



**pro-familia** hintergrund

# **Klinische Angebote zum Schwanger- schaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon (KAST)**

Abschlussbericht des Forschungs-  
projekts im Zeitraum  
1. August bis 31. Dezember 2021



---

## Impressum



pro familia Bundesverband  
Mainzer Landstraße 250–254  
60326 Frankfurt am Main

E-Mail: [info@profamilia.de](mailto:info@profamilia.de)  
[www.profamilia.de/Publikationen](http://www.profamilia.de/Publikationen)  
© 2022

Projektleitung:  
Prof. Dr. Maika Böhm Hochschule Merseburg  
Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur  
Eberhard-Leibnitz-Straße 2  
06217 Merseburg  
Telefon 03461-462240  
E-Mail: [maika.boehm@hs-merseburg.de](mailto:maika.boehm@hs-merseburg.de)

Projektberatung:  
Katja Krolzik-Matthei, M.A. Sexualwissenschaft

Projektdurchführung:  
Johanna Walsch, M.A. Sexualwissenschaft  
Romy Nitzsche, stud. cand. Sexualwissenschaft

Titel: © Ron Dale – Adobe Stock

Gefördert vom:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

## Vorwort

Ein Schwangerschaftsabbruch nach Ablauf der 12. Woche nach Empfängnis ist in Deutschland möglich und rechtmäßig, wenn eine medizinische Indikation ausgestellt wird. In pro familia Beratungsstellen berichten ratsuchende Frauen und Paare immer wieder über große Schwierigkeiten, die sie im Kontext der Indikationsstellung sowie der Arztsuche und dem Ablauf beim Schwangerschaftsabbruch erleben.

Wenn auch die Zahl der Abbrüche nach dem ersten Trimenon in Deutschland mit knapp 3000 Fällen pro Jahr recht niedrig ist, so stellt die Auseinandersetzung mit der Entscheidung doch eine enorme Herausforderung dar.

Die Entscheidungsfindung ist nicht selten für die Frau und ihre Angehörigen eine Lebenssituation im Grenzbereich des menschlich Erträglichen. Sie müssen entscheiden, ob eine gewünschte Schwangerschaft, auf die sie sich vorbereitet haben, abgebrochen und das Leben des Fötus vorzeitig beendet werden soll. Sie müssen die Lebenschancen des Fötus und späteren Kindes prognostizieren, die eigenen Belastungsgrenzen erkennen und ausloten.

Ist diese schwere Entscheidung getroffen, müssen die nun folgenden institutionellen Barrieren überwunden werden. Das sind zum einen die Zugangsvoraussetzun-

gen zu der medizinischen Versorgung, zum anderen ist es das nur sehr beschränkte Angebot an Kliniken, die den Eingriff vornehmen. Geht es um schwere Probleme mit der eigenen körperlichen oder psychischen Gesundheit, finden sich oftmals keine Mediziner\*innen, die bereit sind, eine Indikation auszustellen.

Auch Frauenärzt\*innen und Mitarbeiter\*innen von Beratungsstellen, die in diesen Notlagen bestmöglich unterstützen möchten, geraten mitunter selbst schnell an ihre Grenzen bei der Suche und Vermittlung geeigneter Anlaufstellen.

In dieser vom pro familia Bundesverband beauftragten und der Hochschule Merseburg durchgeführten Recherche wird eruiert, welche Kliniken unter welchen Bedingungen Schwangerschaftsabbrüche im zweiten und dritten Trimenon durchführen und wie Mediziner\*innen und Beratungsfachkräfte die Situation beschreiben.

Die vorgestellte Studie bietet einen Einblick in das umfassende Themengebiet und identifiziert Inhalte für weitere Explorationen und Vertiefungen.

pro familia Bundesverband





## **Abschlussbericht des Forschungsprojekts**

### **„Klinische Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon“ (KAST)**

Beauftragt durch den pro familia Bundesverband

Gefördert durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Durchgeführt von der Hochschule Merseburg

Projektzeitraum: 01. August 2021 bis 31. Dezember 2021

#### **Projektleitung:**

Prof. Dr. Maika Böhm

Hochschule Merseburg

Fachbereich Soziale Arbeit.Medien.Kultur

Eberhard-Leibnitz-Str. 2

06217 Merseburg

Tel.: 03461-462240

Mail: [maika.boehm@hs-merseburg.de](mailto:maika.boehm@hs-merseburg.de)

#### **Projektberatung:**

Katja Krolzik-Matthei, B.A. Soziale Arbeit, M.A. Sexualwissenschaft

#### **Projektdurchführung:**

Johanna Walsch, B.A. Soziale Arbeit, M.A. Sexualwissenschaft

Romy Nitzsche, B.A. Soziale Arbeit, stud. cand. Sexualwissenschaft



## **Inhaltsverzeichnis**

1. Ausgangssituation und Fragestellung .....	1
2. Forschungsvorgehen .....	4
2.1 Qualitative Expert*inneninterviews .....	4
2.2 Quantitative Onlinebefragung.....	5
3. Forschungsergebnisse .....	8
3.1 Ausstellung von medizinischen Indikationen .....	8
3.2 Umsetzung von Schwangerschaftsabbrüchen nach der 14. SSW .....	10
3.2.1 Kriterium: Schwangerschaftswochen .....	10
3.2.2 Kriterium: Diagnosen .....	12
3.2.3 Kriterium: Verfahrensweisen und Prozesse .....	14
3.2.4 Kriterium: Methoden des Abbruchs und Schwangerschaftsalter .....	15
3.2.5 Kriterium: Verweisungsstrukturen und Kooperationen .....	16
3.3 Kommunikationsbereitschaft und immanente Barrieren .....	19
4. Versorgungslage .....	21
4.1 Aktuelle Versorgungslage .....	21
4.2 Auslandsreisen.....	24
4.3 Idealvorstellungen und Handlungsbedarfe .....	27
5. Ausblick.....	27
Literatur .....	31



## 1. Ausgangssituation und Fragestellung

Im Jahr 2020 wurden in Deutschland 2874 Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. Schwangerschaftswoche (SSW)<sup>1</sup> durchgeführt, dies entspricht 2,88% aller Abbrüche in diesem Jahr (vgl. Statistisches Bundesamt 2021: 10). Wenngleich der Prozentsatz für Abbrüche nach der 14. SSW deutlich niedriger ist als der für Abbrüche vor der 14. SSW, stellt doch die Entscheidung gegen das Austragen einer Schwangerschaft in einer fortgeschrittenen Schwangerschaftswoche für Schwangere und ggf. ihre Partner\*innen sowie Bezugspersonen eine besonders vielschichtige Konfliktsituation dar (vgl. Wewetzer 2019: 2); auch, weil es sich mehrheitlich um ursprünglich gewollte Schwangerschaften handelt. Neben den psychosozialen Belastungen in dem Entscheidungsprozess für oder gegen das Austragen stehen die Schwangeren oft auch vor der Herausforderung, Informationen über den Ablauf zur Durchführung eines Abbruchs zu bekommen. Auf der – digital zugänglichen – Liste der Bundesärztekammer stehen zwar Ärzt\*innen und Einrichtungen, die einen Schwangerschaftsabbruch nach §218a, Abs. 1 bis 3 StGB durchführen, jedoch kann der Liste nicht entnommen werden, in welchen Einrichtungen Abbrüche nach der 14. SSW durchgeführt werden. Auch gibt es keine Liste von ärztlichen Einrichtungen, die medizinische Indikationen ausstellen. Um aber eine Schwangerschaft nach der 14. SSW beenden zu können, ist in Deutschland eine ärztlich ausgestellte medizinische Indikation zwingend notwendig.<sup>2</sup> Auch Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, so legen es stichprobenartige Recherchen im Internet nahe, geben auf ihren Webseiten sehr selten genauere Informationen zu den Eingriffen bzw. Abläufen. Eine im pro familia Familienplanungsrundbrief (2019: 16) zu ihren Erfahrungen mit Abbrüchen nach dem ersten Trimenon befragte Ärztin möchte anonym bleiben und begründet dies so: „Da eine sachliche Debatte im aktuellen gesellschaftlichen Klima schwierig ist, möchte ich die Probleme für meine Klinik nicht vergrößern.“

---

<sup>1</sup> Im vorliegenden Bericht werden die Schwangerschaftswochen „post menstruationem“ (p.m.) angegeben und der Begriff „Schwangerschaftswochen“ mit SSW abgekürzt.

<sup>2</sup> Diese kann ausgestellt werden, wenn „[...] eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren [...]“ (§ 218a Abs. 2 StGB) vorliegt. Sofern ein pränataldiagnostisch auffälliger Befund vorliegt und die medizinische Indikation mitbegründet, müssen zwischen Mitteilung der Diagnose und der schriftlichen Indikationsstellung drei volle Tage liegen, es sei denn, es besteht eine unmittelbare gesundheitliche Gefahr für das Leben der Schwangeren. Zudem sind die ausstellenden Ärzt\*innen verpflichtet, über medizinische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs aufzuklären und über Möglichkeiten der psychosozialen Beratung mindestens zu informieren, auf Wunsch der Schwangeren auch Kontakt zu einer Schwangerschaftsberatungsstelle zu vermitteln. Medizinische Indikationen können auch vor der 14. SSW ausgestellt werden.

Während die Versorgungssituation bei Schwangerschaftsabbrüchen innerhalb der ersten 14 Schwangerschaftswochen derzeit im Rahmen einer Förderlinie des Bundesministeriums für Gesundheit erforscht wird (bspw. durch die ELSA-Studie, [www.elsa-studie.de](http://www.elsa-studie.de)), ist die psychosoziale und medizinische Versorgung bei Schwangerschaftsabbrüchen nach dieser Frist in Forschungsvorhaben im deutschsprachigen Raum bisher nur selten betrachtet worden. Aktuell gibt es zudem nur wenige Kliniken, die ihre internen Daten über Abbrüche im zweiten oder dritten Schwangerschaftstrimenon ausgewertet und veröffentlicht haben.

So wurden im Zeitraum von Anfang 2016 bis Ende 2019 die durchgeführten Fetozide<sup>3</sup> am Universitätsklinikum Leipzig dokumentiert und analysiert. Aus der Untersuchung geht hervor, dass „[...] alle Indikationen ausschließlich aufgrund einer psychosozialen Belastung und seelischen Gefährdung [...] gestellt“ (Dathan-Stumpf et al. 2021: 807) und keine Schwangerschaftsabbrüche wegen körperlicher Erkrankungen der schwangeren Personen durchgeführt wurden. Neben den Begründungen für die medizinischen Indikationen wurden auch die Methoden sowie die damit einhergehenden maternalen Komplikationen analysiert. Des Weiteren wurden ausgewählte soziodemografische und physische Informationen zu den Patientinnen und den Föten ausgewertet. Im Fazit der Studie wird darauf hingewiesen, dass Fetozide und ‚späte‘ Schwangerschaftsabbrüche „[...] zur praktischen Realität der Geburtshilfe [...]“ (ebd.: 817) gehören.

Am Gießener Universitätsklinikum wurden Schwangerschaftsabbrüche aufgrund medizinischer Indikationen betrachtet und ähnliche Parameter ausgewertet, wie in der Leipziger Untersuchung. Im Zeitraum von Anfang 2012 bis Mitte 2016 wurden insgesamt 160 medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, welche ebenfalls alle auf Indikationen infolge intrauteriner fetaler Störungen zurückzuführen waren. Ausgestellt wurden die medizinischen Indikationen hauptsächlich von Pränatalmediziner\*innen, aber auch von Humangenetiker\*innen und teilweise auch Psychiater\*innen (vgl. Dettmeyer 2017).

Andere Publikationen beschäftigten sich hauptsächlich mit juristischen sowie ethischen und moralischen Aspekten des Themas (bspw. Kaisenberg et al. 2005; Braun 2006; sowie die anschließenden Diskussionsbeiträge im Deutschen Ärzteblatt 2006).

---

<sup>3</sup> Unter einem Fetozid wird die Abtötung des Ungeborenen verstanden. Hierfür wird eine „[...] intrakardiale Injektion von Kaliumchlorid oder Unterbindung der Blutversorgung über die Nabelschnur verwendet“ (Bundesärztekammer 1998: A-3013).

Aus der Perspektive von Fachkräften aus Schwangerschaftsberatungsstellen, die psychosoziale Beratung vor und nach einem Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon anbieten, ist die vollumfängliche Unterstützung der Schwangeren auf der Suche nach geeigneter medizinischer Versorgung durch die skizzierten Informationslücken oftmals erschwert. Dabei geht es vor allem um Informationen (1) über Ärzt\*innen, die medizinische Indikationen nach § 218a Abs. 2 StGB ausstellen und (2) über Kliniken bzw. niedergelassene Gynäkolog\*innen, die Abbrüche im zweiten und dritten Schwangerschaftstrimenon durchführen. Hinzu kommt, dass (3) Verfahrensweisen für einen Abbruch ab der 14. SSW nicht standardisiert sind und sich u.a. entsprechend der Schwangerschaftsdauer unterscheiden. Die entsprechenden Informationen sind Ratsuchenden wie auch Beratungsstellen jedoch nicht unbedingt bekannt.

Das Forschungsprojekt „*Klinische Angebote zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon (KAST)*“ will einen Beitrag zur Verringerung dieser Informationslücken leisten, indem es medizinisches und psychosoziales Fachpersonal zu folgenden Forschungsfragen befragt:

- Wie ist aus Sicht von Fachkräften die aktuelle medizinische Versorgungslage für Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW in Deutschland einzuschätzen? Welcher Handlungs- und Veränderungsbedarf hinsichtlich einer guten Versorgung wird von ihnen benannt?
- Welche Verfahrensabläufe sind bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der 14. SSW in Deutschland relevant?
- Welche – insbesondere für Beratungsfachkräfte relevanten – Informationsdefizite lassen sich identifizieren und was ist notwendig, um diese zu beseitigen?

Die Untersuchung wurde von der Hochschule Merseburg durchgeführt, durch den pro familia Bundesverband beauftragt und durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend gefördert. Die Ergebnisse können vor allem Fachkräfte in Schwangerschaftsberatungsstellen in der Einschätzung der aktuellen Versorgungslage unterstützen und weisen auf die Relevanz einer disziplinübergreifenden Kooperation zwischen psychosozialer und medizinischer Versorgung im Kontext von Schwangerschaftsabbrüchen nach der 14. SSW hin.

## 2. Forschungsvorgehen

Die Datenerhebung des KAST-Projekts wurde in einem mixed-methods-Design aus explorierender qualitativer Expert\*innenbefragung und standardisierter Online-Befragung mittels eines Fragebogens umgesetzt. Für den ersten Feldzugang bot sich ein qualitatives Vorgehen an, um Einblick in das bislang kaum beforschte Themenfeld zu erhalten und bestehende Informationslücken und Herausforderungen zu konkretisieren. Das ergänzende quantitative Vorgehen zielte darauf, bundesweit systematische Informationen zur medizinischen Versorgung bei Abbrüchen im zweiten und dritten Schwangerschaftstrimenon zu erfassen und die aufbereiteten Daten insbesondere Fachkräften der Beratung zugänglich zu machen.

### 2.1 Qualitative Expert\*inneninterviews

Ausgangspunkt der Untersuchung waren sechs telefonische Interviews, die im Zeitraum von September bis November 2021 mit Expert\*innen aus den Bereichen Medizin/Gynäkologie (IP 2, 4, 5), Schwangerschaftsberatung (IP 3, 6) und Sozialwissenschaft (IP 1) durchgeführt wurden. Voraussetzung für die Auswahl der Interviewpartner\*innen war, dass allen Teilnehmenden das Thema Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon in ihrem beruflichen Kontext begegnet. Die befragten Expert\*innen zeichnen sich dadurch aus, dass sie erwartungsgemäß repräsentativ für ihr berufliches Tätigkeitsfeld sind und ihre Erfahrungen Erkenntnisgewinne hinsichtlich des Forschungsgegenstands erwarten lassen (vgl. Flick 2016: 214). Es wurden Fachkräfte aus unterschiedlichen institutionellen Kontexten akquiriert, um möglichst vielfältige Informationen aus unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen zu erhalten. Durch ihre Erfahrungen mit dem Thema und ihrem Wissen zu deutschen und grenznahen Kliniken in den Niederlanden konnten erste Erkenntnisse zu den o.g. Themenkomplexen gewonnen werden, welche in die Konstruktion des quantitativen Erhebungsinstrument einfließen.

Die Fragen wurden in den Interviews offen gestellt und der Leitfaden flexibel eingesetzt, um das Interviewsetting möglichst ungezwungen zu gestalten und weitreichende Erzählungen zu generieren (vgl. Gläser/Laudel 2010: 41 f.). Der Leitfaden orientierte auf die Themenkomplexe (1) Versorgungslage und genutzte Methoden, (2) Verfahrensweisen der klinischen Praxis und (3) Vernetzung innerhalb der Versorgungslandschaft. Die Interviews dauerten zwischen 30 und 60 Minuten, sie wurden aufgezeichnet und anschließend transkribiert, die personenbezogenen Daten wurden anonymisiert und das Material anschließend inhaltsanalytisch nach Kuckartz (2016)

ausgewertet. Das Forschungsvorgehen entsprach datenschutzrechtlichen und forschungsethischen Standards der durchführenden Institution.

## 2.2 Quantitative Online-Befragung

Im weiteren Projektverlauf wurde im Oktober und November 2021 ein quantitativer Kurzfragebogen erarbeitet und in die Software Lime Survey<sup>4</sup> eingepflegt. Anschließend wurden Leitungskräfte der Abteilungen für Frauenheilkunde von deutschen Kliniken angeschrieben und um Teilnahme an der anonymen Online-Fragebogenerhebung zur medizinischen Versorgungslage bei einem Schwangerschaftsabbruch nach dem ersten Trimenon gebeten.

Die Kliniken wurden mithilfe der Website Klinikradar<sup>5</sup> ermittelt. Die gezielte Kliniksuche mit dem Suchbegriff ‚Frauenheilkunde‘ ergab 1083 Treffer, wobei nur 766<sup>6</sup> dieser Kliniken über eine Abteilung für Gynäkologie und/oder Geburtshilfe verfügen. Ergänzend wurden im Vorfeld bundesweit pro familia Landes- und Ortsverbände kontaktiert mit der Bitte um Information, welche gynäkologischen Praxen und Krankenhäuser jeweils regional Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW anbieten. Durch diese Auskünfte konnte die Einladung zur Onlinebefragung an weitere fünf gynäkologische Praxen verschickt werden.

Von den insgesamt N=771 kontaktierten Einrichtungen nahmen 106 (105 Kliniken, 1 gynäkologische Praxis) an der Onlinebefragung teil<sup>7</sup>. Der Fragebogen wurde 87 Mal vollständig ausgefüllt, nur diese Fragebögen wurden in der deskriptiven Auswertung berücksichtigt. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 13,75%. Von den Befragten gaben 73 Teilnehmende und damit knapp 70% des Samples an, dass sie in einem Allgemeinen Krankenhaus tätig sind. Knapp 10% der Teilnehmenden (n=10) gaben an, in einer Universitätsklinik beschäftigt zu sein. Zwei Teilnehmende der Befragung waren in einer Belegklinik, eine weitere Person in eigener Praxis mit ambulantem OP tätig, eine weitere Person nannte eine andere Art der Einrichtung.

---

<sup>4</sup> Lime Survey ist eine freie Applikation für die Entwicklung von Online-Umfragen.

<sup>5</sup> Klinikradar verwendet Daten der Qualitätsberichte der Krankenhäuser des Berichtsjahres 2019. Diese Daten wurden im Jahr 2020 erstellt und 2021 veröffentlicht (nachzulesen auf der Website klinikradar.de).

<sup>6</sup> Lediglich 766 deutsche Kliniken verfügen über eine Abteilung für Gynäkologie und/oder Geburtshilfe (Stand 2019). Es wurde darauf verzichtet, Kliniken ohne Abteilung für Frauenheilkunde zu kontaktieren, auch wenn sie vereinzelt gynäkologische Eingriffe im Jahr 2019 durchgeführt haben. Bundesweit wurden entsprechend 766 Kliniken zur Teilnahme an der Studie eingeladen.

<sup>7</sup> Bei der Kontaktaufnahme wurden die Einrichtungen gebeten, auch dann an der Onlinebefragung teilzunehmen, wenn sie keine Schwangerschaftsabbrüche durchführen.

Insgesamt haben sich Kliniken und Praxen aus 14 Bundesländern beteiligt. Die höchste Beteiligung gab es aus den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (n=17), die geringste Beteiligung an der Befragung gab es aus den Bundesländern Brandenburg und Hamburg (jeweils n=1). Aus Bremen und Mecklenburg-Vorpommern beteiligten sich keine Einrichtungen (vgl. Abb. 1).

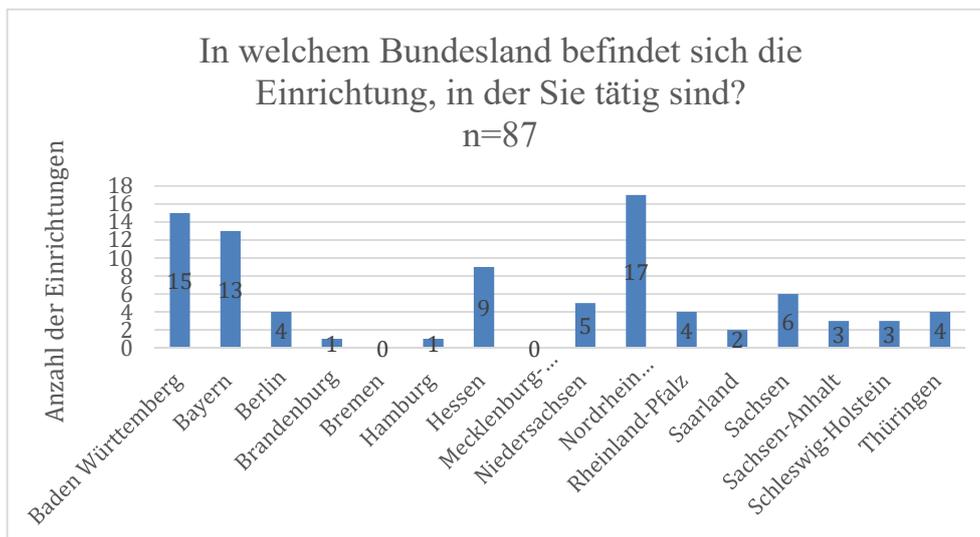


Abb. 1 Beteiligung nach Bundesländern.

Eine interessante Perspektive ergibt sich, wenn die Anzahl der Teilnehmenden in Relation zu der Anzahl der angeschriebenen Kliniken in dem jeweiligen Bundesland gesetzt wird. Proportional gab es hier die größte Beteiligung aus dem Saarland (2 von 9), während Brandenburg das Schlusslicht bildet (1 von 196 Kliniken). Die insgesamt hohe Beteiligung aus Baden-Württemberg ist mit Blick auf die dortige Einrichtungsdichte folgerichtig, überraschend sind hingegen einerseits die geringe Teilnahmequote aus Bayern, einem Bundesland mit hoher Einrichtungsdichte, und andererseits die hohe Beteiligung aus dem Bundesland Berlin (vgl. Abb. 2).

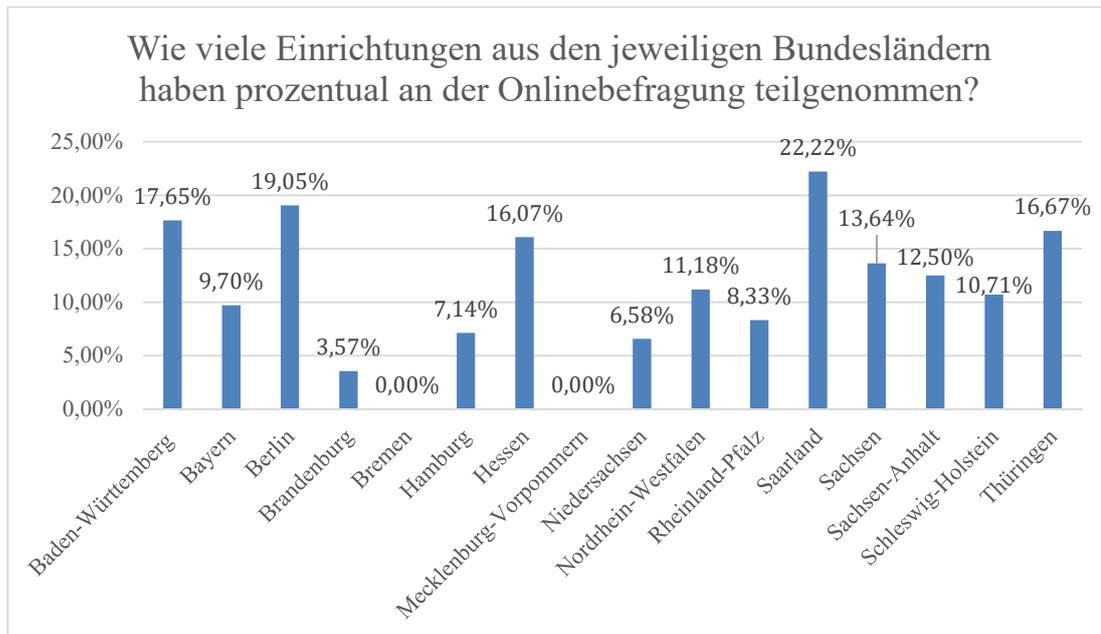


Abb. 2 Prozentuale Teilnahme von Einrichtungen bezogen auf die angeschriebene Grundgesamtheit.

Die Aussagekraft der Studie ist durch die kleine Stichprobengröße limitiert. Zudem ist anzunehmen, dass die erreichte Stichprobe aus einem besonderen Interesse sowohl an dem Themengebiet als auch dessen Erforschung teilgenommen hat. Ebenfalls anzunehmen ist, dass ein mangelndes Interesse an dem Themengebiet sowie Befürchtungen<sup>8</sup>, die mit einem Bekanntwerden der Einrichtungen im Zusammenhang mit dem Thema einhergehen, Gründe für die insgesamt eher geringe Beteiligung sein könnten. Auch die zum Erhebungszeitpunkt hohe Arbeitsbelastung in Kliniken und der kurze Erhebungszeitraum, der dem engen Projektzeitplan geschuldet war, kann die Teilnahmequote negativ beeinflusst haben. In der Einordnung der Ergebnisse ist entsprechend zu berücksichtigen, dass das Feld durch die Teilnehmenden der Befragung nicht hinreichend repräsentiert wird.

Der für die Erhebung genutzte Kurzfragebogen umfasste überwiegend geschlossene Antwortmöglichkeiten und war entlang folgender Themenblöcke aufgebaut:

- Umsetzung von Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten und dritten Trimenon nach Schwangerschaftswochen,
- Ausstellung von medizinischen Indikationen in den jeweiligen Einrichtungen,
- Diagnosen, mit denen sich Patient\*innen an die jeweiligen Einrichtungen wenden,

<sup>8</sup> Ausführungen zu möglichen Befürchtungen finden sich u.a. unter Punkt 3.3.

- Integration festgelegter Prozesse (Qualitätsmanagement) in den jeweiligen Kliniken,
- Methoden des Schwangerschaftsabbruchs im zweiten und dritten Trimenon nach Schwangerschaftswochen,
- Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs im zweiten und dritten Trimenon (ambulant/stationär) sowie
- Verweisungsstrukturen (an Kliniken, die einen Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon durchführen/Institutionen der Nachsorge).

Die erhobenen Daten wurden deskriptiv mit der Statistik- und Analysesoftware SPSS ausgewertet.

### 3. Forschungsergebnisse

Nachfolgend werden die Ergebnisse aus den qualitativen Interviews und der standardisierten Befragung der Kliniken miteinander verschränkt und entlang zentraler Auswertungskategorien vorgestellt.

#### 3.1 Ausstellung von medizinischen Indikationen

26 der 46 teilnehmenden Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW durchführen, gaben in der Online-Erhebung an, selbst medizinische Indikationen auszustellen.<sup>9</sup> Von diesen 26 Einrichtungen stellen 92% medizinische Indikationen auf Grund von PND-Befunden, die die körperliche und psychische Gesundheit der schwangeren Person gefährden, aus. 85% schreiben bei schweren körperlichen Erkrankungen der schwangeren Person eine medizinische Indikation, während lediglich 38% bei einer psychischen oder psychiatrischen Erkrankung ohne PND-Befund eine medizinische Indikation ausstellen.

Die Krankheitsbilder, aus denen unzumutbare körperliche oder seelische Gefährdungen der schwangeren Personen resultieren, sind juristisch und medizinisch nicht näher definiert. Dementsprechend muss immer abhängig vom jeweiligen Fall entschieden werden und kommt es auf das Ermessen der jeweiligen beurteilenden Ärzt\*innen an. Insgesamt, so schätzt es IP 4 ein, fehle es generell an Ärzt\*innen, die medizinische Indikationen ausstellten. Es gäbe zudem kein

---

<sup>9</sup> Bei diesen Einrichtungen handelt es sich ausschließlich um Universitätskliniken oder allgemeine Krankenhäuser, welche sich in Baden-Württemberg (7 von 11), Nordrhein-Westfalen (3 von 5), Rheinland-Pfalz (2 von 2), Sachsen (1 von 2), Sachsen-Anhalt (1 von 3), Bayern (6 von 7), Berlin (2 von 3) und Hessen (4 von 4) befinden. Aus den Bundesländern Niedersachsen, Brandenburg, Thüringen, Schleswig-Holstein, Saarland gaben neun Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, an, selbst keine medizinischen Indikationen auszustellen.

Netzwerk, in dem sich abgesprochen werden könne. Vielmehr seien persönliche Kontakte von Relevanz, um Betroffene adäquat weiterverweisen zu können. Sie selbst verweise an Kliniken, die auch Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW anbieten, wenn eine medizinische Indikation ausgestellt werden muss. Auf diese Weise potenziere sich der organisatorische Aufwand nicht noch weiter für die Betroffenen.

Für Schwangere ist es auch notwendig, wohnortnahe Einrichtungen bzw. Ärzt\*innen zu finden, die ihnen eine solche Indikation ausstellen. Aus den geführten Interviews geht allerdings hervor, dass die Zugänge zu den Indikationen unterschiedlich hürdenreich sind. So beschrieben mehrere Interviewpartner\*innen, dass eine medizinische Indikation aufgrund eines auffälligen pränatalen Befundes vergleichsweise unproblematisch ausgestellt würde. Schwieriger gestalte es sich bei körperlichen oder psychischen Erkrankungen der schwangeren Person, sowie bei spät festgestellten Schwangerschaften oder sozialen Gründen, aus denen ein Abbruch einer Schwangerschaft erwägt wird. Eine befragte Beraterin (IP3) betonte, dass es ein Problem sei, „[...] dass niemand diese psychiatrische Indikation ausstellen möchte“. Des Weiteren sei ihre Erfahrung, dass Indikationen aus psychischen Gründen nur anerkannt würden, wenn sie von Psychiater\*innen ausgestellt wurden.

Den rechtlichen Bestand einer medizinischen Indikation aus psychischen Gründen gab IP2 im Hinblick auf eine mögliche Überprüfung in diesem Zusammenhang zu bedenken. In dem Bundesland, in dem er praktiziert, würden seiner Kenntnis nach weder medizinische Indikationen infolge einer psychiatrischen oder psychischen Erkrankung ausgestellt, noch Schwangerschaftsabbrüche im zweiten oder dritten Trimenon mit dieser Begründung durchgeführt. Der Interviewpartner spitzte es folgendermaßen zu:

„Aber man muss auch fairerweise sagen, wenn wir über Abbrüche jenseits der zwölften Woche reden, die embryopathische Indikation, die es eigentlich in Deutschland offiziell gar nicht gibt, ist der absolute Hauptanteil, ich würde mal sagen, fünfundneunzig Prozent.“

Er selbst führe Abbrüche nach der 14. SSW nur mit einer medizinischen Indikation auf Grund eines pränataldiagnostischen oder humangenetischen Befundes durch. Auf alle anderen Begründungen würde er sich „[...] gar nicht drauf einlassen“. Bei der medizinischen Indikation nach § 218a Abs. (2) StGB gehe es zwar ausschließlich um die Gesundheit der Schwangeren, jedoch sei es laut IP2 „[...] bei einem Befund für das Ungeborene [...] ungleich einfacher, eine Indikation zu bekommen, als wenn das Ungeborene unauffällig ist.“

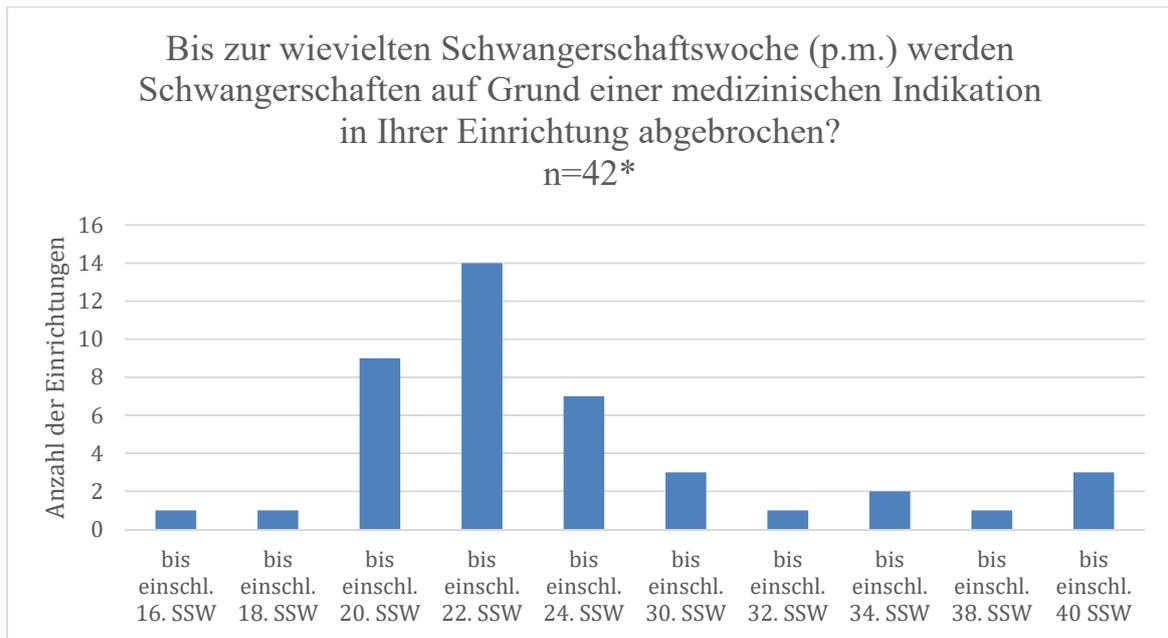
Auch eine weitere Interviewpartnerin hält die Situation für Schwangere, die eine Indikation ohne Vorliegen eines pränatalen Befundes benötigen, für besonders schwierig. Für solche Fälle versuche ihre Beratungsstelle derzeit, ein regionales Netzwerk aufzubauen, um den Betroffenen besser helfen zu können.

### 3.2 Umsetzung von Schwangerschaftsabbrüchen nach der 14. SSW

Da sowohl aus den Interviews als auch den Rückmeldungen der pro familia Beratungsstellen und Landesverbände hervorging, dass der Ablauf von der Ausstellung einer medizinischen Indikation bis zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruchs sehr unterschiedlich sein kann, stand auch die Exploration konkreter Verfahrensweisen der Einrichtungen im Fokus der Befragungen. Erfragt wurde, bis zu welcher Schwangerschaftswoche die Einrichtungen Abbrüche durchführen, bei welchen Diagnosen sie dies tun, welche Prozesse vor dem eigentlichen Eingriff eingehalten werden müssen, mit welchen Methoden die Einrichtungen arbeiten und auf welche Verweisungsstrukturen die Kliniken zurückgreifen können. Auch die interviewten Expert\*innen wurden hinsichtlich dieser Punkte befragt.

#### 3.2.1 Kriterium: Schwangerschaftsdauer

42 der 46 Einrichtungen, die an der Befragung teilgenommen haben und Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW durchführen, antworteten auf die Frage danach, bis zu welcher Woche sie die Abbrüche durchführen. Dabei wurde als niedrigster Wert die 16. SSW und als höchster Wert die 40. SSW angegeben. Abbrüche bis zur 16. SSW durchzuführen, gab eine Einrichtung an, ebenfalls eine Einrichtung gab die 18. SSW an. Die Mehrzahl der Einrichtungen (30 Einrichtungen, davon 26 allgemeine Krankenhäuser) nannte jedoch die 19. bis 24. SSW. Spätere Abbrüche wurden wiederum von deutlich weniger Einrichtungen angegeben: So führen jeweils 7 Einrichtungen Abbrüche zwischen der 30. und 39. SSW durch, während dies bis zur 40. SSW nur 3 Einrichtungen leisten (vgl. Abb. 3).



\* Vier der teilnehmenden Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, haben diese Frage übersprungen.

Abb.3 Schwangerschaftsalter und Abbruch nach medizinischer Indikation

Auffällig ist, dass lediglich an einer der zehn teilnehmenden Universitätskliniken Abbrüche bis zum Ende der Schwangerschaft möglich sind. Stattdessen gab der Hauptanteil der Universitätskliniken (4 Einrichtungen) an, den Eingriff maximal bis zur 25. SSW durchzuführen. Die anderen beiden Einrichtungen, in denen die Option eines Schwangerschaftsabbruches bis zur 40. SSW besteht, sind allgemeine Krankenhäuser.

Es ergeben sich zudem Unterschiede zwischen den Bundesländern. Die drei Einrichtungen, in denen Abbrüche auch bis zur 40. SSW mit medizinischer Indikation durchgeführt werden können, befinden sich in Berlin, Bayern und Baden-Württemberg. Die Einrichtungen aus Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Brandenburg führen Abbrüche maximal bis zur 22. SSW durch.

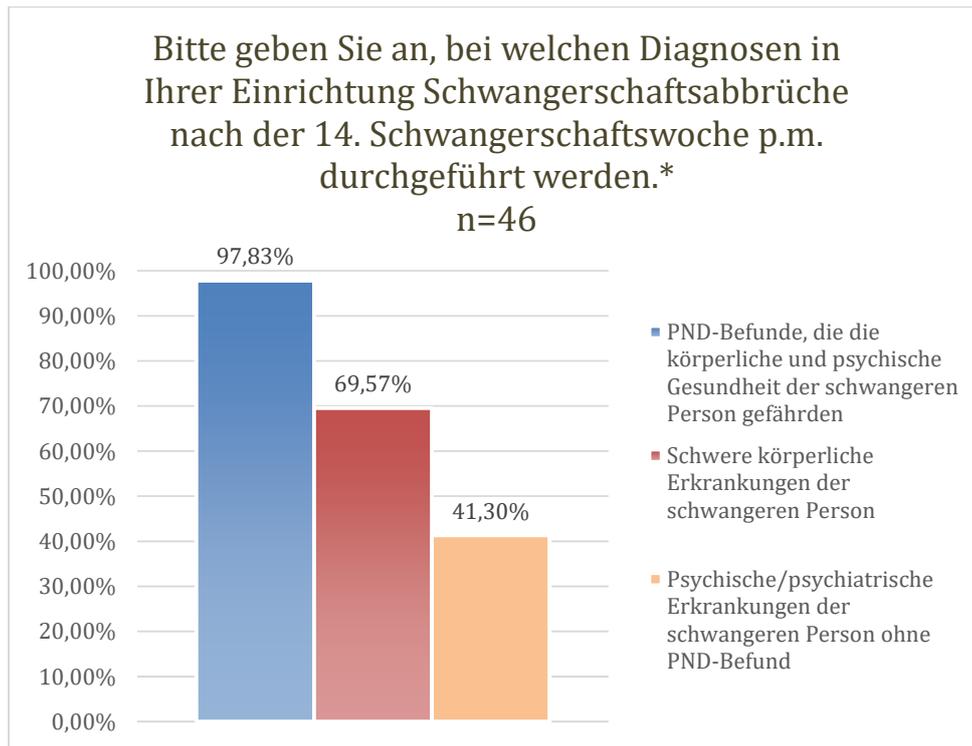
Auch in den Interviews finden sich entsprechende Verweise: zwei interviewte Ärzt\*innen (IP2, IP5) betonten die regionalen Besonderheiten und erzählten, dass in den Bundesländern, in denen sie tätig sind, entweder keine Abbrüche nach der 22. SSW durchgeführt würden bzw. nur in einer Klinik Abbrüche bis zur 40. SSW möglich seien. Aus den Interviews geht weiterhin hervor, dass die hauptsächliche Begründung, keine Abbrüche nach der 22. SSW durchzuführen, die potenzielle Überlebensfähigkeit des Embryos ab diesem Zeitpunkt sei. Eine Beraterin (IP6) berichtete, dass in einigen Einrichtungen keine Fetozyde durchgeführt und entsprechend keine Abbrüche nach der 22. SSW möglich seien. Auch eine weitere Beraterin (IP3) betonte, dass ein Unterschied bestehe,

ob eine Einrichtung einen „[...] Abbruch in der vierzehnten, fünfzehnten Woche macht oder ob es dann irgendwann die dreiundzwanzigste oder dreißigste Woche ist“ und führt dies auf die jeweilige Ausstattung der Einrichtung zurück. In Praxen von niedergelassenen Ärzt\*innen sei dieser Eingriff nur bis maximal zur 16. SSW möglich, wie aus den Interviews mit zwei der befragten Ärzt\*innen hervorgeht. Auch die Verfügbarkeit eines interdisziplinären Teams spiele laut IP5 eine wichtige Rolle bei der Frage, bis wann ein Abbruch nach der 14. SSW in der jeweiligen Einrichtung durchgeführt wird.

IP4 ging darauf ein, dass das Wissen darum, bis zu welcher Woche eine Schwangerschaft auf Grund einer medizinischen Indikation in den jeweiligen Einrichtungen abgebrochen werden kann, meist nur unter der Hand weitergegeben werde. Sie hob außerdem hervor, dass die Begründungen für die Indikationen ebenfalls ausschlaggebend dafür seien, bis zu welcher Woche eine Schwangerschaft abgebrochen werden kann. Bei psychischen bzw. psychiatrischen Diagnosen sei es nach der 22. SSW sehr schwer, eine Klinik zu finden, die den Abbruch durchführt. Auch eine der befragten Beraterinnen (IP3) sprach davon, dass die am weitesten fortgeschrittenen, abgebrochenen Schwangerschaften in ihrer Region in der 33./34. SSW beendet wurden. Dies sei ihrer Erfahrung nach jedoch jeweils nur mit einem auffälligen pränataldiagnostischen Befund möglich. Dementsprechend relevant ist auch die Fragestellung, welche Diagnosen die Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, anerkennen und daraufhin den Abbruch tatsächlich umsetzen.

### 3.2.2 Kriterium: Indikation und Diagnosen

Die Daten zeigen die hohe Bedeutung, die ein auffälliger pränataldiagnostischer Befund für das Ausstellen einer medizinischen Indikation hat (vgl. Abb. 4). Fast alle teilnehmenden Einrichtungen (45 der 46 Befragten) führen in diesem Fall Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW durch. Schwangerschaftsabbrüche aufgrund schwerer körperlicher Erkrankungen der schwangeren Person werden hingegen von etwas mehr als Zweidrittel (32 Einrichtungen) durchgeführt. Der niedrigste Wert zeigt sich bei den Schwangerschaftsabbrüchen infolge psychischer bzw. psychiatrischer Erkrankungen der Betroffenen (19 der 46 Einrichtungen).



\*Mehrfachnennungen möglich.

Abb. 4 Übersicht Diagnosen, gruppiert.

Diese Angaben entsprechen auch den Aussagen in den Expert\*inneninterviews: Einerseits sei es schwieriger, eine medizinische Indikation zu bekommen, wenn eine andere Gesundheitsgefährdung der schwangeren Person vorliegt als die, die sich in der Folge aus einem pränataldiagnostischen Befund ergibt; andererseits sei es bei einer anderslautenden Indikation besonders herausfordernd, eine Einrichtung zu finden, die den Abbruch im zweiten oder dritten Trimenon durchführt, wurde von den Interviewpartner\*innen berichtet. So sei es durchaus auch möglich, dass Betroffene in Krankenhäusern abgelehnt würden, wenn diese keinen Handlungsbedarf bei ihren Begründungen für einen Abbruch nach der 14. SSW sehen. Daraus entstünde auch die Problematik, dass sich das Schwangerschaftsalter durch die langwierige Suche erhöhe. Somit kommt der bereits angesprochenen Herausforderung, zeitnah und komplikationsfrei eine Einrichtung für einen Schwangerschaftsabbruch in der zweiten Schwangerschaftshälfte zu finden, hohe Relevanz zu. Eine der Interviewten (IP6) erzählte zudem, dass Ethikkommissionen häufig nach der 14. SSW die vorliegende, medizinische Indikation prüfen und darüber entscheiden, ob diese in der jeweiligen Einrichtung anerkannt wird. Diese Ethikkommissionen können ein Teil des Prozesses sein, der vor einem Schwangerschaftsabbruch nach der 14. SSW durchlaufen werden muss. Im nächsten Abschnitt soll es um diese Prozesse gehen.

### 3.2.3 Kriterium: Einrichtungsspezifische Prozesse und Verfahrensweisen

Mit den vorliegenden Daten kann nicht umfänglich beantwortet werden, ob und welche Prozesse, abgesehen von der notwendigen medizinischen Indikation, in den Einrichtungen vor einem Abbruch nach der 14. SSW eingehalten werden müssen. In der Literatur zu medizinischen Indikationen finden sich unterschiedliche Herangehensweisen, wie bspw. das Votum einer Ethikkommission, interdisziplinäre Beratungskonsile, intradisziplinäre Beratungen sowie Beratungs- und Aufklärungsgespräche der schwangeren Person.<sup>10</sup>

Von den 46 Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW anbieten, gaben drei an, keine festgelegten Prozesse zu haben. Diese Einrichtungen sind allgemeine Krankenhäuser und befinden sich in Sachsen, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Aus den erstgenannten beiden Bundesländern hat jeweils eine Einrichtung teilgenommen, die festgelegte Prozesse verfolgt, aus Baden-Württemberg sind es zehn Einrichtungen.

Die unterschiedlichen Prozesse wurden in den explorierenden Interviews zum Teil kritisch reflektiert. Das Angebot einer psychosozialen Beratung wird mitunter von Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, als verpflichtend betrachtet und infolgedessen die schwangere Person zu einem Beratungsgespräch gedrängt, wenn sie bspw. in ihrem Entscheidungsprozess noch ambivalent ist. Auch die Funktion von Ethikkommissionen wird von einem befragten Arzt (IP5) hinterfragt:

„Das lehne ich auch ab, weil das nicht hilfreich ist. Dieser Ethikrat erscheint diesen Schwangeren und diesen Familien, die sich in einer absoluten Krisensituation befinden, eher als Tribunal, wo sie sich quasi noch rechtfertigen müssen für ihren Wunsch, die Schwangerschaft nicht auszutragen. Also diesen Ethikrat haben wir hier in [...] nicht. Den wollen wir auch gar nicht. Ehrlich gesagt, der ist auch gar nicht notwendig, weil er nicht hilft, weil er die Eltern, die ohnehin schon in einem schweren Konflikt sind, noch weiter traumatisiert.“

Er weist jedoch auch darauf hin, dass einige Prozesse durch das Schwangerschaftskonfliktgesetz verbindlich vorgegeben sind: so darf die Ausstellung einer medizinischen Indikation und die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs nicht durch die gleiche Person erfolgen und es fände somit immer auch „[...] quasi eine interdisziplinäre Beratung [...]“ statt. Auch eine weitere Interviewpartnerin (IP4) wies auf die gesetzlich vorgeschriebenen Prozesse hin, wie die Wartezeit

---

<sup>10</sup> Bspw. in Wewetzer 2019 und Kaisenberg et al. 2005.

zwischen Diagnosestellung und Aushändigung der Indikation oder die Pflicht für Ärzt\*innen, auf ein Beratungsangebot hinzuweisen.

### 3.2.4 Kriterium: Methoden des Abbruchs und Schwangerschaftsalter

Die jeweils anzuwendende und geeignete Methode des Abbruchs nach der 14. SSW ist auch abhängig vom Schwangerschaftsalter. Dabei kommt dem Thema Fetozyd, der i.d.R. ab etwa der 22. SSW als Teil eines Abbruchs umgesetzt wird (vgl. Wewetzer 2019: 5), eine besondere Bedeutung zu.

In der quantitativen Erhebung gaben vier von 46 Einrichtungen an, einen Fetozyd bereits ab der 18. SSW durchzuführen. Diese Methode ab der 22. SSW anzuwenden, gaben deutlich mehr, nämlich 13 Einrichtungen an. Die restlichen Einrichtungen nutzen das einzeitige bzw. zweizeitige Verfahren<sup>11</sup> oder komplett andere Varianten, welche in dem Fragebogen nicht zur Auswahl standen.<sup>12</sup>

In den Expert\*inneninterviews wird darauf hingewiesen, dass es medizinische Einrichtungen gebe, die generell keine Fetozyde durchführen. Andere wiederum leiten zwar die Geburt ein, führen allerdings den vorher erforderlichen Fetozyd nicht in ihrem Haus durch. Dieser muss dann im Vorfeld in einer anderen Einrichtung erfolgen. Eine Beraterin (IP6) gab zu bedenken:

„Das ist eine schwierige medizinische Situation für alle Beteiligten, also wenn es auch um einen Fetozyd geht. Das ist nicht nur für die Paare schwierig, sondern auch für die Ärzt\*innen, für das Pflegepersonal und es sind schon schwierige Situationen.“

Da die Kliniken keinen „Fetozyd-Tourismus“ haben möchten, so die Interviewpartnerin, ist diese Möglichkeit auch nicht immer bei den Schwangerschaftsberatungsstellen bekannt, so dass selbst die Beratenden den Betroffenen häufig nicht sagen können, an welche Einrichtung sie sich wenden können. Eine Beraterin (IP6) beschrieb im Interview, dass in ihrer Region am häufigsten das zweizeitige Verfahren mit medikamentöser Einleitung und anschließender Nachkürrettage

---

<sup>11</sup> Bei dem zweizeitigen Verfahren wird im Gegensatz zum einzeitigen Verfahren der Eingriff auf zwei Zeitpunkte verteilt (Medikamentengabe und Ausstoßen/Absaugen/Kürrettieren).

<sup>12</sup> Die Einrichtungen konnten je eine Methode für die Zeiträume „bis zur 18. SSW“, „bis zur 22. SSW“ und „ab der 22. SSW“ auswählen.

durchgeführt werde. Vor der 22. SSW sei in der Region einer anderen Beraterin (IP3) ein rein medikamentöser Abbruch üblich.

Ob ein Eingriff – unabhängig von der Methode – ambulant oder stationär durchgeführt wird, legen ebenfalls die Einrichtungen selbst fest. Drei der 46 Einrichtungen führen Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW ambulant, 30 stationär und 13 sowohl ambulant als auch stationär durch.

Insgesamt deuten sich in den Daten zu Schwangerschaftsdauer und Methoden des Abbruchs einerseits Informationsdefizite auf Seiten Ratsuchender und Beratungsfachkräfte an, und andererseits die Problematik, regional eine passende Einrichtung für einen notwendigen Eingriff gerade in einer höheren Schwangerschaftswoche zu finden.

### 3.2.5 Kriterium: Verweisungsstrukturen und Kooperationen

Da es keine bundesweite Übersicht von Ärzt\*innen oder Einrichtungen gibt, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen, sind die Betroffenen darauf angewiesen, durch Ärzt\*innen oder Beratungsfachkräfte regional an die jeweiligen Einrichtungen verwiesen zu werden. Dies war auch einer der Ausgangspunkte der KAST-Studie: Es fehlt in Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen mitunter an Informationen, welche medizinischen Einrichtungen Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW überhaupt bzw. unter welchen Verfahrensweisen durchführen. In der Vorbereitung der Onlinebefragung wurde, wie eingangs erwähnt, Kontakt mit den pro familia Landesverbänden und Beratungsstellen aufgenommen. Diese unterstrichen die Relevanz einer systematischen Datenerhebung und berichteten das Problem, dass sie keine umfassenden Kenntnisse über die Versorgungslage in diesem Bereich hätten, während zugleich die psychosoziale Versorgung auch im Falle eines „späten“ Schwangerschaftskonflikts bzw. der Erwägung eines Abbruchs im zweiten oder dritten Trimenon Teil ihres (gesetzlichen) Beratungsauftrags ist.

Die Bedeutung von fachübergreifender Vernetzung wird auch in den Expert\*inneninterviews thematisiert: So beschreibt eine Interviewpartnerin, deren Beratungsstelle auf Beratung im Kontext von PND spezialisiert ist (IP3), für ihre Stadt ein gut funktionierendes Netzwerk, bestehend aus pränataldiagnostischen und humangenetischen Praxen sowie Kliniken und

Beratungsstellen. Aus ärztlicher Perspektive betont auch IP5 die Relevanz eines interdisziplinären Teams, wenn ein Schwangerschaftsabbruch nach der 14. SSW durchgeführt wird. Die Verfügbarkeit unterschiedlicher Professionen sei hier besonders wichtig. Er fordert,

„[...] dass solche Spätabbrüche nur in Häusern gemacht werden, die eben die gewisse Infrastruktur haben und eben auch das entsprechende Team.“

Hinsichtlich Informationsweitergabe und Zugangswegen gaben in der Onlinebefragung die meisten Einrichtungen an, dass die Patientinnen durch Pränataldiagnostiker\*innen (83%) und niedergelassene Gynäkolog\*innen (89%) zu ihnen finden. Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen wurden von 67% angegeben. Deutlich seltener wurden andere Beratungsstellen und Einrichtungen der Sozialen Arbeit (30%) sowie andere Kliniken (35%) bei der Frage danach angegeben, durch welche Institutionen die Patientinnen an die Einrichtungen verwiesen werden.

Des Weiteren wurde nach dem Vorhandensein verschiedener Professionen in den jeweiligen Einrichtungen gefragt. Aus den Ergebnissen geht hervor, dass in 32 der 46 Einrichtungen Pränataldiagnostiker\*innen, in 45 Einrichtungen Hebammen, in 12 Einrichtungen psychosoziale Beratungsstellen, in 36 Einrichtungen Psycholog\*innen, in 42 Einrichtungen Seelsorger\*innen und in 38 Einrichtungen Sozialarbeiter\*innen beschäftigt sind. Nicht erfasst wurde jedoch, inwieweit diese Professionen bei Schwangerschaftsabbrüchen nach der 14. SSW hinzugezogen werden.

Doch nicht nur die Zusammenarbeit bis zum bzw. während des Eingriffs, sondern auch die Nachsorge bei einem Schwangerschaftsabbruch nach der 14. SSW ist von hoher Relevanz. Hierbei ist es auch möglich, dass Kliniken an Kooperationspartner\*innen verweisen, deren fachliche Expertise in der eigenen Einrichtung wenig oder gar nicht vertreten ist. 20 der 46 Einrichtungen verweisen an Pränataldiagnostiker\*innen, 23 an Hebammen, 32 an psychosoziale Beratungsstellen, 35 an Psycholog\*innen, 33 an Seelsorger\*innen und 15 an Sozialarbeiter\*innen nach einem Schwangerschaftsabbruch im zweiten oder dritten Trimenon (vgl. Abb. 5).

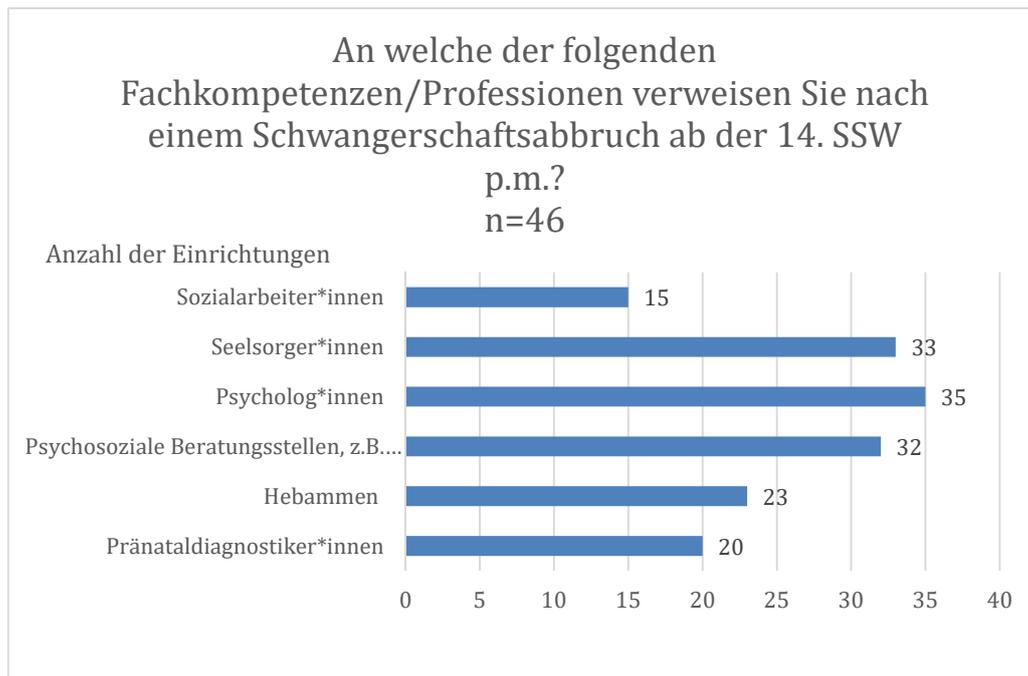


Abb. 5 Verweisungsstrukturen

Die Daten weisen auf eine gewisse interdisziplinäre Zusammenarbeit hin – jedoch fehlt es an genaueren Angaben, an welchen Stellen, initiiert durch welche Akteur\*innen und auf welche fachliche Weise diese Zusammenarbeit ausgestaltet ist. In den Interviews berichtete bspw. ein befragter Arzt von seinen Versuchen, Treffen mit allen Ärzt\*innen, die Abbrüche durchführen, zu initiieren. Ein solches Treffen sei ihm erst ein einziges Mal gelungen, als es um finanzielle Belange zum Schwangerschaftsabbruch ging. Mit Blick auf die Nachsorge nach einem Abbruch führte IP5 aus, dass die Möglichkeit einer psychosozialen Begleitung auch nach dem Eingriff wichtig sei.

Zugleich weisen die quantitativen Daten auf eine eher eingeschränkte interdisziplinäre Zusammenarbeit und Verweisungspraxis hin. Von 31 Einrichtungen, die keine interne psychosoziale Beratungsstelle haben, verweisen 14 auch nicht an externe psychosoziale Beratungsstellen. Von neun Einrichtungen ohne Psycholog\*innen im Haus verweisen zwei nicht an externe Psycholog\*innen. Die vier Einrichtungen, die keine Seelsorger\*innen haben, verweisen auch nicht an externe Seelsorger\*innen. Ähnlich verhält es sich bei den Einrichtungen, die keine Sozialarbeiter\*innen bei sich im Haus haben. – auch hier wird nicht an externe Sozialarbeiter\*innen verwiesen.

Insgesamt wird hier einerseits die Notwendigkeit interdisziplinärer, einrichtungübergreifender und regionaler Kooperationen aus Sicht der befragten Expert\*innen und andererseits die eher geringe Rolle, die diese aus Sicht der befragten medizinischen Einrichtungen spielen, deutlich.

### 3.3 Kommunikationsbereitschaft und immanente Barrieren

Eine ursprünglich formulierte Absicht der KAST-Studie war es, eine Übersicht von Kliniken bzw. medizinischen Einrichtungen zu erstellen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, um diese im Anschluss den Schwangerschaftsberatungsstellen zugänglich zu machen. In der quantitativen Erhebung zeigte sich jedoch eine große Zurückhaltung gegenüber der Bitte, Namen und Kontaktmöglichkeiten zu den Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, zur Verfügung zu stellen. Nur zehn der teilnehmenden 46 Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, haben diese Angaben (komplett oder teilweise) hinterlassen.<sup>13</sup> Der Großteil der 46 Einrichtungen hat jedoch auf eine Angabe der eigenen Institution verzichtet. Vereinzelt wurde dies im Kurzfragebogen kommentiert mit „nicht gewünscht“ oder „nicht einverstanden! Wir führen Schwangerschaftsabbrüche nur in höheren Schwangerschaftswochen, in Ausnahmefällen und mit medizinischer Indikation durch“. Eine weitere Einrichtung erläuterte ihren Wunsch nach Anonymität so:

„Die lokalen Beratungsstellen wissen um die Möglichkeit des medizinisch indizierten SSA bei uns. Ein Tourismus aus anderen Regionen sollte verhindert werden, daher kein Eintrag in eine Liste.“

Auch aus den Interviews und weiteren informellen Kontakten ging hervor, dass bereits die Anfrage, sich an einer solchen Übersicht namentlich zu beteiligen, die Einrichtungen abschrecken könnte. Einer der befragten Ärzte (IP2) begründete dies im Interview damit, dass die durchführenden Einrichtungen „nicht ganz Deutschland hier am Telefon haben wollen“. Auch für seine Einrichtung treffe dies auf Grund der hohen Auslastung zu. Für andere Einrichtungen beschrieb er außerdem die Befürchtung vor Demonstrant\*innen. Eine weitere Ärztin (IP4) und eine Beraterin (IP6) verwiesen ebenfalls auf diese Problematik. Letztere führte diesbezüglich aus, „dass Kliniken da einfach nicht damit in Kontakt gebracht werden möchten, um sich und das

---

<sup>13</sup> Die Kontaktdaten der Kliniken sind dem pro familia Bundesverband bekannt und können auf Anfrage von Schwangerschaftsberatungsstellen zugänglich gemacht werden.

Personal zu schützen und die Mitarbeiter\*innen [...]“. Die Eingriffe seien für das medizinische Personal herausfordernd, unter anderem eben auch,

„[...] weil sie fürchten, dass es dann Konflikte gibt mit Abtreibungsgegner\*innen. Dass sie dann plötzlich terrorisiert werden und diffamiert werden [...].“

Sie und eine weitere Beraterin (IP3) sehen außerdem Parallelen zu Schwangerschaftsabbrüchen vor der 14. SSW. Die mittlerweile bestehende Liste von Ärzt\*innen, die Schwangerschaftsabbrüche innerhalb der ersten 14 Wochen durchführen, ist lückenhaft. IP3 beschrieb darauf aufbauend bezüglich der Abbrüche nach der 14. SSW:

„Wir sind eigentlich entsetzt über die Situation. Und wenn ich daran denke, bei späten Abbrüchen, könnte ich mir vorstellen, dass es da noch viel schwieriger wird, Transparenz reinzubringen. Also wir hatten halt gerade im letzten Jahr drei Fälle von sehr späten Schwangerschaftskonflikten, wo wir einfach erlebt haben, wie schwierig es ist für die Frauen, Hilfe und Unterstützung zu bekommen. Wir würden uns sehr wünschen, dass das sich ändert. Aber ehrlich gesagt, ich sehe da nicht wirklich Licht am Horizont.“

Im Gegensatz dazu gab einer der interviewten Ärzte an, dass Beratungsstellen aus seiner Sicht durchaus über das nötige Wissen verfügen würden:

„Und das weiß jede pro familia überall in Deutschland, wo eine Frau mit einem Pränatalbefund, mit einem genetischen Fehler oder mit einem schwerstbehinderten Kind, wo die einen Abbruch kriegt. Das weiß jede pro familia.“

Tatsächlich gibt es keine Erhebungen dazu, wie gut informiert sich die Beratungsstellen fühlen. In den bereits erwähnten E-Mailkontakten mit pro familia Beratungsstellen und Landesverbänden deutete sich aber an, dass die Suche nach Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, als hürdenreich empfunden wird. Des Weiteren wurden widersprüchliche Informationen zu den Einrichtungen und den Verfahrensweisen bemängelt. Weiterhin beklagten Beratungsstellen, dass selbst wenn Informationen vorhanden wären, sich diese mitunter verändern und deren Aktualität nicht gewährleistet sei. Diese Aussagen sowie die bereits im vergangenen Kapitel behandelten Themen verdeutlichen, dass die Kommunikation zwischen den Einrichtungen und den Beratungsstellen bzw. auch weiteren Kooperationspartner\*innen oft als nicht ausreichend empfunden wird und wichtige Informationen fehlen, um Ratsuchende in ihrer Situation adäquat unterstützen zu können.

## 4. Versorgungslage

Abschließend soll die aktuelle Versorgungslage von Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten und dritten Trimenon in Deutschland und Bedarfe zu deren Verbesserung näher beleuchtet werden. Im Vordergrund stehen hier Aussagen und Einschätzungen aus den Expert\*inneninterviews.

### 4.1 Aktuelle Versorgungslage

Aus den Interviews geht hervor, dass die Expert\*innen die Versorgungslage in Deutschland in Bezug auf einen Schwangerschaftsabbruch nach der 14. SSW eher problematisch einschätzen. Dies hat den Befragten zufolge mehrere Gründe. IP5, ein befragter Arzt, beschrieb die Problematik, dass einige Kliniken in Deutschland zwar eine pränatale Diagnostik anbieten, die daran anschließende Betreuung und Behandlung jedoch häufig nicht gewährleisten, wenn die betroffene Person im Fall eines auffälligen pränataldiagnostischen Befundes einen Schwangerschaftsabbruch in Erwägung ziehe:

„Das geht gar nicht. Es gibt auch Universitätsklinika, die zwar Pränataldiagnostik anbieten aber den Frauen kein Versorgungsangebot machen können, wenn eben was Schlechtes bei rauskommt. Das ist natürlich absolut inakzeptabel.“

Eine weitere Ärztin (IP4) äußerte eine ähnliche Einschätzung und bezog sich nicht nur auf den Schwangerschaftsabbruch bei auffälligen pränataldiagnostischen Befunden, sondern bezeichnete die Versorgungslage generell als prekär und betonte, dass es in einigen Bundesländern für Betroffene besonders schwierig sei, ein Betreuungs- und Behandlungsangebot zu erhalten, wenn diese einen Schwangerschaftsabbruch nach der 14. SSW in Erwägung ziehen. Sie äußerte sich besorgt, dass sich die Versorgungslage in Deutschland für Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch erwägen, insgesamt verschlechtern würde. Vor allem aber für Schwangerschaftsabbrüche nach der 14. SSW gäbe es zu wenig Versorgungsangebote. Sie erklärte weiterhin, dass es eine finanzielle, organisatorische wie auch psychologische Belastung für die Betroffenen darstelle, die sie „[...] eigentlich unwürdig finde[t], den Frauen dies in so einer Situation zuzumuten“.

Auch die Aussagen der Interviewpartner\*innen aus anderen Disziplinen stimmten weitgehend mit diesen Einschätzungen überein. Eine befragte Beraterin (IP6) schätzte die Versorgung im dritten Trimenon als besonders schwierig ein. Einer der Hauptgründe sei das mangelnde regionale Angebot. Es konzentriere sich

„[...] auf wenige Kliniken, die dann tatsächlich im dritten Trimenon mit Fetozid Schwangerschaftsabbrüche anbieten und die versorgen dann eben nicht nur das Bundesland, sondern zum Teil eben bundesweit.“

Die Beraterin äußerte allerdings auch, dass es ihr schwerfalle, die Versorgungslage konkret einzuschätzen und kritisierte, dass diesbezüglich zu wenige Zahlen vorliegen würden, um einen tatsächlichen Eindruck darüber zu erhalten. Auch IP5 betonte, dass es einen offeneren Umgang mit dem Thema geben müsse. Dazu würde u.a. gehören, dass die jeweiligen Universitätskliniken ihre Statistiken zu den durchgeführten Schwangerschaftsabbrüchen veröffentlichen. In einigen Bundesländer, so IP5,

„[...] wird da gar nicht drüber geredet. Da wird einfach verschwiegen, dass es dieses Segment in der modernen Pränataldiagnostik eben auch gibt.“

#### 4.2 Auslandsreisen

Den Interviewpartner\*innen zufolge ist es durch die in der Bundesrepublik geltenden rechtlichen Beschränkungen bzgl. eines Schwangerschaftsabbruch über das erste Trimenon hinaus unabwendbar, dass einige Betroffene in das europäische Ausland reisen, um einen Schwangerschaftsabbruch durchführen zu lassen. Hauptsächlich aus den Regionen Deutschlands, in denen kaum oder keine Ärzt\*innen Schwangerschaftsabbrüche (vor allem in höheren Schwangerschaftswochen) durchführen, würden viele Betroffene in die Niederlande fahren, so IP4 im Interview. Jedoch stelle dies eine hohe finanzielle Belastung dar:

„Die Frauen müssen Geld haben. Wenn sie nach Holland oder sonst wohin fahren, das kostet ja alles Geld. Da sind sie ja schnell bei über tausend Euro.“

Die Ärztin (IP4) betreue einige Patient\*innen, die für den Eingriff in das europäische Ausland gereist seien. Die Ärzt\*innen betonten einerseits, dass sie Patient\*innen nicht an Kliniken außerhalb der deutschen Grenze vermitteln dürften, da sie sich damit strafbar machen würden. Die Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung mit den niederländischen Kliniken sei unkompliziert, da das Angebot groß sei, äußerte andererseits IP2. Eine befragte Wissenschaftlerin (IP1) merkte kritisch an, dass auch Personen, bei denen vor der 14. SSW die Schwangerschaft festgestellt wird, teilweise ins Ausland reisen würden, was daran liegen würde, dass es in diesen Fällen

„[...] zu spät war, den Schwangerschaftsabbruch in Deutschland vorzunehmen. Gerade aufgrund der Wartezeit, der Pflichtberatung oder weil sie sehr nah am Limit waren, also an der zwölften Woche, dass sie dann genötigt waren, diese Reise auf sich zu nehmen.“

Eine aktuelle Studie des European Research Council, durchgeführt von Wissenschaftler\*innen an der Universität Barcelona, mit n=204 Befragten bestätigt die Aussagen der Interviewpartner\*innen (vgl. BJOG 2021: 840 ff.)<sup>14</sup>. In einer ergänzenden qualitativen Befragung der Studie gaben in Deutschland lebende Studienteilnehmer\*innen an, dass es bei der Umsetzung des Schwangerschaftsabbruchs zu Verzögerungen im Zusammenhang mit der Betreuung kam oder der Zugang zur Versorgung gänzlich fehlte. Als Grund wurde außerdem der Mangel an Informationen über regionale Angebote zum Abbruch genannt (vgl. ebd.). Zu diesen Studienergebnissen äußerte sich IP1 wie folgt:

„Und dann ist es halt ein langer Parcours für die Frauen, weil es gerade ja in Deutschland auch dieses Werbeverbot gibt, wo Ärzte halt nicht über ihre Angebote informieren können. So, dass sie sich dann erst einmal umschaun müssen und andere legale Barrieren entstehen oder bestehen, wie die Pflichtberatung, die Warteperiode von drei Tagen, die dann das Ganze nochmal herauszögern. Und dann[...], war es oftmals zu spät für sie.“

Von der Studie berichtete die Wissenschaftlerin (IP1) auch, dass vier bis fünf der 115 Befragten aus Deutschland selbst versuchten, die Schwangerschaft abzubrechen. Dies sei, laut IP1, zwar ein minimaler Prozentsatz, aber es würde sie dennoch beunruhigen:

„Aber auch wenn es nicht viele sind, finde ich es trotzdem besorgniserregend, weil das sollte ein ganz normaler medizinischer Vorgang sein. Und Frauen sollten einfach nicht genötigt sein, ihr Leben oder ihre Gesundheit selbst aufs Spiel zu setzen, wenn sie sowas versuchen [...].“

Die vorliegenden Ergebnisse bestätigen die Einschätzung der Expert\*innen bzgl. der Versorgungslage und machen deutlich, in welcher prekären Situation sich Betroffene teilweise befinden, wenn sie einen Schwangerschaftsabbruch außerhalb der nach § 218a Abs. 1 StGB geregelten Bedingungen innerhalb Deutschlands benötigen. Dementsprechend soll im Folgenden darauf eingegangen werden, welche Handlungsbedarfe aus Sicht der Expert\*innen bestehen und welche Idealvorstellungen sie zur Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen im zweiten und dritten Trimenon haben.

#### 4.3 Idealvorstellungen und Handlungsbedarfe

Die Befragten der Interviews sehen einen hohen Handlungsbedarf zur Verbesserung der aktuellen Versorgung – in vielen Bereichen müsse sich etwas verändern, um eine optimale Versorgung

---

<sup>14</sup> Die für die Studie gewonnenen Teilnehmenden reisten für die Durchführung des Schwangerschaftsabbruchs hauptsächlich in die Niederlande (88 %). Die Befragten gaben zu 74% an, die Abbrucheinrichtungen zwischen der 14. und der 19. SSW aufgesucht zu haben (19 % nach der 20. SSW). Die Befunde der Studie müssen vor dem Hintergrund gelesen werden, dass 56 % der Teilnehmenden aus Deutschland kamen.

gewährleisten zu können. Hier sollen deshalb abschließend die Ideen und Vorschläge der Expert\*innen skizziert werden.

Einen großen Handlungsbedarf sehen die Expert\*innen beispielsweise darin, dass mehr Institutionen Schwangerschaftsabbrüche im zweiten und dritten Trimenon anbieten müssten; es fehle ein flächendeckendes Angebot. Eine der befragten Beraterinnen (IP6) würde sich wünschen, dass sich die Versorgung „auf viele Schultern verteilt“. Weiter gab sie zu bedenken, dass sonst die wenigen Zentren, welche Abbrüche anbieten „[...] unter der Last auch irgendwann sagen: Es ist schwierig, Personal zu finden, die das mit begleiten möchten“.

Ein interviewter Arzt (IP5) fordert hinsichtlich der Versorgung, dass

„[...] auch große pränatale Praxen, die pränatale Diagnostik machen, gleichzeitig auch den Frauen irgendein Angebot machen müssen, wenn eben eine sehr ernste Diagnose bei rauskommt.“

Dies sei in Deutschland nicht gegeben. Er sieht die Verantwortung bei jeder „[...] Einrichtung, die pränatale Diagnostik in einer Maximalvariante macht [...]“, ein Versorgungsangebot für jede Person mit auffälligem pränataldiagnostischen Befund anzubieten, unabhängig von dem Wunsch der Betroffenen, die Schwangerschaft fortführen oder beenden zu wollen. Ähnliches berichtete auch IP6. Sie würde sich wünschen, dass Kliniken, die Pränataldiagnostik in ihrem Leistungsspektrum anbieten, auch Schwangere oder Paare begleiten, wenn sie sich für einen Schwangerschaftsabbruch entscheiden. Ihre Idealvorstellung wäre, dass dieses Thema, auch seitens der Mediziner\*innen, nicht weiter tabuisiert werden würde. IP4 äußert ähnliche Wünsche in Bezug auf den Umgang der Einrichtungen zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen und sieht die Verantwortung ebenso bei dem Gesetzgeber:

„Jedes öffentlich geförderte Krankenhaus muss bereit sein, Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen. Dadurch garantieren die, dass das Angebot da ist. [...] Ich glaube, so etwas wäre ganz wichtig, dass wir praktisch eine Gesetzgebung haben müssten, die so etwas vorschreibt, dass ein gewisses Angebot da sein muss, dass der Gesetzgeber dafür auch verantwortlich ist.“

Dass es nicht genügend Ärzt\*innen gebe, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, liege auch daran, dass dieser Eingriff kein notwendiger Bestandteil der gynäkologischen Ausbildung sei. Und selbst wenn das Thema behandelt wird, sei es vielmehr so, „[...] dass das abgehakt wird in einer Stunde“, so IP1 im Interview. Eine befragte Beraterin (IP3) würde sich deshalb wünschen, dass der Schwangerschaftsabbruch mehr Relevanz in der Ausbildung von Gynäkolog\*innen erhält und dass diese medizinische Behandlung ebenfalls ein Teil des gynäkologischen Berufsfeldes ist.

Schwierig sei die Tatsache, dass es viele durchführende Ärzt\*innen gebe, welche in naher Zukunft in den Ruhestand gehen und die Gefahr bestehe, dass es dann keine Nachfolger\*innen geben würde. Sollten sich zukünftige Ärzt\*innen nicht kompetent genug fühlen, diese Eingriffe durchzuführen, da dies nicht Teil ihrer Ausbildung war, könnten die Bedenken der Interviewpartner\*innen ein reales Problem darstellen und die Versorgungslage in den kommenden Jahren noch prekärer werden. Auch hier könnte sich eine Veränderung auf Grund des Koalitionsvertrages ergeben:

„Wir stellen Versorgungssicherheit her. Schwangerschaftsabbrüche sollen Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sein.“ (Bundesregierung 2021: 116)

Bei der Frage, ob eine Leitlinie<sup>15</sup> zum Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon wichtig wäre, stimmten fast alle Expert\*innen zu. Lediglich ein befragter Arzt (IP2) hielt solch eine Leitlinie für unnötig, da es in Deutschland klare rechtliche Regelungen für Mediziner\*innen gebe und sich jede Klinik an diese Regelungen halten müsse. Außerdem würde für die wenigen Abbrüche nach der 14. SSW, die jährlich zu verzeichnen seien, keine extra Leitlinie notwendig sein. Er äußerte fragend:

„Für die zweitausendfünfhundert Abbrüche im Jahr aus medizinischer Indikation [...]? Ja, das muss jede Klinik so machen, wie sie es kann. Und warum soll man da jetzt eine extra Leitlinie machen?“

Alle anderen Befragten wünschten sich hingegen dringend eine Leitlinie auch für die Abbrüche im zweiten und dritten Trimenon. Eine befragte Beraterin (IP6), welche ebenfalls eine Gynäkologin ist, schätzt diese als „[...] unbedingt hilfreich und sehr empfehlenswert [...]“ ein und merkte an, dass es solche Empfehlungen in anderen Ländern bereits gebe und diese sehr nützlich seien für die medizinische Praxis. Bei der Frage nach besonders relevanten Inhalten für solch eine Leitlinie betonte sie, dass die medizinischen Verfahrensweisen unbedingt in solch eine Leitlinie aufgenommen und diese auch nach internationalen Standards berücksichtigt werden müssten. Sie berichtete, dass es bspw. sehr lang gedauert hätte, bis die Medikamentenvergabe bei Abbrüchen nach der 14. SSW mit Mifegyne durchgesetzt wurde. Solch ein langer Prozess könne mit Handlungsempfehlungen in Zukunft klarer geregelt sein. Für eine medizinische Leitlinie seien außerdem die „[...] psychosoziale/psychologische Begleitung, Beratung, Nachsorge, Bestattung [...]“ weitere Kriterien, die sie als inhaltlich relevant einschätzen würde. Wenn es bei einer

---

<sup>15</sup> In den Interviews wurde bei dieser Frage die von der AWMF beauftragte Gruppe aus Vertreter\*innen von Fachgesellschaften erwähnt, welche seit 2021 eine S2k-Leitlinie zum sicheren Schwangerschaftsabbruch während der ersten 12 SSW entwickelt.

Leitlinie um medizinische Standards ginge, müsse diese auf wissenschaftlicher Basis erfolgen, so die Beraterin (IP6). Ansonsten sei „[...] natürlich vieles auch ein bisschen durch die Gesetzgebung vorgegeben“. Eine Schwierigkeit für die Umsetzung einer solchen Leitlinie sieht ein interviewter Arzt (IP5) darin, dass „[...] sich natürlich auch Leute finden [müssten], die diese Leitlinie überhaupt schreiben, die sich dann natürlich auch exponieren, dass sie sich mit diesem Thema auskennen“. Er merkte weiterhin an:

„In einer Leitlinie muss klar signiert werden: welche Infrastruktur ist gefordert. Infrastruktur heißt eben auch eine entsprechende physiologische Begleitung für die Frau, eine fetale Anästhesie. Die Leitlinie muss fordern, dass ein interdisziplinäres Netz da ist, mit Psychologen, entsprechenden Fachdisziplinen. Die Leitlinie muss fordern, dass auch das Personal diesen schweren Weg mitgeht, die Hebammen auch entsprechend trainiert, ausgebildet, supervidiert werden. Das wäre mein Wunsch an diese Leitlinie, die hier, sage ich mal, die Strukturen klärt.“

Bei einer Leitlinie zum Schwangerschaftsabbruch nach der 14. SSW wäre es außerdem wichtig, dass die Verfahrensweisen klar geregelt wären, wobei laut einer Ärztin (IP4)

„[...] dieses einzeitige Vorgehen auch gelernt sein muss, also das kann man nicht einfach mal so wissen, wie es geht, sondern man muss es auch geübt haben. Und da hinkt es natürlich auch wieder an der Ausbildung. Also das wäre für mich so das Allerwichtigste, dass es in so einer Leitlinie dieses einzeitige Vorgehen rein muss und sichergestellt wird, dass es auch gekonnt wird.“

Es sei allerdings auch ein gesellschaftlich wichtiges Thema, welches nicht mit einer Leitlinie zu lösen sei, äußerte IP6. Für Schwangere und Paare mit einem pränatal auffälligen Befund sei es eine Entscheidung, welche von den Betroffenen in einem „[...] gewissen gesellschaftlichen Kontext [...]“ getroffen wird. Sie stellt diesbezügliche Fragen in den Raum:

„Wie inklusiv ist eine Gesellschaft? Wie willkommen sind Menschen mit einer Beeinträchtigung? Oder wie sehr wird es eben als defizitär angesehen und wie schwer wird einem das Leben gemacht, wenn man ein Kind mit einer Behinderung hat? [...] Da würde ich mir einfach wünschen, dass da noch viel mehr gemacht würde, dass das Leben mit Kind mit einer Behinderung sich auch nicht mehr so schwer anfühlt und so belastend und negativ.“

Doch auch hier sehen einige Interviewpartner\*innen die Politik in der Verantwortung. Deshalb sei es wichtig, dass es bei dem Schwangerschaftsabbruch nach der 14. SSW „[...] eine Gesetzgebung außerhalb des Strafgesetzbuches [...]“ geben müsse. Eine Beraterin (IP6) merkte an, dass „[...] auch die Schwangerschaftsabbrüche im zweiten und dritten Trimenon [...] letztlich strafrechtlich geregelt [sind], bis zu einem gewissen Maß“. Es sei deshalb wichtig, die Gesetze grundsätzlich zu überarbeiten. Da der gesetzliche Rahmen keine klaren Regelungen zu den Wochenfristen bei einer medizinischen Indikation vorgebe, kämen Betroffene sehr an ihre Grenzen, berichtete eine

befragte Beraterin (IP3). Sie würde sich deutliche Vorgaben wünschen hinsichtlich der Fristen für die Schwangerschaftswochen. Mit dem Blick in andere europäische Länder sei dies teilweise gegeben:

„Wenn man sich an Holland orientiert, und man sagt: „Ja, sie können einen Schwangerschaftsabbruch machen, aber nur bis zur zweiundzwanzigsten Schwangerschaftswoche, danach ist es vorbei“, dann ist das eine Klarheit. [...] Die Frauen, die sich an uns wenden, die wissen, dass das nicht so ist. Und die auch manchmal sagen: „Wenn mir diese Entscheidung abgenommen werden würde, in dem jemand sagt „Du bist jetzt einfach drüber, es geht jetzt nicht mehr“, dann könnte man leichter damit leben. Aber die Frauen sind ja vor eine unmögliche Entscheidung gestellt, vor eine unmenschliche Entscheidung, die sie aber treffen müssen.“

Die Daten zeigen, dass die Versorgungslage defizitär ist, wenn es darum geht, eine gesundheitliche Versorgung für alle zu gewährleisten, die einen Schwangerschaftsabbruch nach der 14. SSW benötigen – unabhängig vom Wohnort oder von der individuellen Notsituation der Betroffenen. Die Aussagen der Expert\*innen verdeutlichen nicht nur die problematische Situation, in der sich sowohl die Betroffenen selbst als auch andere, an dieser Entscheidung beteiligten Menschen, befinden. Sie zeigen außerdem, dass es unvermeidlich ist, das Thema weiterhin auf wissenschaftlicher, rechtlicher wie auch medizinischer Ebene zu forcieren und zu debattieren.

## 5. Ausblick

Nachfolgend sollen die Ergebnisse kurz resümiert und darauf basierend ein Ausblick für den Themenbereich Schwangerschaftsabbrüche im zweiten und dritten Trimenon skizziert werden. Bereits die geringe Beteiligung an der Onlinebefragung (Rücklaufquote von 13,75%) weist darauf hin, dass das Thema eher *wenig Aufmerksamkeit* erhält und möglicherweise *ambivalenzbesetzt* ist bzw. innerhalb der gesundheitlichen Versorgung eine besondere Rolle innehat. Im Gegensatz zu Schwangerschaftsabbrüchen vor der 14. SSW gibt es in Deutschland zwar deutlich niedrigere Zahlen für spätere Abbrüche, jedoch wurde in den Expert\*innen-Interviews deutlich, dass die Schwangeren, die einen solchen Eingriff aus unterschiedlichen Gründen benötigen, meist vor *großen Herausforderungen* stehen. Besonders betont wird die Notwendigkeit der Information über medizinische Versorgung, beginnend bei der Ausstellung einer medizinischen Indikation und in Folge das Finden einer geeigneten Einrichtung zur Durchführung des Abbruchs. Dabei sind die betroffenen Personen darauf angewiesen, dass ihnen Einrichtungen, in denen ein Abbruch nach der 14. SSW durchgeführt werden kann, bekannt gegeben werden. Doch ist dieses Wissen nach Aussage von Expert\*innen auch bei Schwangerschaftsberatungsstellen nicht immer und überall

vorhanden und scheint abhängig von zahlreichen Faktoren. Auch Ärzt\*innen, welche zum Großteil an entsprechende Einrichtungen vermitteln, sind nicht unbedingt über alle Möglichkeiten informiert bzw. sehen mitunter Schwierigkeiten in der Vermittlung aufgrund fehlender flächendeckender Angebote. Die durchgeführten Erhebungen bestätigen, dass es bislang *sehr unterschiedliche und wenig transparente Regelungen* zur medizinischen Versorgung bei Abbrüchen im zweiten und dritten Trimenon gibt: Welche Einrichtungen wann einen Abbruch nach der 14. SSW durchführen, ist von unterschiedlichen Faktoren abhängig. Maßgeblich dabei ist vor allem die Schwangerschaftswoche sowie die Diagnose der schwangeren Person, die als Grundlage für die Indikationsstellung dient. Mitunter sind für die Feststellung, ob ein Eingriff stattfinden kann, festgelegte Prozesse in den Einrichtungen zu durchlaufen, welche für die Betroffenen eine weitere Krisensituation darstellen können. Des Weiteren unterliegen diese Prozesse keiner festgelegten Norm, sondern sind von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich.

Die Untersuchung legt auch nahe, dass neben mehr bzw. systematischen Informationen auch eine *entstigmatisierende Kommunikation* über die Möglichkeiten eines Schwangerschaftsabbruches nach der 14. SSW aufgrund einer medizinischen Indikation dringend nötig ist. Dies wäre u.a. durch transparente Statistiken der medizinischen Einrichtungen sowie eine gesteigerte Aufmerksamkeit gegenüber dem Thema durch bspw. Fachtagungen, Runde Tische sowie weitere *interdisziplinäre Netzwerkarbeit* zu erreichen. Vorrangig aber braucht es einen offeneren Umgang mit Informationen gegenüber allen beteiligten Fachdisziplinen. Auf dieser Grundlage könnte interdisziplinär und kooperativ gearbeitet und Ratsuchende unterstützt werden.

Darüber hinaus braucht es aus Expert\*innensicht auch *Handlungsempfehlungen* für die medizinische Durchführung von Abbrüchen. So würden sich vermutlich auch die unterschiedlichen Anforderungen der Einrichtungen vereinheitlichen und dadurch vermittelnden Stellen sowie Betroffenen mehr Transparenz und (Planungs-)Sicherheit bieten.

Weiterhin wäre eine generelle Implementierung der Praxis von Schwangerschaftsabbrüchen in die *Ausbildung* von Gynäkolog\*innen für eine gesicherte Versorgung essenziell. Für die medizinische und psychosoziale Versorgung wäre es ein Gewinn, wenn Fachkräfte aus Wissenschaft, Medizin und Beratung sich auf einer *multiprofessionellen Ebene* mit dem Schwangerschaftsabbruch im zweiten und dritten Trimenon befassen, um eine optimale Gesundheitsversorgung für Ratsuchende zu gewährleisten.

Die vorgestellte Studie kann nur einen kleinen Einblick in das umfassende Themengebiet bieten. Dies liegt an den zeitliche und finanzielle begrenzten Ressourcen der Studie, aber auch an der geringen Beteiligung an der Onlinebefragung. Zukünftige Forschungen könnten weitere Explorationen und Vertiefungen ermöglichen. Anknüpfungspunkte sind vor allem in fünf Bereichen auszumachen:

- (1) einer ausweiteten, deutschlandweiten Erfassung der Versorgungssituation unter systematischer Erfassung von grenznahen Kliniken;
- (2) in qualitativen Erhebungen zur Informationslage von Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen;
- (3) der Berücksichtigung der Erfahrungsperspektive von Betroffenen mit psychosozialer und medizinischer Begleitung;
- (4) der Untersuchung der spezifischen, gerade auch ethischen Herausforderungen, die mit Abbrüchen nach dem ersten Schwangerschaftstrimenon insbesondere für Ärzt\*innen einhergehen können sowie
- (5) der Betrachtung der Ausstellung und Umsetzung der medizinischen Indikation hinsichtlich der Diagnose.

Zu (1): Durch ein längerfristig angelegtes Forschungsprojekt könnte eine erneute quantitative Erfassung der Einrichtungen, die Abbrüche nach der 14. SSW durchführen, umfassender realisiert werden. Die im Rahmen der Explorationen der KAST-Studie entstandenen Kontakte und Kenntnisse könnten die Zugangshürden ins Feld minimieren und potenziell die Beteiligung erhöhen, wenn etwa jetzt bekannte Einrichtungen bzw. Ärzt\*innen unterstützend kooperieren. Eine systematische Erfassung der deutschlandweiten Versorgungslage wäre sicherlich auch durch eine längere Feldphase wie auch einer intensivierten Rekrutierungsphase durch entsprechende personelle und finanzielle Ausstattung eines Forschungsvorhabens noch besser zu entsprechen. In einer solchen Erhebung könnte der Fokus zudem noch systematischer als in der vorliegenden Studie auf der Versorgung auch durch grenznahe Kliniken im Ausland liegen.

Zu (2): Wie bereits beschrieben, gibt es bislang keine Daten dazu, wie informiert sich Fachkräfte aus Schwangerschaftsberatungsstellen insgesamt zum Thema medizinische und psychosoziale Versorgung bei Abbrüchen im zweiten und dritten Trimenon fühlen, was aus ihrer Sicht eine gute, regionale wie überregionale Versorgung ausmacht und wie sie ihre jeweiligen Kooperations- und Netzwerkstrukturen einschätzen. Hier würde bspw. eine kontrastierend angelegte Interviewstudie mit Fachkräften der psychosozialen Versorgung Erkenntnisse bringen.

Zu (3): Wichtig wäre auch, die Erfahrungen von Personen, die einen Schwangerschaftsabbruch im zweiten oder dritten Trimenon hatten, zu beleuchten: Wie haben sie bspw. die Phase der Informationssuche erlebt; welche Bedeutung hatte dabei die Suche im Internet; wie haben sie die medizinische und psychosoziale Versorgung erlebt, hier insbesondere: wie war die psychosoziale Begleitung durch medizinische Fachkräfte, wie die medizinische Information durch psychosoziale Fachkräfte? Neben Hürden und Herausforderungen aus Betroffenenperspektive wären hier auch Einblicke in *best practice* erwartbar, aus denen sich Anregungen zur Verbesserung der Versorgungslage ableiten ließen. Denkbar wäre bei einem solchen Vorhaben auch ein Studiendesign, das die Einschätzungen von Betroffenen mit denen von Expert\*innen zur medizinischen und psychosozialen Versorgungsstruktur vergleichend auswertet.

Zu (4): Darüber hinaus könnte ein weiterer Forschungsschwerpunkt auf den ethischen Konflikten und Herausforderungen, die für medizinisches Fachpersonal mit Abbrüchen nach dem ersten Schwangerschaftstrimenon in besonderem Maße einhergehen können, liegen. Damit einhergehend wären ihre fachlichen und individuellen Perspektiven auf das ärztliche Weigerungsrecht und auf die gesellschaftliche Debatte um Lebensschutz – Lebensrecht bzw. mögliche Grenzen des Selbstbestimmungsrechts mögliche Forschungsthemen. Denn auch diese Aspekte beeinflussen aktuell und zukünftig die Versorgungssicherheit für Schwangere, die im zweiten oder dritten Schwangerschaftsdrittel einen Abbruch erwägen bzw. benötigen.

Zu (5): Des Weiteren wäre eine vertiefende Erforschung der Diagnosen, auf Grund derer eine medizinische Indikation ausgestellt und ein Abbruch nach der 14. SSW durchgeführt werden kann, denkbar. Die vorliegende Studie zeigt Anhaltspunkte dafür, dass sich die rechtlich nicht vorgesehene embryopathische bzw. eugenische Indikation in der eigentlich auf den Schutz des Lebens und der Gesundheit der Schwangeren ausgelegten medizinischen Indikation wiederfindet. Dies ist insbesondere im Hinblick auf körperlich und seelisch ausschließlich die Schwangere betreffende Diagnosen, für die seltener medizinische Indikationen ausgestellt und Abbrüche nach der 14. SSW durchgeführt werden, kritisch zu betrachten. Die fachliche, politische und letztlich gesellschaftliche Debatte muss sich im Zusammenhang mit Abbrüchen im 2. und 3. Trimenon auch der Frage stellen, die eine der befragten Expert\*innen aufgeworfen hat: Wie inklusiv ist unsere Gesellschaft?

## Literatur

- Bundesärztekammer** (1998): Bekanntmachungen. Erklärung zum Schwangerschaftsabbruch nach Pränataldiagnostik. Deutsches Ärzteblatt 95, Heft 47. S. A-3013-A-3016. Online unter URL: <https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=14480> [Abruf: 06.01.22].
- Bundesregierung** (2021): Reproduktive Selbstbestimmung. In: Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag zwischen SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP. S. 116.
- Dathan-Stumpf, A./ Kern, J./Faber, R./Stepan, H.** (2021): Pränatale und geburtshilfliche Parameter von Spätabbrüchen: eine retrospektive Analyse. In: Geburtshilfe Frauenheilkunde 2021; 81: 807–818.
- Dettmeyer, R./Lang, J./Axt-Fliedner, R./Birngruber, C./Tinneberg, H.-R./Degenhardt, J.** (2017): Termination of Pregnancy for Medical Indications under Sec. 218a Para. 2 of the German Criminal Code - Real-life Data from the "Gießen Model". In: *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2017; 77(4): 352-357. doi:10.1055/s-0043-103461.
- De Zoro, S./Zanini, G./Mishtal J./Garnsey C./Ziegler, A.-K./Gerds, C.** (2021): Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. In: BJOG: Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. Volume 128. Issue 5. S. 838 – 845. Online unter URL: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1471-0528.16534> [Abruf: 04.01.22].
- Flick, U.** (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gläser, J./Laudel, G.** (2010): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Kaisenberg, C. von/ Jonat, W./ Kaatsch, H.-J.** (2005): Spätinterruptio und Fetozyd – das Kieler Modell: Juristische und gynäkologische Überlegungen. Dtsch Arztebl 2005; 102: A 133–136 [Heft 3]. S. 133-136. Online unter URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/45055/Spaetinterruptio-und-Fetozyd-das-Kieler-Modell-Juristische-und-gynaekologische-Ueberlegungen> [Abruf: 06.01.22].
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport** (2019): Jaarrapportage 2018 van de Wet afbreking zwangerschap. Utrecht.
- pro familia medizin** (2019): der familienplanungsrundbrief. Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie. Nr. 2.
- Wewetzer, C.** (2019): Spätabbruch der Schwangerschaft. In: pro familia medizin. der familienplanungsrundbrief. Informationen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit für Beratung und Therapie. Nr. 2.
- Statistisches Bundesamt** (2021): Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche. In: Fachserie 12 Reihe 3.

