en-list-of-issues-ninth-periodic-report-germany-data.pdf (Download am 13. April 2023).
- Correctiv (2022). Datenbank zu Schwangerschaftsabbrüchen. Welche öffentlichen Kliniken keine Abbrüche durchführen. Online unter <https://correctiv.org/aktuelles/gesundheit/2022/03/03/keine-abtreibungen-in-vielen-oeffentlichen-kliniken/> (Download am 13. April 2023).

- De Zordo, S., Zanini, G., Mishtal, J., Garnsey, C., Ziegler, A.-K. und C. Gerdtts (2021). Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: A mixed-methods study. In: BJOG 2021, 128. S. 838–845. Online unter <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16534> (Download am 13. April 2023).
- Deutsche Welle (2021). Schwangerschaftsabbruch per Telemedizin. 29. Dezember 2021. Online unter www.dw.com/de/schwangerschaftsabbruch-per-telemedizin/a-60200143 (Download am 13. April 2023).
- Deutscher Bundestag, Drucksache 19/5957.
- Deutscher Bundestag, Drucksache 19/6519.
- DGGG – Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (2023). S2k-Leitlinie Schwangerschaftsabbruch im 1. Trimenon.
- DIE ZEIT (2022). Schwangerschaftsabbrüche in Bayern: Hier können Frauen lange suchen. 13. Mai 2022. Online unter www.zeit.de/gesellschaft/2022-05/schwangerschaftsabbrueche-bayern-kliniken-verweigerung (Download am 13. April 2023).
- Endler, M., Killinger, K., Atay, H., Gomperts, R. und S. Gunther (2020). Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany? A mixed-methods study, doi: 10.1101/2020.09.08.20190249[16].
- Foster, D. G. (2020). The turnaway study: Ten years, a thousand women, and the consequences of having – or being denied – an abortion. New York, London, Toronto, Sydney, New Delhi.
- German Alliance for Choice (2020). Presseerklärung zu dem Bericht für die Umsetzung der CEDAW-Konvention. Online unter [https://doctorsforchoice.de/2020/02/gafc/to-the-UN-Committee-on-the-Elimination-of-Discrimination-Against-Women.77th-Pre-Sessional-Working-Group-\(2-to-6-March-2020\)-\(Download-am-13.-April-2023\).](https://doctorsforchoice.de/2020/02/gafc/to-the-UN-Committee-on-the-Elimination-of-Discrimination-Against-Women.77th-Pre-Sessional-Working-Group-(2-to-6-March-2020)-(Download-am-13.-April-2023).)
- Hall, K., Dalton, V., Zochowski, M., Johnson, T. und L. Harris (2018). Stressful life events around the time of unplanned pregnancy and women's health: Exploratory findings from a national sample. In: Matern Child Health J. 2017, June, 21 (6). S. 1.336–1.348.
- Harflinger, W. und R. Gaase (2019). Die unsäglichen Diskussionen über die Paragraphen 218, 218a, und 219a haben sich ausgebreitet. In: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz 201 (6). S. 16–18. Online unter www.aerzteblatt-rheinlandpfalz.de/pdf/rfp1906_016.pdf#search=%22Schwangerschaftsabbruch%22&view=%22fit%22 (Download am 13. April 2023).

- Helfferrich, C. (2019). Gewalt, Verhütung und Gründe für einen Schwangerschaftsabbruch. In: GynKongress. Offizielle Kongresszeitschrift zum FoKo 2019, Nr. 2, 11.
- Helfferrich, C., Klindworth, H., Heine, Y. und I. Wlosnewski (2016). frauenleben3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2022). Jaarrapportage 2021 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht. Online unter www.igi.nl/publicaties/jaarverslagen/2022/09/22/wafz-2021 (Download am 13. April 2023).
- Killinger, K., Günther, S., Atay, H., Gomperts, R. und M. Endler (2020). Why women choose abortion through telemedicine outside the formal health sector in Germany? A mixed-methods study BMJ Sexual & Reproductive Health. doi: 10.1136/bmj.srh-2020-200789.
- Maeffert, J. (2022). Der telemedizinisch begleitete medikamentöse Schwangerschaftsabbruch – zwischen Selbstbestimmung und Versorgungsnotstand. In: Gyne 1/2022.
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F. und C. West (2008). American Psychological Association, Task Force on Mental Health and Abortion. Report of the Task Force on Mental Health and Abortion. Washington, DC. Online unter www.apa.org/pi/wpo/mental-health-abortion-report.pdf (Download am 13. April 2023).
- Miani, C. (2021). Medical abortion ratios and gender equality in Europe: an ecological correlation study. In: Sex Reprod Health Matters, 29 (1). S. 214–231. doi: 10.1080/26410397.2021.1985814.
- Neue Zürcher Zeitung (2022). Gaschke, S. und B. Achterberg: Wollen Frauen eine Schwangerschaft abbrechen lassen, stossen sie bei Ärzten in Deutschland oft auf Ablehnung (29. Dezember 2022). Online unter www.nzz.ch/international/abtreibungen-in-deutschland-von-aerzten-und-abtreibungsgegnern-ld.1717909 (Download am 13. April 2023).
- pro familia (2021). Klinische Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon (KAST). Abschlussbericht des Forschungsprojekts im Zeitraum 1. August bis 31. Dezember 2021.

- StBA – Statistisches Bundesamt (2023). Schwangerschaftsabbrüche – Meldestellen. Online unter www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Tabellen/_tabellen-meldestellen.html (Download am 13. April 2023).
- StBA – Statistisches Bundesamt (2022). Schwangerschaftsabbrüche. Berichtsjahr 2021.
- taz – Die Tageszeitung (2022). Fundamentalisten vor Pro Familia: Beten gegen Abtreibung. 29. September 2022. Online unter <https://taz.de/Fundamentalisten-vor-Pro-Familia/!5880428/> (Download am 13. April 2023).
- UN Population Fund – UNFPA (1994). Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, 5. bis 13. September 1994, A/CONF.171/13/Rev.1. Online unter www.refworld.org/docid/4a54bc080.html (Download am 13. April 2023).
- WHO – World Health Organization (2022). Abortion care guideline. Geneva: World Health Organization Human Reproduction Programme.
- WHO – World Health Organization (2012). Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, second edition. World Health Organization. Online unter <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70914> (Download am 13. April 2023).
- Women on Web (2020). Abortion remains difficult to access in Germany. Online unter www.womenonweb.org/de/page/20566/abortion-remains-difficult-to-access-in-germany (Download am 13. April 2023).